

L'impatto sociale della psicoterapia degli adolescenti

Luca Dinatale*, Maria Martino**, Alfio Maggiolini***

*Psicoterapeuta

**Psicoterapeuta Minotauro

***Psicoterapeuta Minotauro, Direttore della Scuola di Psicoterapia del Minotauro

Riassunto

L'efficacia degli interventi psicoterapeutici è stata confermata da tempo, mentre di più recente interesse è la riflessione sull'impatto sociale della psicoterapia, i suoi effetti non solo sul benessere individuale, ma anche sociale. I disturbi mentali sono molto diffusi e hanno un effetto importante sul funzionamento sociale nel suo insieme e sulla spesa sanitaria. Il disagio mentale negli ultimi anni, anche a seguito del Covid, ha avuto un grande incremento, in particolare negli adolescenti, ed è sempre più necessario uscire da una logica limitata ai risultati ottenuti con i pazienti. Un intervento clinico efficace con gli adolescenti, in particolare, non ha solo un impatto sul loro benessere e su quello della famiglia, ma più in generale può avere un valore preventivo sul loro sviluppo come persone adulte e sulla costruzione di una positiva identità sociale. Negli ultimi anni si stanno sperimentando nuove iniziative che tengono conto della dimensione dell'impatto sociale delle psicoterapie ed è ormai dimostrato che i programmi che facilitano l'accesso all'intervento psicologico consentono un significativo risparmio economico per la società. Queste iniziative fanno anche ricorso a specifici strumenti finanziari, come i *social impact bond*.

Parole chiave: *impatto sociale, psicoterapia, social impact bond*

Diversi modi di valutare gli esiti della psicoterapia

L'efficacia delle psicoterapie può essere valutata in diversi modi. È possibile innanzitutto verificarne l'esito, in termini di riduzione dei sintomi o in generale degli indicatori del disturbo che ha portato alla domanda di aiuto. Le ricerche sull'*efficacia* sono state condotte ormai da decenni e hanno portato in generale a confermare che le psicoterapie sono efficaci per diversi tipi di disturbi, anche gravi. Nel 2013 l'*American Psychological Association* ha confermato che la psicoterapia è efficace a prescindere dalla diagnosi e diverse ricerche metanalitiche hanno individuato i fattori

comuni dei percorsi psicoterapeutici risultati efficaci: l'atteggiamento e l'ascolto empatico verso il paziente, il concordare obiettivi terapeutici e il discuterne nello spazio terapeutico, affrontare temi ricorrenti e meccanismi di difesa prevalenti, fornire rinforzi, monitorare l'alleanza terapeutica e gestire elementi controtransferali soprattutto grazie all'aiuto di un lavoro di supervisione e di équipe (Norcross, 2011).

Un secondo modo di valutare le psicoterapie è nel rapporto tra costi e benefici, l'*efficienza*, per esempio in termini di correlazione tra numero di sedute o durata complessiva del trattamento e raggiungimento degli obiettivi. Ricerche importanti in questo campo riguardano il confronto tra efficacia degli psicofarmaci e della psicoterapia, non solo in merito agli effetti, ma anche nel rapporto tra costi e benefici.

Un terzo modo, infine, è costituito dalla raccolta di pareri da parte dei pazienti, la soddisfazione dei clienti, la *customer satisfaction*, sia in termini di benessere raggiunto sia in relazione ai tempi di risposta, al tipo di accoglienza ricevuta e così via.

Per valutare l'esito delle psicoterapie, tuttavia, è possibile considerare anche l'impatto che gli interventi clinici hanno non solo sul disturbo dell'individuo, ma più in generale sulla vita del paziente e, in modo ancora più ampio, sul suo contesto di vita e addirittura sulla società. Questa dimensione è la valutazione dell'*impatto sociale* della psicoterapia.

Mentre agli albori della psicoterapia la valutazione era sostanzialmente lasciata al giudizio dello psicoterapeuta e per lo più documentata dal resoconto narrativo del caso clinico, l'attenzione agli esiti allargati e a lungo termine dei trattamenti è progressivamente cresciuta nel tempo. Anche se è ormai ampia la letteratura sull'efficacia delle psicoterapie, è più difficile avere dati sul loro impatto sociale, anche perché non è sempre chiaro quali criteri si possano usare per misurarlo. In molti casi, infatti, ci si limita alla remissione dei sintomi e alla loro riduzione a un livello preclinico e di solito non ci si occupa di esiti a lungo termine che hanno un impatto più ampio sulla vita del paziente.

Nel 1987 Sandell, un clinico svedese, propose una scala di valutazione, *CHAP* – *Change After Therapy*, poi rivista nel 1997 e pubblicata in italiano nel 2015 sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*. La *CHAP* si propone di misurare il cambiamento dopo la terapia con una o più interviste di *follow-up*, guidate da un terapeuta diverso da chi ha seguito il percorso di psicoterapia. La valutazione prende in considerazione diverse aree.

