ISTITUTO TOLMAN
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale

Elaborato finale di 2' anno

Acceptance and Commitment Therapy online e blended per genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo o malattie croniche: evidenze recenti e implicazioni cliniche

Dott.ssa Antonella Laudani

Anno 2026

ABSTRACT

OBIETTIVI: La presente review narrativa si propone di sintetizzare e discutere criticamente le evidenze disponibili sull'efficacia e sull'accettabilità degli interventi ACT erogati in modalità online o blended per genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo e malattie croniche. L'Acceptance and Commitment Therapy può essere utile per sostenere la genitorialità in contesti di caregiving prolungato in cui le richieste assistenziali, emotive ed organizzative possono creare vissuti di depressione, ansia e stress che incidono notevolmente sulla qualità della vita.

METODO: La letteratura è stata esaminata tramite ricerca bibliografica condotta sulle banche dati PubMed e PsycINFO, unitamente al motore di ricerca Google Scholar e alle piattaforme editoriali accademiche principali con riferimento agli studi pubblicati tra il 2020 e il 2026. Sono stati analizzati studi empirici, trial clinici, studi di fattibilità e ricerche qualitative in lingua italiana e inglese con oggetto interventi ACT online, in telehealth o blended. Le evidenze sono state sintetizzate tematicamente con attenzione agli esiti psicologici, ai processi ACT e alle caratteristiche dei programmi.

CONTENUTI E RISULTATI PRINCIPALI: Le evidenze disponibili in letteratura suggeriscono che i sintomi ansioso-depressivi e lo stress percepito nei caregiver subiscano una riduzione se trattati con interventi ACT online e blended mirati a migliorare la flessibilità psicologica, l'accettazione e l'autoefficacia genitoriale. I programmi risultano più efficaci e maggiormente promettenti se includono contemporaneamente contenuti psicoeducativi, pratiche esperienziali e supporto clinico. I risultati appaiono generalmente favorevoli quando vengono abbattute le barriere logistiche unitamente alla presenza di un contatto umano significativo. Il limite principale, tuttavia, è riconducibile all'eterogeneità delle diagnosi e dei protocolli, così come ai follow-up brevi e alla rappresentazione prevalentemente materna dei caregiver.

CONCLUSIONI ED IMPLICAZIONI: Gli interventi ACT online e blended rappresentano una modalità promettente per offrire supporto psicologico accessibile ai genitori di bambini con bisogni complessi. Per la pratica clinica è importante valutare le preferenze del caregiver, le competenze digitali, il livello di distress e la necessità di integrazione con parent training o altri servizi. Sono necessari ulteriori studi e follow-up più lunghi per chiarire l'efficacia, i meccanismi di cambiamento e le condizioni di implementazione ottimali.

PAROLE CHIAVE: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), caregiver, Disturbi del neurosviluppo, Malattie croniche pediatriche, Interventi online, blended

1.INTRODUZIONE

1.1 Contesto clinico e rilevanza del problema

Introdotta nel DSM-5 e mantenuta nel DSM-5-TR, la categoria diagnostica dei disturbi del neurosviluppo risulta ad oggi molto vasta, comprendendo quadri clinici differenti fra loro: l'eterogeneità fenotipica e l'eziologia multifattoriale, tuttavia, lasciano spazio a dei punti in comune, quali l'esordio tipico nel periodo evolutivo e la compromissione di specifiche funzioni nel soggetto riguardanti le abilità personali, sociali, scolastiche o lavorative che si riflettono sulle autonomie e sul generale funzionamento adattivo lungo il corso della vita.

Altrettanto eterogenea è la cornice delle malattie croniche, le quali sono fra di loro accomunate da una durata prolungata nel tempo – solitamente superiore ai 3-6 mesi – e da un decorso persistente includente la necessità di continue terapie farmacologiche, procedure più o meno invasive e frequenti accessi alle strutture sanitarie che impattano a più livelli sullo sviluppo e sul funzionamento del bambino.

In entrambi i casi il nucleo familiare deve riorganizzare abitudini e schemi quotidiani al fine di rispondere a specifici bisogni che accompagneranno il minore e i genitori per tutta la vita ed avere accesso a servizi e supporti più specialistici rispetto ai coetanei a sviluppo tipico. Da qui si delinea la figura del *caregiver primario*, solitamente identificato in uno o entrambi i genitori, ovvero chi si assume la responsabilità principale, continuativa e non retribuita dell'assistenza fisica ed emotiva del figlio pur mantenendo gli altri ruoli familiari, lavorativi e sociali preesistenti alla diagnosi.

La letteratura recente sul tema evidenzia che i caregiver primari di individui con disturbi del neurosviluppo sperimentano elevati livelli di distress psicologico, ansia, sintomatologia depressiva e un generale svuotamento delle risorse personali legato alle continue richieste emotive e gestionali[i]. Il *burden* genitoriale ha chiaramente una natura multidimensionale, ma spesso si delinea come la necessità di trovare un equilibrio fra risorse fisiche, emotive ed economiche a disposizione della famiglia e le richieste quotidiane dell'assistenza[ii]. Tale carico si traduce spesso in livelli cronici di stress genitoriale, i cui fattori determinanti comprendono non solo la severità della sintomatologia del bambino - come i comportamenti sfidanti o le difficoltà di autoregolazione tipiche dello spettro autistico e dell'ADHD - che mutano al mutare della condizione in continua evoluzione, ma anche variabili legate alle caratteristiche ambientali e al supporto sociale percepito[iii] che generano paura e preoccupazione per il futuro assistenziale del figlio.

