



Cofinanciado por
la Unión Europea

Terapia familiare a domicilio HEDERA

RAPPORTO SULL'IMPLEMENTAZIONE E SULLE CONCLUSIONI



- **Ricercatori coordinatori:**

Nuria Molano Mérida (EDUVIC)
Marta Rodríguez Lama (EDUVIC)

- **EDUVIC:**

Nuria Molano Mérida (coordinatrice della ricerca)
Marta Rodríguez Lama (coordinatrice della ricerca)
Javier Loyo Rivera (Coordinatore dell'implementazione)
Adela Camí Dealbert (supervisore dell'attuazione)

- **Agintzari:**

Géraldine Sagarna Brusseleers (coordinatrice della ricerca e dell'implementazione)
Alaitz Garmendia Jauregui (coordinatore della ricerca)
Begoña Guijarro Masero (supervisore dell'attuazione)
Blanca Angulo López de Armentia (monitoraggio del progetto)

- **La Bottega Dei Ragazzi:**

Daniela Ariadna Moreno Boudon (coordinatrice della ricerca)
Denis Cesari (coordinatore dell'implementazione)

- **Holtis:**

Cytilyn-George Fedor (coordinatore della ricerca e dell'implementazione)
Stefan Marian Cojocar (coordinatore della ricerca e dell'implementazione)

- **Walker:**

Stéphanie Destandau (coordinatrice della ricerca)
Hélène Nogues (coordinatrice della ricerca)
Patricia Barnetche (coordinatrice della ricerca)
Frédérique Pène (coordinatore dell'attuazione)
Christiane Expert (Coordinatrice dell'implementazione)

Il progetto di ricerca **HEDERA "Terapia familiare a domicilio"** si propone **di valutare empiricamente l'applicazione di un modello terapeutico in ambito domestico. Questo modello, sviluppato in collaborazione da diverse organizzazioni europee di servizi sociali, verrà valutato raccogliendo dati sulla salute relazionale delle famiglie partecipanti e sull'esperienza, le competenze e le conoscenze dei professionisti che lo applicano.** Questo studio empirico fa parte della seconda fase di un progetto formativo più ampio, finalizzato alla formazione di professionisti e finanziato dal programma Erasmus+ KA220-VET per i partenariati di formazione professionale.

Questa fase di ricerca applicata rientra nel Pacchetto di Lavoro 3 (di seguito, WP3). È preceduta da una prima fase, consistente nello sviluppo teorico e metodologico del modello di terapia familiare e nella progettazione della sua implementazione, rientrante nel Pacchetto di Lavoro 2 (di seguito, WP2), ed è seguita dalla progettazione e realizzazione di attività formative rivolte a professionisti dell'azione sociale (Pacchetto di Lavoro 4, WP4).

L'obiettivo di questa relazione è quello di raccogliere gli aspetti principali del disegno di ricerca svolto nel WP2 e di presentare i risultati finali ottenuti attraverso la valutazione empirica delle famiglie e dei professionisti partecipanti (WP3).

1. Obiettivi della ricerca

Dal punto di vista delle **famiglie** partecipanti, sorgono le seguenti domande:

- A. Esplorare la composizione e l'organizzazione delle famiglie, nonché il profilo sociodemografico dei suoi membri adulti e minorenni.
- B. Valutare il livello di soddisfazione delle famiglie rispetto al processo di intervento terapeutico.
- C. Confrontare il livello di salute relazionale delle famiglie tra l'inizio e la fine del processo terapeutico. Nello specifico, intendiamo valutare la coesione e l'adattabilità familiare, la qualità della vita, lo stress genitoriale e il senso di competenza genitoriale dei genitori, nonché l'adattamento psicologico, la salute e il supporto sociale percepito dai minori.
- D. Analizzare le somiglianze e le differenze tra le misure di salute relazionale e di soddisfazione per il processo terapeutico delle famiglie che ricevono l'intervento a domicilio e quelle che lo ricevono in ambulatorio (gruppo di controllo).
- E. Verificare le relazioni tra i diversi aspetti della salute relazionale delle famiglie e le loro caratteristiche sociodemografiche e organizzative, sia all'inizio del processo di intervento terapeutico che alla sua conclusione.
- F. Esaminare i progressi riscontrati nelle misure di salute relazionale, dall'inizio alla fine dell'intervento, in diversi profili familiari, in base alla loro composizione, organizzazione, caratteristiche sociodemografiche dei membri e motivazione della richiesta terapeutica.
- G. Comprendere le somiglianze e le differenze tra le famiglie dei diversi paesi coinvolti rispetto alle misure di salute relazionale e alla loro soddisfazione per il processo di intervento terapeutico.

Dal punto di vista dei **terapisti** partecipanti , l'obiettivo è:

- H. Studiare le caratteristiche sociodemografiche, educative e professionali dei terapisti.
- I. Esaminare il livello delle competenze terapeutiche nel contesto domestico dei terapisti prima e dopo l'intervento.
- J. Analizzare la struttura relazionale e gli indicatori di protezione e di rischio delle famiglie all'inizio dell'intervento, e correlare questi aspetti ai dati sociodemografici, alla composizione e all'organizzazione familiare e alle misure di salute relazionale riportate dalle famiglie.
- K. Valutare il livello di soddisfazione e le difficoltà riscontrate dai terapisti rispetto al processo di intervento terapeutico, studiando la relazione di questi aspetti con il contesto dell'intervento (studio o domicilio) e le misure precedenti riportate dalla famiglia e dagli stessi terapisti.
- L. Conoscere le somiglianze e le differenze tra i terapeuti dei diversi paesi coinvolti rispetto alla loro esperienza nel processo di intervento terapeutico.