1. *Sintomi (presenza e tolleranza)*: sono i segnali manifesti del malessere portato dal paziente e che solitamente motivano la richiesta di presa in carico. I sintomi possono diminuire per gravità, presenza, significatività, possono essere più gestibili e il paziente può anche essere arrivato a dare un significato a queste manifestazioni di malessere. Potrebbe anche accadere che i sintomi persistano (prevalenza), ma che a cambiare sia la loro soggettiva percezione (tolleranza). Riuscendo ad attribuire un significato all'esperienza, il soggetto comprende come integrare queste parti di sé senza lasciarsene soverchiare.
2. *Capacità adattiva*: riuscire a gestire situazioni che in precedenza erano vissute come problematiche o affrontate mettendo in atto meccanismi di difesa disfunzionali.
3. *Comprensione di sé (self-insight)*: quest'area si riferisce alle capacità introspettive, alla possibilità di comprendersi e di riflettere su di sé, le proprie

emozioni, sentimenti e comportamenti, una capacità riflessiva e di mentalizzazione.

4. *Conflitti di base*: la definizione di questa area è connessa a teorie psicodinamiche classiche per cui si fa riferimento ai residui inconsci lasciati da conflitti precoci irrisolti, che interferiscono con le relazioni di una persona nelle diverse aree della sua vita. I cambiamenti nei conflitti di base di una persona sono connessi ai cambiamenti strutturali, che la psicoterapia psicodinamica pone spesso come obiettivi a lungo termine nel suo lavoro. È una sorta di riorganizzazione interna del funzionamento soggettivo.

Anche in questa scala, tuttavia, l'attenzione è a diversi aspetti del funzionamento individuale, senza una particolare attenzione all'impatto sociale dell'intervento.

La valutazione dell'impatto sociale nei progetti psicosociali

Le radici dell'attività di valutazione dell'impatto sociale (*Social Impact Assessment* - SIA) risalgono al 1969, quando gli Stati Uniti emanarono il *National Environmental Policy Act* (NEPA), un insieme di normative che richiedeva alle agenzie federali di valutare se i loro interventi avessero effetti ambientali significativi. Il SIA, quindi, è nato come applicazione delle conoscenze sociologiche nella determinazione degli effetti sociali delle alterazioni ambientali provocate dai progetti di sviluppo (Burdge, Vanclay, 1996). Alcuni anni dopo, nel 1974, Wolf, considerato uno dei pionieri del SIA, ha definito la valutazione dell'impatto sociale come la stima delle condizioni di una società organizzata e cambiata dall'applicazione su larga scala dell'alta tecnologia (Wolf, 1974). A partire da temi di ordine ambientale, le istituzioni hanno iniziato a discutere delle implicazioni più o meno dirette di un intervento sui destinatari e sui sistemi sociali e ambientali in cui è realizzato.

Il SIA è una metodologia di previsione e di pianificazione degli impatti specificatamente sociali di progetti e politiche, che si propone di massimizzare gli impatti positivi e di mitigare quelli negativi (Beato, 1995).

Le Linee guida per la misurazione degli impatti sociali, proposte nel 2016, da Impresa Etica scompongono il processo di misurazione in sei fasi:

1. *Definizione dell'ambito di analisi*: la fase in cui viene definito l'oggetto della valutazione, determinando l'obiettivo, ciò che si vuole misurare e il pubblico di riferimento della valutazione stessa, anche ai fini della scelta dello stile comunicativo dei risultati. L'organizzazione definisce le risorse allocabili e i tempi a disposizione, unitamente a chi svolgerà l'analisi vera e propria.
2. *Mappatura e coinvolgimento degli stakeholder*: il momento dell'analisi in cui vengono individuati i soggetti collegati all'impresa significativi per il progetto, dai dipendenti interni all'organizzazione fino alla comunità locale, dalle istituzioni pubbliche ai finanziatori. L'ordinamento è posto in base al grado di influenza che ogni *stakeholder* ha sull'oggetto della misurazione e all'influenza che esercita sui risultati.
3. *Comprensione del processo di cambiamento*: si basa sulla determinazione della catena del valore dell'impatto, ovvero il quadro logico che permette di comprendere come un programma genera o genererà cambiamento. È una rappresentazione grafica che illustra le risorse impiegate (*input*), quali sono le attività svolte, la quantità misurabile di beni e servizi prodotti (*output*), i risultati dei beneficiari diretti (*outcome*) e infine i cambiamenti generati in