Sul versante delle malattie croniche, uno studio trasversale australiano permette di quantificare la portata del fenomeno. Su 194 genitori di bambini con condizioni croniche comuni (cardiopatia congenita, diabete di tipo 1, cancro, asma), il 40% presentava sintomi di stress, il 38% di ansia e il

26% di depressione in fascia moderata-severa. Il disagio genitoriale, indipendentemente dalla diagnosi specifica, risultava associato a un peggiore funzionamento emotivo del bambino e a livelli più elevati di bisogni di supporto non soddisfatti[iv], legati più alla sfera emotiva per pazienti oncologici, più marcati gli aspetti finanziari in pazienti diabetici.
Un prezioso studio del 2024[v] - tramite la somministrazione di interviste semi strutturate create ad hoc - ha tentato di dare una definizione concettuale di burnout per genitori di bambini con bisogni assistenziali complessi per i quali sono necessari sussidi e supporto che vanno oltre l'ordinaria cura rivolta ai figli. I risultati emersi delineano essenzialmente tre dimensioni: la natura ricorrente e cronica poiché la responsabilità verso i figli non si può interrompere né delegare; un decorso caratterizzato da iniziali fattori di stress che nel tempo acuiscono per confluire in una generale compromissione del funzionamento personale quotidiano; due "poli" contrapposti fra il combattere, inteso come vigilanza costante e sforzo di far apparire all'esterno che sia tutto sotto controllo e il voler fuggire inteso come distacco mentale e fisico dalla situazione, dagli altri, dal figlio e da se stessi.

1.2 ACT come intervento per i caregiver

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) è un approccio psicoterapeutico di matrice cognitivo-comportamentale di terza generazione rivelatosi efficace nel trattamento di differenti forme di sofferenza psichica, tra cui i disturbi d'ansia, le dipendenze patologiche e la depressione. A livello teorico si fonda sul contestualismo funzionale, secondo cui ogni evento è interpretato come un'azione in corso inseparabile dal suo contesto, e sulla RFT (Relational Frame Theory), un modello del linguaggio e della cognizione basato sull'analisi di apprendimenti complessi derivati dalla relazione arbitraria fra due stimoli, dunque acquisiti non solo per esperienza diretta, ma per via del significato socialmente appreso. L'ACT offre una prospettiva pertinente perché non identifica il successo terapeutico con la sola diminuzione dei sintomi, bensì con l'incremento della flessibilità psicologica e della capacità di agire in accordo con i propri valori anche in presenza di esperienze interne difficili: attraverso i sei processi dell'hexaflex l'intervento può aiutare il caregiver a rispondere allo stress senza subordinare ogni scelta all'eliminazione del disagio (Blackledge and Hayes 2006)[vi].

1.3 Vantaggi e criticità della modalità online/blended

Gli interventi ACT online possono ampliare l'accesso al trattamento soprattutto quando la gestione della condizione del figlio rende difficili gli spostamenti, la partecipazione a sedute a orario fisso o

l’organizzazione di un’assistenza sostitutiva. Le barriere relative alla mancanza di tempo e alla gestione familiare e lavorativa possono ridurre l’accesso ai servizi e la partecipazione ai percorsi di supporto psicologico. In questo contesto, le modalità online e blended assumono un interesse clinico crescente poiché possono favorire l’accessibilità senza necessariamente rinunciare al supporto professionale. La fruizione asincrona di moduli psicoeducativi, videosedute, esercizi di defusione cognitiva, pratiche di mindfulness e materiali fruibili da dispositivi comuni consentono di distribuire il percorso nella quotidianità familiare, evitando spostamenti e costi organizzativi; tuttavia la flessibilità tecnologica non coincide automaticamente con l’accessibilità. Connessione instabile, scarsa alfabetizzazione digitale, disponibilità limitata di spazi riservati e affaticamento del caregiver possono ostacolare l’adesione. Per questi motivi un programma terapeutico efficiente dovrebbe considerare non solo la riduzione dei tempi di accesso, ma anche la sostenibilità concreta delle attività proposte e la possibilità di andare incontro alle esigenze dei caregiver.
Il formato blended affronta in parte tale problema integrando risorse digitali e contatto con un professionista, il cui sostegno può favorire l’aderenza, chiarire l’applicazione dei processi ACT a situazioni specifiche ed individuare tempestivamente ostacoli come l’abbandono dei moduli o l’aumento del disagio emotivo.
L’analisi degli interventi digitali richiede tuttavia una distinzione metodologica che molte revisioni esistenti non mantengono con sufficiente precisione. Studi che aggregano trattamenti faccia a faccia, programmi di gruppo, percorsi individuali, applicazioni autonome e protocolli blended possono suggerire l’efficacia generale dell’ACT, ma non chiariscono quale contributo derivi dall’erogazione online.