Dal punto di vista dei **professionisti responsabili** dell'indirizzamento delle famiglie partecipanti ai servizi di supporto terapeutico, l'obiettivo è:

- M. Conoscere la valutazione di questi professionisti sul processo di intervento terapeutico, in termini di livello di progressi positivi che percepiscono nelle famiglie assistite.

2. Partecipanti

Per quanto riguarda la provenienza delle famiglie partecipanti alla ricerca, si trattava di famiglie indirizzate ai servizi di supporto terapeutico di ciascuna delle organizzazioni. Nello specifico, le famiglie provenivano dai seguenti servizi:

- EDUVIC: EDUVIC-Families – Servizi di orientamento e consulenza familiare e servizi di terapia familiare (Barcellona).
- AGINTZARI: Programma di affidamento familiare (Álava); Programma di affidamento familiare, Servizio post-adozione del Consiglio provinciale di Bizkaia e Arlobi, Adoptia, Servizio Betirako (Bizkaia); Servizio di accompagnamento all'affidamento e all'adozione (Navarra); Equipe di intervento socio-educativo di Bermeo (Bizkaia).
- WALKER: Servizio di supporto familiare, Istituto pedagogico educativo e terapeutico, e Trattato di Unione (Bayonne).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Servizi Sociali dei Comuni di Padova (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); richieste volontarie.
- HOLTIS: Programma di Educazione dei Genitori – Servizio Psicoterapeutico (Iaýi).

Le famiglie partecipanti dovevano trovarsi in una situazione di vulnerabilità, con figli e/o adolescenti di età inferiore ai 18 anni residenti in casa e con difficoltà relazionali legate a una qualsiasi delle seguenti situazioni:

- Ansia familiare derivante da situazioni di crisi irrisolte, comprese perdite e situazioni avverse per alcuni dei suoi membri.
- Vulnerabilità delle figure genitoriali nello sviluppo del loro ruolo e delle loro funzioni.
- Rapporti conflittuali tra adulti che hanno ripercussioni su figli e figlie.
- Scarso rendimento scolastico dovuto a stress familiare o alla mancanza di coinvolgimento di figure importanti genitoriale.
- Problemi di salute derivanti dalla negligenza nelle cure di base.
- Isolamento sociale derivante dalla mancanza di connessione sociale ed esperienze negative con in giro.
- Comportamenti a rischio nei figli e nelle figlie derivanti dalla negligenza dei genitori.
- Solitudine e stress nei processi di differenziazione dei bambini legati alla loro identità.

La tabella seguente mostra i dati sulla partecipazione delle famiglie:

FAMIGLIE (gruppo)			Intervento completato e valutazione completa
AGENTZARI	Casa		10
	Controllare		8
LA BOTTEGA DEI RAGAZZI	Casa		11
	Controllare		8
CAMMINATORE	Casa		8
	Controllare		8
EDUCAZIONE	Casa		54
	Controllare		49
HOLTIS	Casa		5
	Controllare		5
ENTITÀ TOTALI			166

Inoltre, per quanto riguarda il profilo dei terapeuti (45 in totale), i partecipanti erano terapeuti familiari impiegati nei rispettivi servizi terapeutici sopra menzionati, con una formazione in Terapia Familiare Sistemica e con almeno un anno di esperienza professionale nell'intervento familiare.

Infine, i referenti professionali per le famiglie (18 in totale), che hanno partecipato come informatori sui progressi di queste ultime dopo la fine dell'intervento, sono coloro che avrebbero indirizzato la famiglia ai servizi di supporto terapeutico di ciascuna struttura.

3. Dimensioni valutate, strumenti e procedura

La valutazione familiare consisteva, in primo luogo, in un modulo di contatto iniziale sugli aspetti fondamentali della **composizione e dell'organizzazione familiare** e in un'intervista semi-strutturata sul **motivo della consultazione**. Entrambi i moduli venivano compilati dal terapeuta con le informazioni fornite dalla famiglia. Inoltre, le famiglie riportavano i **dati sociodemografici** dei propri membri utilizzando un modulo appositamente predisposto. Le famiglie compilavano anche questionari standardizzati volti a valutare le seguenti dimensioni: **coesione e adattabilità familiare**, utilizzando le *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)*; **qualità della vita**, utilizzando la *World Health Organization Quality of Life Scale*; **stress genitoriale**, utilizzando il questionario *Parenting Stress Index - Short Form (PSI-SF)*; **senso di competenza genitoriale**, utilizzando la *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)*; e **l'adattamento psicologico** dei minori, utilizzando lo *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. A metà del percorso terapeutico, veniva chiesto loro di compilare un questionario relativo alla loro **esperienza nell'intervento** fino a quel momento.

Al termine dell'intervento, i partecipanti sono stati invitati a compilare un **questionario di soddisfazione sul processo terapeutico**. Inoltre, i minori hanno partecipato alla valutazione compilando un questionario di autovalutazione, che chiedeva loro informazioni su aspetti generali della loro **salute e sul supporto sociale percepito**.

Inoltre, i terapeuti hanno valutato la **struttura relazionale** della famiglia utilizzando un questionario appositamente progettato. Hanno anche compilato un modulo sugli **indicatori protettivi** osservati all'interno della famiglia, un modulo sugli **indicatori di rischio** e un questionario **sull'ambiente familiare**, tutti sviluppati specificamente per questa ricerca. Hanno valutato gli **obiettivi terapeutici e i progressi** per ciascuna famiglia utilizzando un modulo di monitoraggio degli obiettivi. Infine, hanno compilato due questionari di autovalutazione progettati per questo studio: uno sulle **caratteristiche sociodemografiche, formative e professionali** e un altro sulla loro **esperienza nel processo terapeutico** con ciascuna famiglia.