- favore dei beneficiari indiretti e della comunità (impatto).
4. *Misurazione e scelta degli indicatori*: l'indicatore è lo strumento che permette di quantificare una variazione, e che applicato alle attività e ai cambiamenti attesi è in grado di misurare il cambiamento.
 5. *Valutazione dell'impatto*: questa fase segue la misurazione dell'*outcome* e, attraverso l'utilizzo degli indicatori, arriva a determinare quale parte di cambiamento è ascrivibile all'intervento realizzato. L'impatto dell'intervento viene misurato attraverso il cosiddetto metodo controfattuale, in cui all'*outcome* complessivamente osservato viene sottratta la stima del cambiamento in assenza dell'intervento.
 6. *Comunicazione dei risultati e apprendimento*: è il momento conclusivo del processo misurazione, in cui un elaborato dei risultati viene condiviso con gli interlocutori individuati nella fase iniziale. I risultati devono includere aspetti economici insieme a elementi qualitativi, che restituiscano le sufficienti informazioni necessarie ad individuare l'*Impact Value Chain*, il modo cioè in cui è stato generato valore sociale, e quali sono le modalità su cui si fonda l'accuratezza della valutazione.

Di particolare rilevanza è la distinzione tra *output*, *outcome* e impatto, che descrivono tre livelli di risultati attesi. Gli *output* sono gli esiti misurabili delle attività, mentre l'*outcome* comprende tutti i cambiamenti, attesi o meno, diretti o indiretti, che si manifestano nelle vite dei destinatari. La misurazione dell'impatto rappresenta l'efficacia del programma oggetto della valutazione, la capacità dell'intervento di produrre cambiamento sociale, al netto di quello che sarebbe avvenuto mediante altri interventi o in assenza dello stesso.

Questa logica, nata per misurare l'impatto ambientale di certe attività produttive, può essere estesa alla valutazione di progetti sociali, in una prospettiva allargata di verifica degli esiti e può essere quindi applicata, in linea di principio, anche alla psicoterapia.

L'impatto della psicoterapia

Il disagio psicologico non solo ha evidenti conseguenze sulla qualità di vita e sulla salute fisica dell'individuo e della sua famiglia, ma ha un forte impatto sulla società, a partire dalla sanità pubblica. Basti pensare ai giorni lavorativi persi a causa di disturbi psicologici, alle ingenti spese del sistema sanitario per curare i disturbi mentali, alle persone che cercano supporto dal proprio medico di base non comprendendo la natura psicologica del proprio malessere. Un intervento psicoterapeutico efficace, di conseguenza, ha inevitabilmente un forte impatto sociale.

I disturbi psichici non solo sono in continuo aumento, ma sono correlati in modo significativo anche ad altre malattie fisiche, con un costo sociale ed economico notevole. I problemi psichici rappresentano un quarto del *burden of disease* globale a livello mondiale (cioè dei costi generali innescati dai problemi sanitari) e hanno anche un impatto sull'aspettativa di vita, al pari del fumo o dell'obesità.

Nel calcolo dei costi di una patologia, va contabilizzato sia l'ammontare complessivo delle spese mediche dirette sostenute dal paziente, ad esempio per ricoveri e visite, sia il costo opportunità, ossia la perdita di produttività che si genera a causa della patologia, ad esempio assentandosi dal lavoro. Secondo i dati del

Ministero della Salute, in Italia la spesa per la salute mentale impegna una quota molto bassa del Fondo Sanitario Nazionale (intorno al 3%). Nel documento conclusivo del Summit Mondiale sulla salute mentale del 2018 si ribadiva che il costo dei mancati investimenti in salute mentale è significativo per il benessere degli individui, delle famiglie, della comunità. La mancanza di investimenti, in realtà, non corrisponde a un reale risparmio: oltre a peggiorare la qualità della vita di una persona e di chi le è vicino, aumentano le spese dirette (farmaci, cure, ricoveri) e indirette (mancato accesso al mondo del lavoro, assenza per malattia).

L'efficacia delle terapie psicologiche non riguarda, quindi, solo la salute del singolo, ma anche l'impatto sul benessere economico collettivo. Da uno studio francese, che ha analizzato il rapporto costi/benefici del trattamento psicologico per depressione e ansia, è risultato un risparmio medio di 1,57 euro per ogni euro speso in queste cure (Dezetter, Briffault, 2015). Le ricerche sono ormai concordi nell'affermare che investire in servizi di cura e prevenzione è una spesa che riesce a ripagarsi da sola con il risparmio prodotto.

Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione al rapporto tra salute mentale e impatto sociale ed economico della psicoterapia. L'esempio più famoso di collaborazione tra economisti e clinici è il programma IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) di David Clark, clinico inglese. In questo caso la psicologia e l'economia hanno dimostrato che favorire l'accesso a servizi psicologici avrebbe determinato un risparmio significativo della spesa pubblica, soprattutto per quanto riguarda depressione e ansia (Clark et al., 2009; Layard, Clark, 2015; Clark, 2018).