1.4 Obiettivi

La maggior parte delle revisioni presenti in letteratura non si concentra specificatamente sulla modalità di erogazione online o blended e le evidenze sono eterogenee per popolazione, formato dell'intervento, durata, outcome misurati e qualità metodologica. Per tali ragioni non è possibile definire con precisione quali caratteristiche dei programmi digitali siano non solo più promettenti, ma soprattutto più efficaci e più accettabili per i caregiver. La review si propone dunque di sintetizzare e discutere criticamente le evidenze recenti relative agli interventi ACT online e blended rivolti a caregiver primari di bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo o malattie croniche. In particolare, ci si propone di analizzare:

- gli esiti psicologici dei caregiver, con focus su stress, ansia, depressione e distress;

- gli effetti sui processi ACT;
- gli eventuali effetti indiretti sul funzionamento genitoriale e sulla relazione genitore-figlio;
- l'accettabilità, la fattibilità e le barriere/facilitatori legati all'erogazione digitale;
- le implicazioni cliniche per la progettazione e l'implementazione di interventi futuri.

2. METODI

La presente review è stata condotta secondo un approccio narrativo. Per delimitare il tema e orientare la ricerca nella letteratura è stato utilizzato il metodo PICO dal quale – con maggior semplicità e chiarezza – sono state derivate le parole chiave utilizzate per selezionare gli studi. Di seguito il quadro orientativo:

	Descrizione	**Parole chiave derivate**
P – Population	Genitori e caregiver primari di bambini e adolescenti (0–18 anni) con disturbi del neurosviluppo o malattie croniche	"parents", "parenting", "caregivers", "primary caregivers", "neurodevelopmental disorders", "chronic illness", "pediatric chronic conditions"
I – Intervention	Interventi psicologici basati sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) erogati in modalità online, tramite telehealth o in formato blended	"Acceptance and Commitment Therapy", "ACT", "online", "internet", "telehealth", "e-health", "digital", "web-based", "blended", "guided internet", "web-based intervention"
C – Comparator	Non è previsto un comparatore unico. Possono essere considerati gruppi di controllo, altri interventi, trattamento usuale, lista d'attesa oppure studi senza confronto diretto, se utili per efficacia, fattibilità o accettabilità	"treatment as usual", "TAU", "waitlist", "wait-list", "control group", "usual care", "psychoeducation", "parent training", "comparison group"
O – Outcome	Esiti psicologici dei caregiver, processi ACT, funzionamento genitoriale, qualità della vita, accettabilità e fattibilità degli interventi	"parental stress", "psychological distress", "psychological flexibility", "quality of life", "engagement", "dropout"

La selezione della letteratura è stata guidata dai seguenti criteri: rilevanza clinica, pertinenza rispetto alla popolazione di interesse, chiarezza della componente ACT, presenza di un'erogazione online, in telehealth o blended e disponibilità di informazioni utili rispetto ad efficacia, accettabilità, fattibilità o implementazione. Sono stati selezionati studi empirici e clinici rilevanti, RCT, studi controllati non randomizzati, studi di fattibilità, studi pilota e ricerche qualitative; inclusi anche lavori teorici, revisioni della letteratura e documenti di programmazione della ricerca quando ritenuti utili per inquadrare il tema e interpretare le evidenze.
La ricerca bibliografica è stata condotta sulle banche dati PubMed e PsycINFO, unitamente al motore di ricerca Google Scholar ed integrata dalla consultazione dei principali portali editoriali accademici (tra cui *ScienceDirect/Elsevier*, *Frontiers* e *Springer Nature*). L'intervallo di tempo relativo alle pubblicazioni – in lingua italiana e inglese - è stato limitato agli studi compresi tra il 1° gennaio 2020 e il 30 settembre 2026.
Le quattro aree tematiche prese in considerazione sono: ACT, modalità di erogazione digitale, popolazione di caregiver e condizioni cliniche dei bambini/adolescenti. Le parole chiave sono state combinate con gli operatori booleani AND e OR adattate alle specificità di ciascuna banca dati.

Sono stati presi in considerazione studi che soddisfacevano almeno uno dei seguenti criteri:

- interventi psicologici basati esplicitamente sull'ACT o chiaramente ispirati al modello ACT;
- erogazione online, in telehealth o in formato blended;
- popolazione costituita da caregiver primari di bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo o malattie croniche;
- valutazione di esiti psicologici, processi ACT, funzionamento genitoriale, accettabilità, fattibilità o implementazione;
- pubblicazione tra il 2020 e il 2026;
- pubblicazione in italiano o inglese.

Sono stati esclusi:

- interventi non basati sull'ACT o privi di un riferimento esplicito al modello ACT;
- interventi erogati esclusivamente in presenza;
- studi su caregiver di adulti o su popolazioni non pertinenti;
- editoriali, commenti e protocolli privi di dati empirici;
- studi non disponibili in full text, nonostante i tentativi di recupero.

3. ACT E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

La genitorialità di un bambino con un disturbo del neurosviluppo o una malattia cronica può comportare richieste assistenziali prolungate, incertezza e riduzione degli spazi dedicati alla vita personale e familiare. In questo quadro, l'ACT non mira ad eliminare ogni emozione dolorosa né a modificare direttamente le condizioni del bambino, ma interviene sul modo in cui il genitore risponde a pensieri, sentimenti e situazioni difficili. Il valore di questo approccio dipende non solo dalla sua capacità di tradursi in comportamenti osservabili e coerenti con i propri valori, ma dall'abilità appresa di poterli affiancare alle inevitabili emozioni dolorose così da guardare in modo più distaccato ciò che crea dolore e disagio, ancorandosi all'esperienza presente. In sintesi, una migliore comprensione dei processi psicologici e del modo in cui si diventa in grado di gestirli. Ad esempio, un genitore può continuare a fare spazio alla paura per la prognosi del figlio e alla frustrazione per le difficoltà quotidiane, ma al tempo stesso impegnarsi ed agire come il genitore che desidera essere nella relazione di cura.