Infine, i professionisti responsabili di ciascuna famiglia hanno riferito sui **progressi compiuti dalla famiglia nel processo terapeutico** utilizzando un breve questionario appositamente progettato a tale scopo.

Per quanto riguarda la tempistica e lo svolgimento dell'intervento terapeutico, entrambi i gruppi (sperimentale e di controllo) hanno seguito lo stesso processo di intervento, con l'unica differenza rappresentata dal contesto (casa o ufficio). L'intervento terapeutico consisteva in 10 sedute di terapia familiare (più una seduta di contatto iniziale) ed era strutturato per essere svolto ogni due settimane, della durata di un'ora. Sulla base delle tipologie di difficoltà relazionali presentate dalle famiglie, affrontabili all'interno del modello di intervento terapeutico precedentemente descritto, sono state definite e descritte nel manuale di intervento le tecniche da utilizzare. Di seguito è riportata una tabella riassuntiva che illustra la struttura delle sedute e i punti di valutazione.

MOMENTO DI PROCESSO TERAPEUTICO	SCOPO	VALUTAZIONE
Sessione 0 (primo contatto)	Accoglienza della famiglia e presentazione dell'intervento e della ricerca.	- Documento di primo contatto

Sessione 1	Instaurazione del rapporto terapeutico e valutazione iniziale (pre-test)	- Colloquio iniziale - Scheda dati sociodemografici - FACCE IV - Qualità della vita - PSI-SF - PSOC - SDQ - Autodenuncia per i minori - Diagnosi della struttura Relazionale - Scheda degli indicatori di rischio - Scheda degli indicatori di protezione
Sessione 2	Valutazione delle dinamiche familiari e definizione degli obiettivi terapeutici	- Scheda degli obiettivi iniziali e di follow-up (definizione degli obiettivi terapeutici) - Guida all'osservazione dell'ambiente di la famiglia
Sessione 3	Sviluppo dell'intervento terapeutico	
Sessione 4	Sviluppo dell'intervento terapeutico	
Sessione 5	Sviluppo dell'intervento terapeutico e valutazione a medio termine	- Questionario intermedio sul processo terapeutico - famiglia - Modulo iniziale e di monitoraggio degli obiettivi (monitoraggio degli obiettivi)
Sessione 6	Sviluppo dell'intervento terapeutico	
Sessione 7	Sviluppo del intervento terapeutico	
Sessione 8	Sviluppo del intervento terapeutico	
Sessione 9	Approfondimento e consolidamento dei risultati raggiunti	
Sessione 10	Conclusione, pianificazione futura, follow-up con un professionista di riferimento e valutazione finale (post-test)	- Questionario finale sul processo terapeutico - famiglia - FACCE IV - Qualità della vita - PSI-SF - PSOC - SDQ - Autodenuncia per i minori - Questionario sul processo terapeutico – terapeuta

		- Scheda degli obiettivi iniziali e di follow-up (valutazione finale degli obiettivi terapeutici) - Questionario sul processo terapeutico professionale pertinente
--	--	---

4. Valutazione della formazione interna ricevuta dai professionisti dell'Implementazione

Ciascuna organizzazione ha condotto sessioni di formazione per i professionisti coinvolti nell'implementazione. A tal fine, i professionisti hanno ricevuto una cartella digitale contenente il documento del Modello Hedera, il Manuale di raccolta dati e la serie completa di strumenti. Il contenuto formativo comune a queste sessioni era il seguente:

- 1) Introduzione e contesto al modello Hedera
- 2) Principi chiave del modello
- 3) Metodologia e tecniche
- 4) Linee guida per la raccolta dei dati
- 5) Domande e risposte/Discussione
- 6) Conclusione e prossimi passi

Il 95% dei partecipanti ritiene che la **sessione di formazione** ricevuta sia stata "molto buona" (62%) o "buona" (33%), mentre il 5% la considera "sufficiente".

Per quanto riguarda il **materiale formativo**, il 90% dei partecipanti lo considera "molto buono" (50%) o "buono" (40%), mentre il 10% lo considera "sufficiente".

La **chiarezza** e la **struttura** dei contenuti trattati nella formazione interna sono considerate un facilitatore nell'esecuzione del progetto.

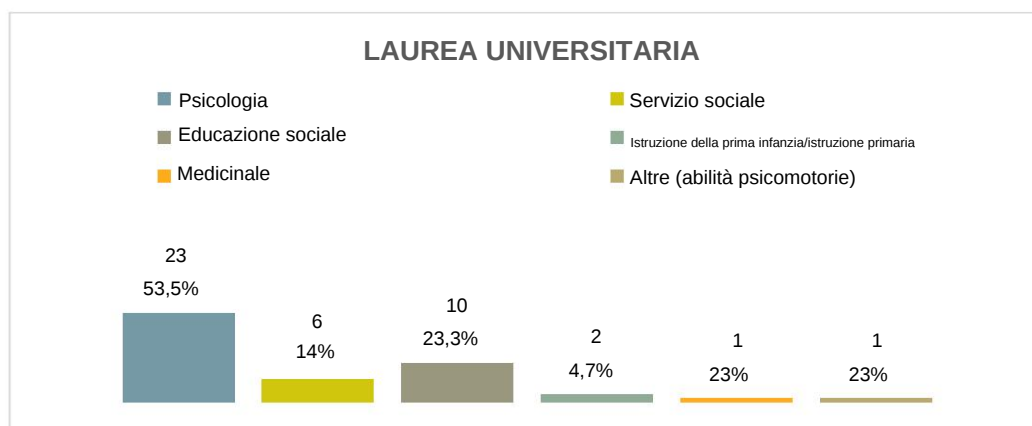
La formazione interna è stata apprezzata per aver fornito strumenti e tecniche utili per la pratica terapeutica a domicilio. Tuttavia, la necessità di un'ulteriore formazione incentrata sullo stesso aspetto sottolinea l'importanza delle **sessioni formative aggiuntive**, maggiormente focalizzate su tecniche e strumenti, che si sono svolte a luglio e settembre e che continueranno ad essere ampliate durante la fase di implementazione.