Richard Layard (2005), membro della Camera dei Lord e professore presso la *London School of Economics*, indirizzò al primo ministro Tony Blair uno scritto intitolato "La salute mentale: il maggiore problema sociale dell'Inghilterra". Clark e Layard hanno proposto un programma di intervento rivolto in particolare a persone che soffrono di depressione e ansia e che in Inghilterra corrispondono al 15% della popolazione adulta in età lavorativa. Questi disturbi hanno inevitabilmente un impatto sul reddito nazionale, sia per la riduzione delle capacità lavorative, sia perché spesso le persone con disagi mentali percepiscono dei sussidi. Un'altra area importante di risparmio riguarda la salute fisica. Confrontando due pazienti con la stessa malattia di cui uno ha anche un disturbo depressivo o ansioso, quest'ultimo necessiterà di maggiori cure per diverse ragioni: *in primis* per effetto della malattia mentale, poi per le abitudini poco salutari, perché è meno aderente alle prescrizioni mediche e per gli elevati livelli di stress psicologico e di ansia, tanto che il costo per la cura di malattie fisiche aumenta di 2000£ quando il paziente ha anche una patologia psichica (Layard, Clark, 2015).

Il programma IAPT ha previsto prima di tutto la formazione e il training di 10.500 nuovi terapeuti da distribuire sul territorio. La formazione era inizialmente ristretta a tecniche cognitivo-comportamentali, CBT, poi ha compreso altre tecniche terapeutiche, tra quelle raccomandate dal NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), come la terapia interpersonale, terapia di coppia, terapia psicodinamica breve, *mindfulness*, con l'obiettivo di poter allargare l'offerta. Altro vantaggio di questo programma è di procedere secondo un modello *stepped care*, cioè per gradi, partendo da interventi di bassa intensità e spesa. Un sistema molto accurato di valutazione permette di raccogliere tutti i dati necessari a monitorare l'andamento e gli esiti dei servizi (monitoraggio seduta per seduta utilizzando CORE-

OM, scale per l'ansia e per la depressione). I risultati di questo progetto supportano la validità di un'offerta *stepped care* e confermano che usufruire di un trattamento psicoterapeutico minimizza il costo e l'impatto economico a lungo termine della depressione e dell'ansia, soprattutto in quella parte di popolazione che soffre anche di malattie fisiche e/o croniche.

Un altro progetto interessante è *One Service*, sempre in UK, avviato presso il carcere di Peterborough, con l'obiettivo di diminuire il tasso di recidiva tra i detenuti con una pena inferiore a 12 mesi, che mostravano il 60% di recidiva entro un anno dalla scarcerazione (Nicholls et al., 2015). Diverse imprese sociali hanno lavorato in modo coordinato in questo progetto, per l'individuazione di bisogni e per l'intervento, come l'aiuto alla famiglia del detenuto prima e dopo il rilascio, anche per quanto riguarda la ricerca di un'abitazione, i servizi medici, i corsi di formazione, e l'inserimento lavorativo. Una diminuzione media del 7,5% della recidiva avrebbe impegnato l'amministrazione (in questo caso il Ministero della Giustizia) a pagare un valore fisso pattuito per ogni condanna evitata. In cinque anni *One Service* ha ridotto il tasso di recidiva dell'8,4% rispetto al gruppo di controllo, dimostrandosi un programma riabilitativo efficace, in grado di migliorare la qualità di vita degli ex-detenuti. Ha permesso così la restituzione per intero del capitale investito e la distribuzione ai committenti di un rendimento finanziario (circa il 3% annuo).

Con *One Service* gli investitori mondiali hanno incominciato ad interessarsi a questo tipo di investimenti, non solo in quanto strumenti in grado di sostenere servizi sociali in favore di fasce bisognose della popolazione, ma anche come opportunità di diversificazione del proprio portafoglio di investimenti per ottenere rendimenti finanziari e sociali. Nel 2014, dopo Peterborough, il Ministero della Giustizia inglese ha lanciato il programma *Transforming Rehabilitation*, estendendo di fatto a tutti i detenuti dello stato la possibilità di accedere agli stessi interventi riabilitativi realizzati da *One Service*.

Come valutare gli esiti sociali delle psicoterapie

Il comprovato impatto della salute mentale non solo sulla qualità di vita del singolo, ma anche sulla società nel suo insieme sta progressivamente aprendo una nuova corrente di analisi e ricerca, che cerca di allargare lo sguardo innanzitutto agli esiti a lungo termine e non solo alla riduzione dei sintomi, ma alla qualità di vita delle persone. In realtà non è chiaro che cosa si intenda con il concetto di qualità di vita, perché è un costrutto multidimensionale comprensivo delle dimensioni fisiche, psicologiche e sociali della salute dell'individuo.