Nell'ACT vengono descritti sei processi interdipendenti:

- ***accettazione***: fare spazio a pensieri, emozioni e sensazioni difficili senza cercare di eliminarli o controllarli. L'esperienza interna è presente, ma non ci si fa dominare da questa;
- ***defusione cognitiva:*** prendere distanza dai pensieri osservandoli come tali e non come fatti assoluti o ordini da seguire;
- ***sé come contesto:*** riconoscere un sé più ampio e stabile che può osservare pensieri, emozioni e ruoli senza coincidere con essi;
- ***contatto con il momento presente:*** riportare l'attenzione al qui e ora invece di restare intrappolati in ruminazioni sul passato o rimuginii sul futuro;
- ***valori:*** identificare ciò che conta davvero per la persona, le qualità che vuole portare avanti nella vita e nelle relazioni;
- ***azione impegnata:*** tradurre i valori in piccole azioni concrete, ripetibili e realistiche, anche in presenza del disagio che persiste.

Nel caregiving prolungato i genitori possono sviluppare strategie di evitamento esperienziale nel tentativo di eliminare o controllare pensieri, emozioni e sensazioni difficili (Hayes et al., 1999; Twohig & Levin, 2017), strategia che potrebbe sembrare vincente nel breve periodo, ma che a lungo termine limita la vita familiare, rafforza l'isolamento e riduce la qualità della relazione genitore-figlio. I pensieri in merito alla salute e alle condizioni del minore vengono vissuti come perentori e

assoluti, rispondono alle etichette che spesso i genitori si attribuiscono ("sono un cattivo genitore") e ancorano la mente a preoccupazioni passate o future in merito a possibili complicanze, crisi o ricoveri. Lo sviluppo della flessibilità psicologica aiuta ad eliminare questa strategia di controllo sui propri pensieri e riporta al presente tramite esercizi di respirazione, attenzione sensoriale e osservazione di ciò che sta accadendo per aiutare il caregiver a distinguere tra il momento in cui deve gestire concretamente la malattia e il momento in cui può semplicemente stare con il figlio. Ciò non significa ignorare le responsabilità cliniche, ma imparare a non farsi assorbire del tutto da queste e conviverci attraverso una maggiore disponibilità emotiva e una relazione più ricca anche nei momenti non legati alla cura. Allo stesso tempo, imparare a vivere il proprio sé in modo più ampio aiuta a distaccarsi dall'idea di essere "solo" il caregiver - per cui si è responsabile di ogni eventuale fallimento e si calcola il proprio valore sulla base di quanto si è disposti a gestire a livello di cura – e ci si distanzia dalla totale identificazione con quell'unico ruolo che molto spesso fa sentire impotenti. Puntare sui propri valori e sull'idea del genitore che si desidera essere, infine, aiuta ad impegnarsi concretamente in piccole azioni, come chiedere supporto e mantenere spazi per le relazioni familiari e amicali.
L'ACT può certamente essere integrato ad altri metodi, quali per esempio la psicoeducazione o il parent training, così da ottenere un approccio complementare e maggiormente efficace. La psicoeducazione fornisce informazioni sulla condizione del figlio, sul funzionamento e sulle risorse familiari così come sulle aspettative realistiche; il parent training insegna strategie educative e comportamentali.

4. INTERVENTI ACT ONLINE E BLENDED

Doverosa è una definizione iniziale fra le varie tipologie di erogazione degli interventi che si distinguono da quelli in presenza. Facendo riferimento ad approcci "*online*" generalmente si intende un programma erogato per intero attraverso piattaforme digitali senza necessità di incontri in presenza, per "*telehealth***"** ci si riferisce all'erogazione di servizi clinici a distanza, spesso tramite videoconferenza, l' "*intervento digitale*" è più ampio e include applicazioni mobili, piattaforme web, video, esercitazioni interattive e materiali multimediali, mentre il formato "*blended*" mette insieme componenti digitali con incontri in presenza o con un supporto clinico diretto.

Il modo in cui la terapia viene erogata può incidere sull'esperienza del caregiver, sulla possibilità concreta di parteciparvi, sul livello di engagement e sulla percezione di supporto ricevuto. Un punto