Le risposte relative alle esigenze formative evidenziano anche l'importanza del **supporto continuo ai professionisti** durante la fase di implementazione (sessioni di supervisione mensili), nonché delle attività derivanti dagli incontri tra i coordinatori del progetto e i professionisti. Nello specifico, queste sessioni di supervisione sono concepite non solo per favorire l'apprendimento esperienziale nell'utilizzo di tecniche e strumenti, ma anche per affrontare le problematiche legate al contesto territoriale del progetto.

5. Caratteristiche sociodemografiche, formative e professionali dei terapeuti

Abbiamo dati provenienti da 43 professionisti coinvolti, la maggior parte dei quali appartiene a EDUVIC (16, pari al 37% del totale), seguiti da Agintzari (12, 28%), Caminante (5,12%), Bottega Dei Ragazzi (7, 16%) e Holtls (1, 3%).

L'età media dei professionisti è di 41 anni, con il più giovane di 28 e il più anziano di 57. Per quanto riguarda il **genere**, la stragrande maggioranza è costituita da donne (34 casi, pari al 79% del totale). I restanti sono uomini (9 casi, pari al 21%). La maggior parte (58%) possiede una laurea magistrale e il 5% un dottorato di ricerca. La frequenza e la percentuale corrispondente per ciascun tipo di **titolo di studio universitario** sono riportate di seguito:



In media, i professionisti coinvolti hanno 13,3 anni di **esperienza nell'intervento familiare** (l'esperienza minima è di 1 anno e la massima di 30 anni) e, nello specifico nel caso della terapia familiare, l'esperienza media è di 5,6 anni, con un massimo di 26 anni.

Del totale, 24 professionisti (56%) avevano **esperienza di lavoro nell'assistenza domiciliare** prima dell'inizio del progetto. Questa esperienza pregressa aveva una durata media di 8 anni (con un intervallo da 1 a 23 anni). Nello specifico, 11 professionisti avevano esperienza nella fornitura di assistenza *terapeutica* a domicilio, con una media di circa 4 anni (con un intervallo da 1 a 9 anni). Il livello medio percepito di **competenze per la fornitura di terapia a domicilio** era di 6,70, con un minimo di 4 e un massimo di 9 punti su 10.

I professionisti hanno inoltre indicato i **vantaggi e gli svantaggi che si aspettavano in merito agli interventi domiciliari**. Potevano rispondere liberamente a queste domande e, in base alle loro risposte, sono stati poi classificati nelle categorie seguenti (ogni professionista poteva indicare più di una categoria).

Vantaggio	% delle menzioni
Maggiore accuratezza nella comprensione delle dinamiche familiari e dei loro contesti relazionali.	63%
Maggiore comfort e sicurezza per la famiglia.	56%
Maggiore adattamento alla realtà familiare e trasferimento di competenze	42%

Un maggiore coinvolgimento di alcuni membri della famiglia (soprattutto adolescenti)	23%
Alleanza terapeutica rafforzata e semplificata	21%
Maggiore aderenza al processo terapeutico	9%
Maggiore intensità di intervento grazie all'ottenimento di maggiori informazioni sulla realtà familiare	9%
Svantaggio	% delle menzioni
Difficoltà di adattamento, controllo e orientamento nell'ambiente domestico	70%
Mancanza di spazio adeguato per condurre la terapia e/o presenza di distrazioni	30%
Insicurezza e presenza di rischi incontrollati	23%
Difficoltà nella gestione di eventi imprevisti	16%
Sensazione di invasione dello spazio privato della famiglia	12%
Tempo trascorso dal professionista in viaggio	12%
Mancanza di strumenti per lavorare da casa	12%
Resistenza familiare all'intervento in ambito domestico	9%

6. Profilo sociodemografico e relazionale delle famiglie partecipanti

In media, tra le entità, riscontriamo che:

- Il 53% delle famiglie è stato **indirizzato** al percorso terapeutico da altri professionisti (rispetto a chi lo ha richiesto spontaneamente).
- Il 35% delle famiglie era **già stato visitato** dal terapeuta che si occupava dell'implementazione.
- Il 22% delle famiglie aveva già avuto esperienze precedenti in processi terapeutici.
- Nell'80% delle famiglie, la figura materna è stata la prima persona in famiglia con cui il bambino ha interagito. Contattatemi per iniziare il percorso terapeutico.
- L'età media dei genitori è di 43,30 anni.
- Il 38% degli adulti partecipanti possiede un'istruzione superiore.
- Per quanto riguarda **figli e figlie**, la fascia d'età più frequente è quella dei bambini tra gli 11 e i 15 anni (48%).