Nel 2018 De Smet proponeva una valutazione a lungo termine della psicoterapia, allargando lo sguardo dalla remissione sintomatologica ad aspetti più esistenziali. I pazienti intervistati riportavano cambiamenti quali una maggiore consapevolezza di sé stessi, del proprio funzionamento interpersonale, un diverso modo di approcciare aspetti pratici della vita che prima erano vissuti come blocchi. Un'altra ricerca interessante riguarda un gruppo di adolescenti che hanno seguito un percorso di psicoterapia per sintomi depressivi. In questo caso gli autori (Krause et al., 2020) hanno intervistato non solo i diretti interessati, ma anche i loro genitori e gli insegnanti. I contenuti delle interviste mostrano chiaramente come le persone non si focalizzassero solo sulla remissione dei sintomi per valutare l'efficacia o meno del trattamento. Molto più peso era dato ai cambiamenti osservati a livello di

funzionamento generale, ovvero maggiore autonomia dei ragazzi, ripresa scolastica, migliori capacità di *coping* e resilienza e soprattutto cambiamenti relativi ad un'accresciuta apertura agli altri.

Un modo più diretto per interpretare l'esito sociale delle psicoterapie è di individuare indicatori specifici che hanno un valore socioeconomico. Questo tipo di ragionamento si applica soprattutto per comprovare il risparmio economico e sociale di progetti per la salute mentale e l'esito che ha avuto un certo finanziamento psicosociale. Quest'ultima area è in fase ancora sperimentale e spesso si adatta ad esigenze specifiche senza avere ancora standard e linee guida strutturate. Una ricerca dell'Università di Brescia ha realizzato uno studio per misurare l'impatto socioeconomico di imprese che erogano servizi socioassistenziali e educativi in ambito psichiatrico (Chiaf, 2015). È stata creata una griglia che prende in considerazione diverse variabili di impatto economico e sociale:

- Variabili di impatto economico, per esempio, numero accessi al pronto soccorso, numero giorni di istituzionalizzazione in comunità.
- Variabili di impatto sociale: la persona lavora? ha delle risorse da spendere nella comunità? ha bisogno di percepire contributi economici diretti?

L'impiego di questo tipo di analisi alla psicoterapia potrebbe essere una nuova area in cui concentrare l'attenzione delle ricerche.

L'impatto sociale degli interventi di prevenzione

La valutazione degli esiti sociali degli interventi preventivi da sempre ha considerato esiti a lungo termine, proprio perché un progetto di prevenzione per definizione è più orientato al futuro che ai risultati immediati. È naturale, quindi, che interventi rivolti a bambini e adolescenti prestino attenzione anche ad esiti a lungo termine, sul loro sviluppo successivo da adulti.

L'intervento sul disagio adolescenziale è particolarmente importante perché è dimostrato non solo che la maggior parte dei disturbi mentali ha un esordio proprio in questa fascia d'età (Murphy, Fonagy 2013), ma anche che si tratta di un disagio particolarmente diffuso. Più della metà delle problematiche psicopatologiche degli adulti ha origine prima dei 18 anni. Le problematiche possono cronicizzarsi, aggravarsi, determinando la compromissione della salute fisica e mentale e limitando le opportunità di condurre una vita appagante. Gestire queste situazioni ha un costo superiore agli interventi di cura e prevenzione precoci.

Nel 2021 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una scheda informativa sul tema della salute mentale in adolescenza, in cui si dimostra che nella fascia di età tra i 10 e i 19 anni, un ragazzo su sette soffre di un disturbo mentale e che il suicidio è la quarta causa di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni. L'OMS conclude, quindi, sull'importanza di investire in programmi di prevenzione e promozione della salute mentale, per intercettare precocemente il malessere dei più giovani, perché diventa sempre più chiaro come sia indispensabile poter fornire un aiuto precoce, evitando sia di aumentare la gravità delle situazioni sia le cure che servono poi per intervenire, come ad esempio farmaci e ricoveri che comportano un momento ulteriormente critico per la persona e che hanno anche un impatto e delle ripercussioni sul sistema sanitario ed economico.

Uno studio pubblicato a marzo 2022 (Armocida et al. 2022) ha analizzato l'andamento delle cause di malattie non trasmissibili che impattano sulla qualità della

vita degli adolescenti o che ne causano la morte, basandosi su dati fino al 2019. A questa data, i disturbi mentali erano la principale causa di anni vissuti con una condizione di disabilità (YLD, *Years Lived with Disability*) e dal 1990 al 2019 il tasso di anni di vita persi (YLL, *Years of Life Lost*) a causa di una condizione di salute mentale è aumentato del 30% circa.