critico dell'erogazione digitale è rappresentato dal rischio di abbandono poiché - senza il supporto di un terapeuta o di un gruppo – alcuni caregiver possono faticare a completare il percorso. In questo senso, il formato blended tenta di coniugare i vantaggi del digitale, quali flessibilità, accessibilità e possibilità di rivedere i materiali, con il valore del contatto umano e del supporto clinico, sebbene i primi devono andare di pari passo all'alfabetizzazione digitale e all'effettiva possibilità di poter accedere ad una rete e a dispositivi che la supportino. In questa modalità l'accettabilità e l'engagement sembrano essere favorite poiché vi è il giusto equilibrio per il caregiver fra autonomia e supporto. Il limite principale delle ricerche presenti in letteratura è rintracciabile nell'eterogeneità degli approcci che spesso sono combinati e quindi non valutano esclusivamente l'impatto dell'ACT online sulla popolazione di riferimento e nell'altrettanto eterogeneo target considerato, per cui non è possibile settorializzare in modo netto fasce di età o tipologie di pazienti presi in carico. Le evidenze in questo ambito sono ancora in fase di sviluppo. Uno studio del 2024[vii] riporta i risultati di un intervento di gruppo - erogato in parte in presenza e in parte tramite videoconferenza - svolto durante la pandemia da COVID-19 nel quale si presentava una riduzione dello stress e un miglioramento del benessere psicologico nei genitori di bambini in età scolare, indipendentemente dalla modalità di erogazione. Alcuni programmi online basati su una metodologia ACT sono stati proposti per caregiver di persone con condizioni croniche[viii] con risultati preliminari promettenti in termini di benessere e funzionamento, ma con limiti legati alla numerosità dei campioni e alla mancanza di follow-up lunghi. Nel contesto pediatrico - un esempio molto attuale in fase di valutazione in termini di fattibilità ed efficacia - è rappresentato dal programma "PACT Online"[ix], un protocollo di studio che utilizza contenuti ACT su piattaforme digitali rivolti a genitori di bambini con disturbo del neurosviluppo, integrandolo con sessioni di telehealth distribuite su 12 settimane.

Relativamente alle modalità di erogazione delle terapie, evidenze in merito all'uso di protocolli ACT derivano da Flujas-Contreras et al. (2024) che mettono direttamente a confronto versione in presenza e versione online su genitori di bambini normotipici di almeno dodici anni. L'obiettivo dello studio[x] era migliorare la flessibilità psicologica e la gestione emotiva dei genitori attraverso un trial clinico non randomizzato su 82 partecipanti, in cui venivano valutati lo stress genitoriale, la soddisfazione di vita e il benessere psicologico dei figli subito dopo il trattamento e a distanza di tre mesi. I risultati dimostrano che, sebbene nell'immediato i due formati producano effetti simili, il gruppo in presenza ottiene benefici più ampi e duraturi nel tempo, mentre la versione online eccelle nell'aumentare la soddisfazione di vita e la partecipazione. L'indagine conferma dunque che l'approccio terapeutico supporta efficacemente le competenze genitoriali, suggerendo che il formato digitale rappresenti una valida alternativa o un supporto complementare quando l'accesso alle sedute tradizionali risulta

difficoltoso.

Gli interventi online e blended possono essere erogati in formato individuale o di gruppo con delle differenze da tenere in considerazione: il formato individuale consente una maggiore personalizzazione e quindi un focus mirato sulle specifiche difficoltà del soggetto, mentre il formato di gruppo favorisce la condivisione di esperienze e la conseguente motivazione alla partecipazione, la normalizzazione e il supporto tra pari ed agisce inoltre sulla riduzione dell'isolamento. Le modalità previste possono comprendere: video e moduli psicoeducativi, esercizi esperienziali digitali (respirazione, mindfulness, esercizi di defusione, diari di valori), questionari e monitoraggio, sessioni sincrone per approfondire e supportare l'applicazione pratica, forum o gruppi di discussione.

5. EVIDENZE RECENTI NEI CAREGIVER

La letteratura recente sugli interventi ACT per caregivers comprende studi condotti su popolazioni diverse e diverse modalità di erogazione che condividono, tuttavia, l'obiettivo di aumentare la flessibilità psicologica e ridurre lo stress parentale, come riportato nello studio di Bergman et al. (2026)[xi], secondo il quale l'ACT agisce stabilmente in questa direzione rispetto al treatment-as-usual al fine di non cancellare i vissuti dolorosi, ma ampliare il repertorio comportamentale orientato ai valori. Il miglioramento clinico è dato dalla riduzione della fusione cognitiva e dell'evitamento (Parmar et al., 2021).

Meta-analisi recenti quantificano la riduzione dello stress genitoriale[xii] e dei sintomi depressivi[xiii] con l'utilizzo di terapie ACT in combinazione con altri approcci e con varietà di somministrazione, in presenza o online. Differenze emergono per l'ansia parentale per cui i caregiver di bambini con disturbi del neurosviluppo registrano una risposta d'effetto maggiore rispetto a caregiver di soggetti con patologie fisiche croniche[xiv].

Limitatamente all'autismo, Maughan et al. (2023)[xv] riportano benefici significativi su depressione genitoriale, distress familiare e raggiungimento di obiettivi valoriali personali, mentre dagli studi su specifiche condizioni, come le madri di bambini con paralisi cerebrale infantile[xvi], emergerebbe che l'ACT produca un miglioramento nel benessere psicologico generale nella scale misurate su depressione, disagio sociale e stigma così come una maggiore flessibilità psicologica nell'accettare pensieri ed emozioni dolorosi senza combatterli, agendo in coerenza con i propri valori.