Per quanto riguarda il **profilo relazionale**, vi è una predominanza di famiglie con confini sfumati e uno stile relazionale invischiato. Questa configurazione è caratterizzata da un eccessivo coinvolgimento emotivo tra i suoi membri, intrusione, ambivalenza ed eccessivo controllo reciproco. In linea con il

All'interno di questa dinamica, il mito familiare più ricorrente è quello dell'"armonia". Questa convinzione, che alimenta l'immagine di una famiglia unita e senza attriti, spesso ostacola il riconoscimento e la gestione dei conflitti inerenti a qualsiasi convivenza.

Rispetto all'ambiente fisico, l'osservazione dell'ambiente **sociale** familiare (attività, amicizie, partecipazione alla vita di quartiere) riceve punteggi inferiori. Tra gli altri indicatori, è significativo notare che, in media, il 73% degli adulti non partecipa o partecipa solo minimamente alla vita di quartiere.

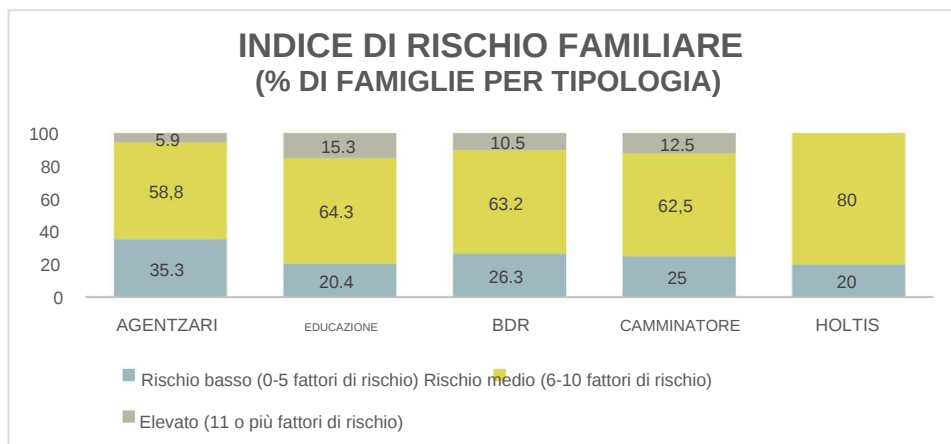
Per quanto riguarda i **fattori di rischio**, vi è consenso tra le organizzazioni sui fattori di rischio più tipici nelle famiglie. È possibile identificare i 6 più frequenti (presenti in due o più organizzazioni):

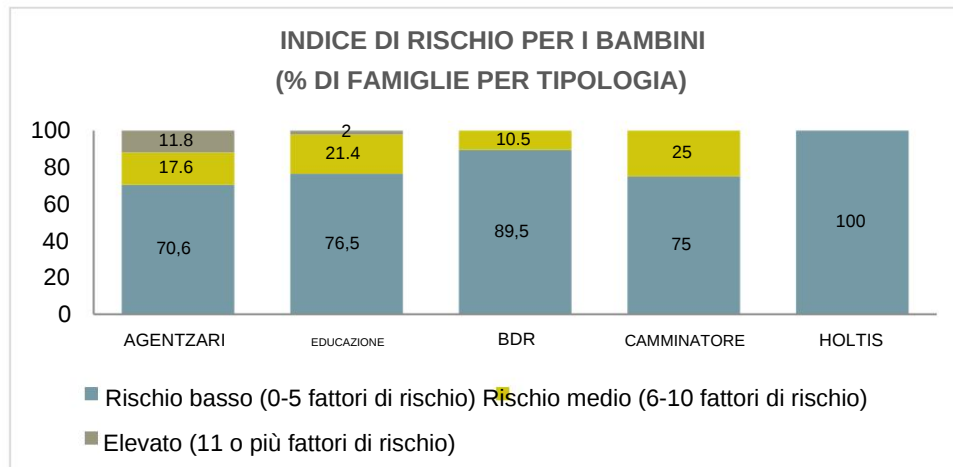
- Conflitti tra padre e madre
- Difficoltà nei rapporti familiari e/o di coppia
- Difficoltà nelle funzioni genitoriali normative e/o affettive
- Difficoltà nello stabilire ruoli e gerarchie familiari
- Adulti oberati di responsabilità • Crisi familiare

Analogamente, all'interno del totale dei 19 fattori di rischio relativi al bambino, è possibile individuare i 6 più tipici tra le entità (presenti in due o più entità):

- Difficoltà comportamentali
- Difficoltà socio-emotive
- Difficoltà e presupposti delle norme
- Comportamenti trasgressivi
- Lutto irrisolto
- Difficoltà di adattamento alla scuola superiore o alla scuola media

Considerando l'effetto cumulativo dei fattori di rischio psicosociali, è stato sviluppato un indice di rischio basato sul numero di fattori di rischio presenti simultaneamente, sia per le famiglie che per i minori. Una tendenza osservata tra le organizzazioni è che la maggior parte delle famiglie assistite presenta fattori di rischio familiari complessivi più elevati e un indice di rischio specifico per il bambino inferiore.





L'analisi dei **fattori protettivi**, a sua volta, ci porta a riconoscere i 4 fattori protettivi tipici tra le entità (presenti in almeno 2 entità):

- Impegno degli operatori sanitari
- Consapevolezza dei problemi, desiderio di cambiamento
- Disponibilità di risorse economiche/alloggi
- Interessi e abilità dei bambini

7. Inizio del processo terapeutico

Analizzando i dati provenienti da tutte le entità coinvolte, così come espressi dalle famiglie, emerge che la richiesta terapeutica è fortemente incentrata sul supporto alla genitorialità. Il motivo più frequente di **consultazione** riguarda infatti la necessità di rafforzare il ruolo genitoriale, inteso come la presenza di dubbi sull'esercizio di tale ruolo o il desiderio espresso di ricevere supporto in questo ambito (66%). In secondo luogo, emerge la necessità di fornire supporto per il benessere del bambino (32%), e in terzo luogo (26%), si riscontra una situazione di comportamento problematico del bambino in uno o più contesti della sua vita (ad esempio, comportamento ribelle, dinamiche conflittuali, assenteismo scolastico, conflitti tra fratelli o violenza verso uno dei genitori). Infine, vengono menzionate problematiche legate al deterioramento del legame genitore-figlio (23%).