Negli ultimi anni, il Covid-19 ha avuto un ulteriore significativo impatto sul disagio degli adolescenti. Uno studio del 2021 pubblicato sulla rivista *Journal of American Medical Association Pediatrics*, conclude che un adolescente su quattro ha sintomi di depressione, uno su cinque sintomi d'ansia, valori raddoppiati negli ultimi due anni (Racine et al., 2021).

In Inghilterra, dati aggiornati tra il 2018 e il 2020 riferiscono di un preoccupante aumento dei disturbi mentali nella fascia di età tra i 17 e i 19 anni di circa il 15% rispetto gli anni precedenti (Sadler et al. 2018). Fonagy suggerisce che tra i maggiori cambiamenti che la nuova generazione subisce, ci sia la mancanza di "connessione intergenerazionale", ovvero i giovani hanno meno confronti e supporto da modelli adulti competenti. Rispetto alle generazioni precedenti, i giovani di oggi si trovano a gestire il peso di forze ambivalenti spesso sottovalutate: reggere le pressioni e le spinte sociali al successo e alla prestazione, ma anche non poter davvero essere indipendenti date le precarie condizioni economiche della società; e ancora sentirsi incoraggiati e spinti al successo, ma dover competere con gli stessi adulti che dovrebbero fare loro spazio (Fonagy, 2022). La stessa emergenza Covid-19 ha comportato in un certo senso la scelta di dover sacrificare i giovani a tutela della salute dei più anziani e i lockdown le restrizioni hanno lasciato segni sui ragazzi, a volte aumentando altre causando il loro malessere (Fancourt et al., 2020)

Secondo il report del *Centre for Mental Health* di Londra (Khan, 2015), circa il 10% dei minori tra i 5 e i 16 anni soffre di una condizione psicologica clinicamente significativa. Spesso però questi stessi problemi non sono riconosciuti, non sono interpretati in quanto tali e per questo non sono trattati. Ciò comporta un danno e un costo, che si riferisce innanzitutto allo stress e alle difficoltà di gestione da parte delle famiglie, ma è rischioso anche perché la maggior parte dei problemi che riguardano la salute mentale e che hanno un'insorgenza in infanzia e/o adolescenza, se non presi in carico hanno conseguenze su larga scala e tendono a cronicizzarsi e sfociare anche in altri comportamenti e sintomi disfunzionali. Tra le problematiche più comuni troviamo il disturbo della condotta, disturbi d'ansia, depressione e ADHD. L'investimento in progetti di prevenzione e intercettazione delle problematiche adolescenziali potrebbe avere, quindi, un forte impatto, non solo sul presente, ma anche sul loro futuro e sulla società in generale.

Per misurare i benefici degli interventi si considerano solitamente la riduzione del ricorso a servizi pubblici e in generale ai servizi sociosanitari e i guadagni associati al miglioramento della salute e alla salvaguardia dell'educazione scolastica.

Nel caso dei disturbi della condotta si aggiunge anche un beneficio per la società e per la sua economia perché interventi precoci e/o preventivi giocano da fattori di protezione rispetto la commissione di reati (che a loro volta attiverebbero delle misure costose per la società e con un forte impatto sulla vita presente e futura dei ragazzi). I preadolescenti e gli adolescenti che mostrano questo tipo di comportamenti disfunzionali hanno un rischio maggiore di sviluppare altri disturbi psicologici (Moffitt, 2006). A confronto con i loro coetanei sono esposti a una serie di fattori di rischio,

che rendono più probabili situazioni quali ad esempio l'abbandono del percorso scolastico, l'uso di sostanze stupefacenti, la presa in carico dai servizi per minori così come la carcerazione. Questi stessi ragazzi arrivano a costare alla società molto più dei loro coetanei e la spesa più importante è quella relativa all'entrata nel circuito penale. All'interno di un campione di giovani adulti, chi nell'infanzia aveva manifestato problematiche della condotta era fino a quel momento costato alla società dieci volte in più di un coetaneo (Scott et al., 2001). Progettare interventi di prevenzione nell'area dei disturbi del comportamento sin da un'età precoce, o interventi volti a diminuire la recidiva, ha non solo un impatto per il ragazzo e la sua famiglia, ma anche un risvolto sociale ed economico per tutta la comunità.

Anche l'insorgenza di situazioni depressive può avere un impatto a lungo termine sulla persona e sulla società. Soffrire di depressione durante l'adolescenza, senza che questa sofferenza sia adeguatamente intercettata, si associa ad una salute peggiore anche da adulti, non solo mentale, ma anche fisica. Aumentano i rischi per altri disturbi, abuso di sostanze, condotte disfunzionali, difficoltà a inserirsi in un percorso lavorativo e a costruire un progetto di autonomia. Tutto questo ha un costo personale, soggettivo, ma ha anche un impatto sociale importante.