Oltre agli effetti diretti sui sintomi genitoriali, quali primariamente accettazione e defusione, la letteratura tenta di mettere in luce la natura transazionale e bidirezionale dell'uso di metodologie ACT che potrebbero aiutare il caregiver a modificare le sue pratiche educative e la sua disponibilità emotiva verso il figlio. In un piccolo RCT preliminare su bambini con paralisi cerebrale[xvii], i genitori che hanno seguito PACT hanno mostrato - rispetto al gruppo di controllo - valori più favorevoli di non-intrusività e di coinvolgimento del bambino. Gli autori ipotizzano che ciò rifletta un cambiamento nel comportamento genitoriale, ma lo studio non lo dimostra e il già citato protocollo degli stessi autori tenta proprio di verificare queste ipotesi. Sairanen et al. (2022) hanno analizzato, come esito secondario di un RCT, gli effetti di un intervento ACT online guidato di 10 settimane (ACTParents)[xviii] sulla qualità di vita dei figli di genitori con sintomi di burnout in un campione misto di bambini con diabete di tipo 1 e disabilità funzionali. Non sono emersi effetti diretti significativi dell'intervento sulla qualità di vita dei figli, ma le analisi di mediazione hanno evidenziato effetti indiretti mediati dalla riduzione del burnout e dal miglioramento della mindfulness genitoriale, in particolare delle abilità di descrizione, non-reattività e agire con consapevolezza. Nelle auto-valutazioni dei figli tali effetti hanno riguardato qualità di vita complessiva, autostima, benessere emotivo, relazioni familiari e funzionamento scolastico, mentre nelle valutazioni dei genitori hanno riguardato famiglia, amici e benessere fisico. I risultati supportano in via preliminare l'idea che il benessere del caregiver si determini come una via di trasmissione di benefici ai figli, ma vanno interpretati con cautela per la ridotta numerosità e l'eterogeneità del campione. Bergman et al. (2023) valutano la fattibilità di "Navigator ACT", un intervento di gruppo basato sull'ACT nei servizi ambulatoriali di abilitazione svedesi, ponendosi come obiettivo secondario una stima preliminare degli esiti su stress e distress genitoriale[xix] . Quanto emerge dalla somministrazione del SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) è una riduzione dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini e un aumento dei comportamenti prosociali, oltre a un minor impatto delle difficoltà sulla famiglia. Gli autori ipotizzano che ciò possa riflettere pratiche genitoriali più flessibili ed efficaci con ricadute positive sullo stile genitoriale e sulla relazione con i figli, da approfondire in studi futuri. Sulle stesse ipotesi si muovono Lobato et al. secondo cui l'utilizzo di un protocollo basato sull'ACT[xx] conduca ad una riduzione dello stress, alla soppressione dei pensieri e dell'inflessibilità nei genitori con un conseguente aumento di occasioni di interazioni di supporto, meno punitive verso i figli.

Lo studio di Pyszkowska & Górnik-Durose (2023)[xxi] su un piccolo campione propone un protocollo di intervento per caregivers di bambini con disturbo dello spettro autistico, in formato online e in presenza, da cui non emerge nessuna differenza significativa tra le due modalità, quanto fa dedurre agli autori un'efficacia equivalente che incide sull'aumento della flessibilità psicologica,

dell'autocompassione e della qualità della vita con conseguenti riduzione di depressione, ansia e stress, risultati mantenuti anche al follow up dopo un mese dall'ultimo incontro del training.

Lappalainen et al. (2021, 2024) riportano i risultati post-intervento[xxii] e di follow-up a 3 e 6 mesi[xxiii] di un unico RCT condotto in Finlandia i cui obiettivi erano confrontare l'efficacia di due formati di intervento basati sull'ACT, un programma telematico guidato da psicologi tramite videoconferenza (iACT) e uno self-help basato su materiali cartacei e digitali indipendenti, su burnout, depressione, flessibilità psicologica, mindfulness e qualità di vita, per poi verificare il mantenimento degli effetti nel tempo. Il campione scelto era costituito da 110 genitori di bambini con condizioni croniche o disabilità dello sviluppo, quasi tutte madri (93,6%), circa il 70% con istruzione universitaria; più del 60% presentava burnout patologico alla baseline. I partecipanti sono stati randomizzati per il programma web di 10 settimane o per il formato self-help. Al post-intervento il burnout è diminuito in modo simile in entrambi i gruppi, mentre l'iACT ha prodotto miglioramenti maggiori, di entità media su sintomi depressivi, flessibilità psicologica e mindfulness. A tre mesi il vantaggio dell'iACT si manteneva su burnout e depressione, ma flessibilità psicologica e mindfulness sono calate in entrambi i gruppi; a sei mesi, nel solo gruppo iACT, i sintomi restavano ridotti e le competenze risultavano di nuovo superiori alla baseline. Gli autori concludono quindi che l'utilizzo della tecnologia digitale e delle sedute virtuali rappresenta una soluzione clinica accessibile e promettente per superare le barriere geografiche e di tempo, offrendo un supporto concreto ai genitori che affrontano le sfide quotidiane della cura dei figli.