La presenza di entrambi i genitori fin dall'inizio del percorso terapeutico (in media, nel 51% del campione) è un indicatore importante della loro motivazione e capacità di collaborare per il bene della famiglia. I dati raccolti mostrano che, nella maggior parte dei casi, il primo membro della famiglia contattato telefonicamente per avviare il percorso terapeutico è principalmente la madre. Tuttavia, per il primo colloquio di persona con il terapeuta, **entrambi i genitori sono coinvolti in una percentuale significativa di casi**. Ciò è in linea con l'approccio di presentare questo intervento alle famiglie come un processo familiare, sottolineando il coinvolgimento diretto e congiunto di entrambi i genitori nella risoluzione dei problemi relazionali.

Dopo aver analizzato congiuntamente gli obiettivi stabiliti tra terapisti e famiglie nelle diverse entità, le principali linee guida nella **definizione degli obiettivi**

Quelli identificati sono:

A. Gestione delle emozioni e salute mentale:

- ÿ Sviluppare strategie di regolazione emotiva e comportamentale per entrambi sia per i bambini che per i genitori.
- ÿ Promuovere l'autostima, l'autonomia e le competenze sociali, in particolare in i figli e le figlie.
- ÿ Creare un ambiente favorevole alla salute mentale delle famiglie.

B. Comunicazione migliorata:

- ÿ Promuovere una comunicazione aperta e trasparente, essenziale per risolvere i conflitti e rafforzare le relazioni.
- ÿ Creare nuovi canali di comunicazione e chiarire i messaggi tra i membri della famiglia.

C. Genitorialità e co-genitorialità:

- ÿ Aiutare i genitori a stabilire confini chiari nelle relazioni e a definire i ruoli genitoriali e familiari, promuovendo un ambiente cooperativo, strutturato e prevedibile.
- ÿ Imparare a rispettare le esigenze degli altri membri della famiglia e ad adattare lo stile genitoriale alle esigenze di figli e figlie.

D. Legami familiari:

- ÿ Rafforzare l'attaccamento e le relazioni tra i membri della famiglia, in particolare tra genitori e figli.
- ÿ Creare un ambiente familiare coeso, solidale ed empatico per tutti membri.

E. Ricostruzione relazionale, supporto specifico per situazioni difficili e momenti di transizione:

- ÿ Promuovere elementi di resilienza e la gestione del cambiamento nei periodi di transizione.
- ÿ Ristrutturare l'identità e le dinamiche familiari in periodi di cambiamento, come il divorzio o la perdita di un membro della famiglia.
- ÿ Affrontare situazioni traumatiche e difficoltà emotive attraverso il supporto psicoeducativo.
- ÿ Promuovere la riconnessione emotiva e creare uno spazio di supporto per ciascuno individuale.
- ÿ Rafforzare la rete di supporto esterna (amici, attività sociali, ecc.).

Gli obiettivi definiti finora riguardano le seguenti difficoltà relazionali che si intendono affrontare attraverso il Modello Hedera, dimostrando una buona corrispondenza tra la struttura del modello e le esigenze delle famiglie.

8. Valutazione del processo terapeutico e delle misure relative alla salute relazionale

Obiettivi

Analizzando la valutazione delle famiglie sul livello di raggiungimento degli obiettivi stabiliti nella sessione 2 e rivalutato nelle sessioni 5 e 10, abbiamo osservato un miglioramento statisticamente significativo in tutte le entità e a livello complessivo. Non sono state riscontrate differenze significative nel confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo che ha svolto il programma a domicilio.

Coesione familiare e capacità di adattamento

I risultati comparativi di FACES IV nel tempo suggeriscono che l'efficacia dell'intervento Hedera varia tra le entità in relazione alle diverse

aspetti affrontati dal modello circonflesso. In questo senso, si osserva un possibile effetto positivo in EDUVIC e HoltIS, con miglioramenti sia nella *coesione* che nella *flessibilità*.

Inoltre, è stata registrata una *diminuzione del disimpegno*, il che suggerisce un miglioramento tra le famiglie di HoltIS e Caminante. Allo stesso modo, la riduzione del caos a HoltIS potrebbe indicare un miglioramento nella situazione delle famiglie rumene assistite da questa organizzazione.

Nel complesso, il confronto dell'evoluzione temporale tra il gruppo di controllo e il gruppo di appartenenza non ha mostrato differenze significative.

Senso di competenza genitoriale

Il confronto tra i punteggi medi di *soddisfazione dei genitori* prima e dopo l'intervento rivela un aumento in tutte le categorie, con incrementi statisticamente significativi in due di esse (Caminante e HoltIS). Lo stesso andamento si osserva nella *sottoscala di autoefficacia genitoriale*, ad eccezione di Agintzari, dove i punteggi rimangono stabili. Un confronto tra le tendenze pre e post-intervento nei gruppi di intervento domiciliare e di controllo mostra risultati simili.