La necessità di investire in interventi rivolti alla cura e alla prevenzione della salute mentale in adolescenza, quindi, ha molteplici ragioni. Migliorare la qualità di vita e dare aiuto a chi sta attraversando una situazione di sofferenza sarebbe già un motivo sufficiente, ma per richiedere e ottenere investimenti è importante anche riuscire a spiegare perché conviene investire e perché l'investimento può diventare un risparmio.

La Finanza Sociale: i *social impact bond*

La crisi economica globale del 2007 e le successive politiche di *austerity* che hanno travolto il welfare, hanno favorito lo sviluppo di quella che la Rockefeller Foundation ha definito finanza ad impatto sociale o *impact investing*. Con questo termine si fa riferimento ad una gamma di strategie d'investimento di progetti, enti o fondi che hanno lo scopo di generare impatto sociale o ambientale misurabile, e che parimenti producano un ritorno finanziario.

Nel campo della finanza ad impatto sociale l'investitore possiede l'intenzione di realizzare un impatto positivo sul piano sociale che sia misurabile per poter assicurare trasparenza e *accountability* (da intendersi come responsabilità dei risultati che consentono di rendere conto alle parti coinvolte).

Tra i più diffusi e innovativi strumenti di finanza ad impatto sociale ci sono i *Social Impact Bond* (SIB): strumento finanziario che mediante il collegamento tra pubblico e privato, sostiene interventi in campo sociale in grado di generare impatto misurabile. I *Social Impact Bond* (SIB) si riferiscono sostanzialmente ad un accordo tra diversi attori, finalizzato a raccogliere capitali e investimenti privati per promuovere progetti che abbiano un'utilità pubblica.

Tale rapporto parte innanzitutto dall'individuazione di un problema sociale e dalla necessità di affrontarlo con misure preventive. Segue una proposta progettuale di interventi in grado di produrre un impatto sociale (*outcome*) e che puntano ad un risparmio della spesa pubblica. In base all'accordo tra le parti, il rendimento del SIB varia in base al successo del progetto e all'effettivo impatto e risparmio ottenuto. Sono quindi da considerarsi come obbligazioni *Pay by Results* (PbR) o *Pay for*

Success (PfS). I SIB sono pensati per restituire un ritorno economico al committente solo in caso di successo dell'iniziativa: l'investitore infatti paga per un risultato e non compra una prestazione.

Gli attori coinvolti sono gli investitori, un intermediario specializzato che ricerca gli investitori, seleziona l'impresa sociale e monitora il progetto, l'impresa sociale che realizza e fornisce il servizio, la pubblica amministrazione (comunale, regionale, nazionale) e un valutatore indipendente che misura e certifica i risultati finali. Alla base di questo programma vi è la consapevolezza di partenza dell'impossibilità da parte della Pubblica Amministrazione di affrontare il problema oggetto del progetto, spesso per scarsità di risorse, sia umane che economiche. L'interesse della pubblica amministrazione è di ridurre i costi che avrebbero programmi di cura tradizionali, realizzati nel momento in cui ci si trova già davanti ad una forma di disagio, verificando l'uso di interventi preventivi come misure di risparmio e di nuove forme di benessere per il cittadino.

Il rischio del meccanismo dei SIB è per lo più a carico dell'investitore. L'amministrazione da contratto deve prevedere di bloccare delle somme per eventualmente ripagare il SIB; l'impresa e i valutatori vengono pagati per le loro prestazioni a prescindere dal risultato.

La costruzione di un contratto SIB deve considerare che l'obiettivo si ritiene raggiunto nel momento in cui il risultato è misurabile e ha portato ad un miglioramento delle condizioni di vita del gruppo che ha beneficiato del servizio e l'amministrazione pubblica ha verificato una riduzione dei propri costi.

Il Fondo Italiano per l'Innovazione Sociale

Nel nostro paese l'interesse per i SIB è stato più tardivo. Nel 2017 Enpap ha pubblicato uno scritto riguardo gli investimenti in psicologia, in cui si descriveva come si fosse cercato di concretizzare la capacità degli psicologi italiani di costruire progetti con un impatto sociale. Si era promossa un *Call for Ideas* raccogliendo un portafoglio di interventi sociali innovativi e realizzabili, pubblicato poi per sollecitare una politica di investimenti che avesse a cuore l'importanza di progetti di questo tipo. Nel 2018 è stato istituito il Fondo Italiano per l'Innovazione Sociale, per finanziare progetti orientati alla soddisfazione di bisogni sociali emergenti, con il coinvolgimento di attori e finanziamenti anche del settore privato, secondo lo schema della finanza di impatto. Per quanto riguarda il Fondo per l'Innovazione Sociale la maggior parte dei progetti finanziati, giunti alla fase di monitoraggio intermedio avvenuta nel marzo di quest'anno, hanno individuato come bisogni il contrasto all'esclusione sociale e dal mondo del lavoro. Altri progetti si sono concentrati sul rischio di dispersione scolastica.