Un approccio emergente prevede il coinvolgimento di caregiver esperti come co-facilitatori accanto a clinici e operatori sanitari in interventi di gruppo per caregiver di persone con disturbi del neurosviluppo. È il caso del programma CC-ACT, un workshop basato sull'Acceptance and Commitment Training co-condotto da almeno un clinico e un caregiver familiare (Fung et al., 2025)[xxiv] nel quale l'obiettivo principale era ridurre lo stress psicologico dei caregiver proponendo strategie di supporto che unissero competenze professionali a vissuti reali dei soggetti; il risultato suggerisce che questo tipo di collaborazione favorisce fiducia, coesione e sicurezza nel gruppo. Le evidenze disponibili sono tuttavia limitate: uno studio qualitativo su 15 facilitatori ne descrive una percezione positiva, in termini di complementarità dei ruoli, fiducia e coesione di gruppo, ma anche criticità legate a carico emotivo e compensazione (Lake et al., 2024)[xxv], mentre esiti preliminari arrivano da un training ACT di gruppo erogato in modalità virtuale sincrona, rivolto a familiari di persone con disabilità o neurodivergenze e co-condotto da caregiver e clinici[xxvi]. L'accettabilità del formato virtuale è risultata elevata (oltre l'80% di soddisfazione), pur con preferenze individuali differenti, inoltre sono

stati osservati miglioramenti significativi, mantenuti al follow-up a 8 settimane, nello stress genitoriale, nel benessere, nell'umore e nella resilienza, oltre che in flessibilità psicologica, autocompassione, vita orientata ai valori e defusione cognitiva. Nelle risposte aperte il tema più frequente è stato la condivisione dell'esperienza "I am not alone". Trattandosi di uno studio non controllato i risultati sono da considerarsi preliminari e non consentono di stabilire un nesso causale.

6. LIMITI DELLA LETTERATURA E DIREZIONI FUTURE

Le sintesi quantitative e le meta-analisi recenti confermano l'efficacia complessiva dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel ridurre lo stress, l'ansia e i sintomi depressivi nei caregiver, evidenziando tuttavia marcate differenze nei risultati, diretta conseguenza dell'eterogeneità dei partecipanti e degli approcci utilizzati.

Tra le variabili intrapsichiche del caregiver, il livello iniziale di inflessibilità psicologica e di evitamento esperienziale costituisce un moderatore primario: i genitori che partono da condizioni di maggiore rigidità psicologica registrano i guadagni clinici e la riduzione dello stress più significativi.

La tipologia di condizione del minore esercita un chiaro effetto moderatore: i genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo mostrano risposte terapeutiche superiori nella riduzione dell'ansia e dello stress rispetto ai caregiver di figli con patologie fisiche croniche o somatiche. Ciò è riconducibile alla natura dei fattori di stress evolutivi propri dei disturbi del neurosviluppo, per i quali i meccanismi ACT di ristrutturazione dei valori e di accettazione risultano particolarmente calzanti.

Le analisi di sottogruppo indicano un'ottimale finestra di risposta clinica nei percorsi di durata intermedia (4-8 o >8 settimane) condotti con sessioni ad alta frequenza o intensità (fino a 120 minuti a seduta) e nei protocolli combinati che integrano l'ACT con programmi psicoeducativi e di parent training comportamentale (Stepping Stones Triple P).

La composizione del gruppo rappresenta un ulteriore moderatore chiave: gli interventi condotti in gruppi misti che vedono la partecipazione di entrambi i genitori ottengono riduzioni dello stress superiori rispetto ai gruppi composti per oltre il 90% da sole madri, grazie all'effetto protettivo del supporto tra pari. Inoltre, contesti nazionali caratterizzati da sistemi di welfare e rete sociale ben sviluppati favoriscono una maggiore tenuta dei benefici nel tempo.

Nonostante il quadro empirico favorevole, l'analisi metodologica dei trial e delle revisioni sistematiche evidenzia diverse vulnerabilità metodologiche condivise:

- sbilanciamento di genere ed etnico-culturale: la quasi totalità degli studi comprende campioni composti in netta prevalenza da madri (frequentemente oltre l'80–90% del totale), appartenenti a contesti ad alto reddito e con un elevato livello di istruzione, limitando la generalizzabilità dei risultati alle popolazioni paternali, a famiglie socio-economicamente svantaggiate o a contesti culturali non occidentali;
- dipendenza esclusiva da strumenti self-report: gli esiti clinici e i processi ACT vengono rilevati quasi unicamente tramite questionari autosomministrati compilati dai genitori, esponendo i dati a potenziali bias di desiderabilità sociale, aspettativa e attrito;
- carenza di misure osservazionali e conferma diagnostica: si riscontra una scarsità di valutazioni dirette e oggettive dell'interazione genitore-figlio e la diagnosi del minore viene spesso ricavata dai soli report genitoriali anziché essere confermata tramite batterie diagnostiche gold-standard (ADOS-2 o CARS);
- potenza statistica e fedeltà del trattamento: numerosi studi pilota si limitano a campioni di dimensioni ridotte con tassi di dropout consistenti nelle rilevazioni a medio-lungo termine (3–6 mesi) e una somministrazione discontinua di schede di valutazione della fedeltà al manuale (treatment fidelity) e della validità sociale.

Volendo dunque riassumere i limiti principali della letteratura presente:

- **eterogeneità dei protocolli**: gli interventi variano per durata, formato, componenti e strumenti di valutazione;
- **dimensione dei campioni**: molti studi hanno campioni ridotti che limitano la potenza statistica;
- **qualità metodologica**: non tutti gli studi sono RCT di alta qualità, alcuni sono studi pilota o di fattibilità;
- **follow-up limitati**: pochi studi valutano il mantenimento degli effetti a lungo termine;
- **rappresentazione dei caregiver**: molti campioni sono composti prevalentemente da madri, con minore rappresentazione di padri e altri caregiver;
- **misure non uniformi**: gli strumenti utilizzati per valutare flessibilità psicologica, stress e benessere variano tra gli studi.