Stress genitoriale

Confrontando i punteggi medi di *disagio genitoriale* prima e dopo l'intervento, abbiamo osservato riduzioni significative dei livelli di disagio dopo l'intervento in tutte e cinque le organizzazioni. Per quanto riguarda le differenze nei punteggi medi per *l'interazione genitore-figlio disfunzionale* tra l'inizio e la fine dell'intervento, il punteggio medio post-intervento era inferiore in tutte le organizzazioni, con una variazione significativa in EDUVIC e HoltIS. Un andamento simile è stato osservato con la *sottoscala del bambino difficile*, dove i punteggi medi post-intervento erano inferiori ai punteggi pre-intervento, con questa differenza significativa per Agintzari, EDUVIC e HoltIS. Analizzando i punteggi medi complessivi, considerando i dati di tutte le organizzazioni insieme, abbiamo osservato miglioramenti significativi in tutte e tre le sottoscale. Confrontando le variazioni pre e post-intervento nei gruppi di controllo e a domicilio, abbiamo osservato tendenze simili.

Considerando le variabili sociodemografiche e organizzative delle famiglie, osserviamo che il gruppo di famiglie con un figlio a cui è stato diagnosticato un disturbo psicologico o problemi di salute mentale presenta punteggi più elevati nelle sottoscale relative al *disagio genitoriale* e al *bambino difficile*. Analogamente, riscontriamo punteggi medi più alti per *il bambino difficile* nelle famiglie con una storia di problemi di salute mentale nel padre, nella madre o nel caregiver.

Un'altra variabile che abbiamo osservato influenzare i risultati è il tipo di confini, chiari o vaghi. Nell'interazione genitore-figlio disfunzionale, notiamo che il punteggio è inferiore quando i confini non sono chiari.

Sono chiari e più alti quando i confini sono sfumati, una discrepanza riscontrata anche per il disagio genitoriale. Se ci concentriamo sui modelli di interazione familiare, vediamo come la sottoscala *dell'interazione genitore-figlio disfunzionale* mostri punteggi più alti per tutti tranne che per il tipo democratico.

Adattamento psicologico dei membri minori

Quando confrontiamo i punteggi medi complessivi, considerando i dati di tutte le entità insieme, vediamo che, tra il periodo pre- e post-intervento, i punteggi sulle scale cliniche (sintomi emotivi, problemi comportamentali, iperattività e problemi con i pari) diminuiscono, mentre la scala della prosocialità aumenta. In generale, questa tendenza è simile sia nel contesto domestico che in quello di controllo. Inoltre, la diminuzione dei punteggi medi per *i sintomi emotivi, i problemi comportamentali e l'iperattività* è significativa sia per EDUVIC che per HoltIS; e *il comportamento prosociale* aumenta significativamente nel campione EDUVIC.

Se osserviamo come questa scala interagisce con **le variabili sociodemografiche e organizzative**

Dalle famiglie, abbiamo osservato che il gruppo di famiglie che ha un **modello di interazione**

I gruppi democratici mostrano punteggi medi significativamente inferiori per quanto riguarda *i sintomi emotivi e i problemi con i coetanei*.

Qualità della vita

Tra la fase iniziale e quella finale dell'intervento, un confronto globale dei punteggi medi, considerando i dati di tutte le entità insieme, rivela incrementi significativi nella *qualità della vita, nella salute fisica, nella salute mentale, nelle relazioni sociali e nella percezione dell'ambiente*. I risultati sono simili sia nel gruppo che ha svolto l'intervento a domicilio sia nel gruppo di controllo.

Incrociando i dati relativi alla scala di valutazione della qualità della vita con variabili sociodemografiche e di organizzazione familiare, abbiamo osservato una diminuzione significativa della *salute fisica e della soddisfazione di vita* in presenza di una storia di problemi di salute mentale nel padre, nella madre o nel caregiver. Analogamente, abbiamo osservato che la percezione della *qualità della vita* era significativamente inferiore quando a uno dei figli era stato diagnosticato un disturbo psicologico o un problema di salute mentale.

Osservando il modello di interazione familiare, si nota come gli stili sacrificale, iperprotettivo e delegativo siano correlati a un peggioramento della *salute fisica, mentale, delle relazioni sociali e dell'ambiente*.

Per quanto riguarda l'organizzazione familiare, abbiamo osservato una diminuzione significativa dei punteggi forniti dalle famiglie monogenitoriali in *salute fisica, salute mentale, relazioni sociali e ambiente*. In quest'ultima sottoscala, si osserva anche una diminuzione significativa dei punteggi nelle famiglie separate.

Autodenuncia dei membri minorenni

Se confrontiamo i punteggi medi a livello globale, considerando i dati di tutte le entità insieme, tra l'inizio e la fine dell'intervento, riscontriamo aumenti significativi nell'attività *fisica, nell'umore e nei sentimenti, nella vita familiare e nel tempo libero, amici, vita scolastica e sostegno familiare percepito*. Nel complesso, i risultati sono simili nei gruppi di controllo e di casa.

Questionario intermedio e finale sulla soddisfazione relativa al processo terapeutico.

In generale, le famiglie si dichiarano soddisfatte o, nella maggior parte dei casi, molto soddisfatte della terapia, sia per il suo impatto sulla vita familiare sia per la soddisfazione complessiva rispetto al processo terapeutico. I punteggi medi si attestano intorno a 4 su 5. Pertanto, in generale, gli intervistati ritengono che la terapia abbia un effetto chiaramente benefico sulle relazioni familiari e che l'intervento sia ben accolto, con un senso di fiducia e utilità nel rapporto con i terapeuti. Sebbene non sembrano esserci differenze sostanziali tra il gruppo sottoposto a terapia domiciliare e il gruppo di controllo, l'impatto medio della terapia sulla vita familiare e la soddisfazione per il processo terapeutico risultano relativamente più elevati presso Bottega Dei Ragazzi e Caminante. Dal punto di vista dei terapeuti, in organizzazioni come Agintzari e Bottega Dei Ragazzi, la terapia domiciliare tende ad avere un impatto maggiore e a fornire una maggiore soddisfazione rispetto alla terapia in studio.