Quello che emerge dalla lettura del materiale sui SIB e sui progetti considerati di impatto sociale, è che la nuova rotta di pensiero è quella di riflettere sulle problematiche psicologiche non solo dal punto di vista del malessere per l'individuo, ma anche guardando quanto questo malessere impatta a livello economico sulla società. Diversi blocchi evolutivi degli adolescenti diventano spese per la società. Pensiamo ad esempio alla spesa che comportano le comunità per minori o i ricoveri in neuropsichiatria. Progetti di prevenzione, ma anche di cura che sostengano la ripresa evolutiva minimizzando rischi o di insorgenza di situazioni problematiche o di ricadute, non solo contribuiscono ad un sostanziale miglioramento della vita del

soggetto ma nel lungo periodo producono cambiamenti positivi anche per l'economia: una spesa oggi produce un risparmio domani.

Bibliografia

American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy* 50, 102-109.

Armocida, B., Monasta, L., Sawyer, S., Bustreo, F., Segafredo, G., Castelpietra, G., Ronfani, L., Pasovic, M., Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *Lancet Child Adolescent Health* 2022, 6, 367–383.

Beato, F., Maggi, M. (1995). La valutazione di impatto socio-ambientale: opinione pubblica, partecipazione e previsione degli impatti. *Atti del Settimo convegno annuale AAA, "Gli studi di impatto per la realizzazione delle grandi infrastrutture"*, FAST, Milano 27 novembre 1995.

Burdge, R.J., Vanclay, F. (1996). Social impact assessment: a contribution to the state-of-the-art series. *Impact Assessment*, 14, 59-85.

Chiaf, E. (2015). Un'analisi degli indicatori di impatto sociale. Social impact indicators identification. [tesi di dottorato]. *University of Brescia*, 2015.

Clark, D. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183.

Clark, D., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., Wright, B. (2009). Improving Access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 11, 910-920.

De Smet, M., Meganck, R., (2018). Understanding Long-term Outcome from the Patients' Perspective: A Mixed Methods Naturalistic Study on Inpatient Psychotherapy. *Psychologica Belgica*, 58, 1, 276–296.

Department of Health & Social Care (2018). 2018 *Global Ministerial Mental Health Summit. Report and Declaration on Achieving Equality for Mental Health in the 21st Century*. Pubblicato il 19 luglio 2019.

Dezetter, A., Briffault, X., (2015). Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé mentale au Québec*, 40, 4, 119–140.

Fancourt, D., Bu, F., Mak, H.W., Steptoe, A., (2020). UK Covid-mind study: results release 3. *University College London*, pp. 1-23.

Fonagy, P., (2022). Prefazione in Rossouw T., Wine M., Vrouva I., (2022) *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per gli adolescenti. Una guida pratica*. Raffaello Cortina Editore: Milano.

Khan, L., Parsonage, M., Stubbs, J. (2015). Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision. *Report of the Centre for Mental Health of London*.

Krause, K., Midgley, N., Edbrooke-Childs J., Wolpert M. (2020). A comprehensive

mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1779-1791.

Layard, R. (2005). *Mental Health: Britain's Biggest Social Problem? Paper presented at the No. 10 Strategy Unit Seminar on Mental Health*, London, January, 20, 2005.

Layard, R., Clark, D. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1713.

Moffitt, T. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behaviour: a 10-year research review and a research agenda. In: Cicchetti D., Cohen D., eds. *Developmental Psychopathology - Risk, Disorder, and Adaptation*. Wiley&Sons: New York, pp. 570- 598.

Murphy, M., Fonagy, P. (2013). Chapter 10: Mental health problems in children and young people. In *Our children deserve better: prevention pays. Annual report of the Chief Medical Officer 2012*. Department of Health, London, pp. 176-188.

Nicholls, A., Tomkinson, E. (2015). The Peterborough Pilot Social Impact Bond. *Social Finance*, pp. 335-380.

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press: New York.

Racine, N., McArthur, B.A., Cooke, J., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175, 1142-1150.

Sadler, K., Vizard, T., Ford, T., Goodman, A., Goodman, R., McManus, S. (2018). *Mental Health of children and young people in England, 2017: trends and characteristics*. NHS Digital: Leeds.

Sandell, R. (1987). Change after psychotherapy (CHAP): un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia. Trad. it. Migone, P., Tondi, F., Tempestini, S., *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 595-628, 2015.

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 194-198.

Wolf, C.P. (1974). *Social Impact Assessment*. Environmental Design Research Association: Milwaukee.

Sitografia

<https://www.statedevelopment.qld.gov.au/coordinator-general/strong-and-sustainable-resource-communities/social-impact-assessment>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/819010/global-ministerial-mental-health-summit-report-2018.pdf