Per quanto riguarda la domanda posta alle famiglie sulla possibilità di ripetere l'intervento terapeutico a casa, tra l'82% e il 100% ha risposto affermativamente. Questi risultati sembrano indicare una valutazione molto positiva del processo e dei benefici che ha apportato alle famiglie.

Questionario post-implementazione per i terapeuti

Riguardo alla loro esperienza con la terapia domiciliare, i terapeuti evidenziano diversi aspetti che hanno contribuito al loro sviluppo professionale. Di seguito sono riportate alcune percentuali degli aspetti più rilevanti:

- Adattamento, flessibilità e quadro terapeutico (25,4%). I terapeuti sottolineano di aver sviluppato una maggiore capacità di adattare il proprio intervento alle specificità di ogni famiglia e contesto.
- Osservando il contesto familiare ed ecologico (25,4%), i terapeuti generalmente sottolineano l'aspetto arricchente del conoscere ed essere in grado di osservare aspetti che altrimenti non avrebbero accesso durante le sessioni in ufficio.
- Comprensione relazionale, legame e valutazione (16,9%), lavorare nell'ambiente domestico ha permesso di accedere a dinamiche, routine e significati non visibili in consultazione, un aspetto che è associato ad un arricchimento della valutazione clinica, della comprensione del sistema familiare e della qualità dell'intervento.
- Sviluppo personale del terapeuta (9,9%), diversi professionisti individuano uno sviluppo della conoscenza di sé, della sensibilità e dell'umiltà terapeutica, apprezzano il fatto che la pratica in ambienti non convenzionali promuova un atteggiamento riflessivo, più vicino e favorevole al legame.
- Strumenti, tecniche e formazione professionale (5,6%).
- Valutazione positiva della novità dell'esperienza (12,7%) percepita come un'opportunità di crescita e rinnovamento nella propria pratica.

Si osserva un elevato grado di convergenza tra i professionisti di diverse organizzazioni nella valutazione delle competenze e delle conoscenze metodologiche acquisite. La categoria "utilizzo di strumenti di valutazione" spicca in particolare, ricevendo oltre il 70% delle menzioni in tutte le organizzazioni. Al secondo posto, per la sua natura trasversale e l'elevata frequenza, si colloca "lo sviluppo delle sessioni" (84% in media tra le organizzazioni).

Il livello medio percepito di competenza nell'erogazione della terapia a domicilio era di 6,70, con un minimo di 4 e un massimo di 9 punti su 10. Dopo l'intervento, la media è salita a 7,66, dove 10 rappresenta il punteggio di competenza più alto.

Questionario per professionisti esterni

In generale, i professionisti esterni che fungono da referenti per le famiglie evidenziano il miglioramento della comunicazione, l'acquisizione di linee guida genitoriali, il miglioramento delle dinamiche relazionali e la disponibilità di uno spazio sicuro per la famiglia come principali benefici del processo terapeutico.

Per quanto riguarda i vantaggi della modalità domiciliare, vengono evidenziati la possibilità di raggiungere bambini e adolescenti restii a partecipare, lo spazio sicuro che si crea per loro, la possibilità di instaurare un rapporto con il terapeuta e il maggiore valore ecologico.

9. Conclusioni finali

Una volta dimostrata l'efficacia del modello di intervento terapeutico Hedera, è opportuno sottolineare l'ampia gamma di possibilità che offre rispetto al modello di intervento tradizionale. Approcciarsi all'ambiente domestico con una prospettiva terapeutica modifica il livello di informazione a cui abbiamo accesso, aiutandoci a contestualizzare le difficoltà che la famiglia affronta e la sofferenza che sta vivendo. Questo approccio domiciliare ha un significativo valore ecologico, consentendoci di comprendere le dinamiche relazionali nel loro specifico contesto.

Ci permette di raggiungere i familiari che altrimenti non sarebbero in grado o non sarebbero disposti a partecipare, e porta la terapia anche in regioni più isolate dove questo tipo di risorse non sono disponibili. La presenza del terapeuta a casa ribalta i ruoli tradizionali e rafforza il legame terapeutico, consente una maggiore flessibilità durante le sedute e facilita la connessione dei bambini nel loro spazio sicuro. La presenza del terapeuta a casa abbate molte delle barriere che le famiglie spesso erigono di fronte a figure esterne che visitano la casa, cambiando la loro percezione di loro.

Sulla base della nostra esperienza nell'implementazione del modello e del feedback ricevuto da terapisti e famiglie, siamo fiduciosi nel valore dell'intervento domiciliare come strumento terapeutico a sé stante. Supportato dai risultati generalmente simili tra i due gruppi di intervento (domicilio/ufficio), Hedera sembra offrire una grande versatilità, consentendo un intervento interamente domiciliare o l'alternanza tra sessioni domiciliari e sessioni in ufficio, a seconda delle esigenze specifiche di ciascun caso.

Siamo fiduciosi nell'utilità del modello che abbiamo presentato e soddisfatti dei risultati ottenuti durante la fase di implementazione. Ne sono prova la prosecuzione di alcuni percorsi terapeutici avviati e l'integrazione del modello nei servizi di alcune organizzazioni, visti i risultati positivi conseguiti.