7. CONCLUSIONI

La presente review narrativa ha esaminato le evidenze recenti relative agli interventi basati sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), erogati in modalità online o blended, rivolti a genitori e caregiver primari di bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo o malattie croniche.

Le evidenze disponibili suggeriscono che tali interventi possano favorire riduzioni dello stress, dell'ansia e della depressione nei caregiver, oltre a miglioramenti della flessibilità psicologica, dell'accettazione e dell'autoefficacia genitoriale. Risultati secondari potrebbero riguardare miglioramenti nell'interazione genitore/figlio con stili educativi meno punitivi e aumento dei comportamenti prosociali nei minori. I risultati sono coerenti con il modello ACT che punta ad aumentare la capacità del caregiver di rispondere in modo flessibile alle richieste del caregiving, mantenendo azioni coerenti con i propri valori.

L'accettabilità degli interventi ACT online e blended appare generalmente favorevole, soprattutto quando sono previsti supporti clinici, sessioni sincrone o un formato blended che integri materiali digitali e contatto umano. Tuttavia, la letteratura è ancora limitata ed eterogenea, con campioni ridotti, follow-up brevi e rappresentazione prevalentemente materna dei caregiver.

Per la pratica clinica, gli interventi ACT online e blended possono rappresentare una modalità utile per aumentare l'accessibilità al supporto psicologico, soprattutto quando le barriere logistiche o organizzative rendono difficile l'accesso ai servizi in presenza. La scelta del formato dovrebbe tenere conto delle preferenze del caregiver, delle competenze digitali e della necessità di integrazione con parent training o altri servizi.

Sono necessari ulteriori studi di alta qualità con disegni comparativi e follow-up più lunghi per chiarire l'efficacia, i meccanismi di cambiamento e le condizioni ottimali di implementazione degli interventi ACT online e blended per questa popolazione di caregiver.

8. TABELLE STUDI

- **Trial clinici randomizzati (RCT)**

Studio (Autori e anno)	Campione e popolazione	Disegno e intervento	Strumenti di misura / esiti	Risultati principali
Holmberg Bergman et al. (2025/2026)	137 genitori (84.7% madri) di bambini (0-18 anni) con NDD (ASD 44.7%, ADHD 33.7%, altre 21.6%) Svezia	RCT a due bracci (ACT n=70 vs. TAU n=67) *Navigator ACT*: 5 sessioni di gruppo di 3.5h + booster di 2.5h a 4 mesi (totale 20h)	PAAQ (inflessibilità psicologica genitoriale) PSS (stress genitoriale) SDQ (comportamenti del figlio) DASS-21 FFMQ	L'ACT supera il TAU nella riduzione dell'inflessibilità psicologica (d = 0,84) e dello stress genitoriale (d = 0,38), mantenuta al follow-up. Maggiori comportamenti prosociali dei figli (d = 0,46). Nessuna differenza su depressione, ansia, mindfulness e difficoltà dei figli. Completamento del 83,3% nel gruppo ACT.
Whittingham et al. (2022)	N = 67 famiglie di bambini (2-10 anni) con paralisi cerebrale (CP) Australia	RCT a due bracci (PACT Online n=37 vs. Waitlist n=30) *PACT Online*: corso guidato via web di 10 settimane Follow-up a 6 mesi.	EAS (Emotional Availability Scales - osservazionale) EA-SR, CP QOL DASS, AAQ, PWI	Effetto su non-intrusività genitoriale e coinvolgimento del bambino (EAS), mindfulness genitoriale e qualità di vita del bambino. Nessun effetto su salute mentale dei genitori e adattamento dei figli. Effetti durevoli a 6 mesi.
Lappalainen et al. (2021)	N = 110 genitori (93.6% madri) di bambini (0.8-17 anni) con malattie croniche o disabilità dello sviluppo Finlandia	RCT di 13 settimane a due bracci attivi (*iACT guidato* n=57 vs. *Self-help ACT* n=53) iACT include 3 videoconferenze con psicologo; Self-help riceve un opuscolo e moduli online autonomi	SMBQ (burnout), PHQ-9 (depressione), CompACT (flessibilità psicologica) FFMQ (mindfulness) RAND-36 (QoL)	Burnout ridotto in modo simile nei due gruppi. L'iACT ha dato miglioramenti maggiori su depressione (d = 0,49), flessibilità psicologica (d = 0,64) e mindfulness (d = 0,55), e su un solo aspetto della qualità di vita (ruolo e problemi emotivi, d = 0,58). Drop-out ~25%
Maughan et al. (2023/2024)	N = 63 genitori (27 intervento, 27 waitlist analizzati; 54 al baseline) di bambini, adolescenti e adulti autistici Canada	RCT a due bracci (ACT Workshop n=27 vs. Waitlist n=27) Intervento breve di gruppo: 2 sessioni di 3h + refresher di 3h a 3 settimane Follow-up a 17 settimane	DASS (depressione, ansia, stress) GAS (Goal Attainment Scaling) PWI, SDQ, FES (funzionamento familiare)	Il gruppo trattato migliora di più su depressione (d = −0,64) e distress familiare (d = −0,57), affetto positivo (d = 0,77) e obiettivi personali (d = 0,80). Anche stress, defusione ed evitamento migliorano nel gruppo trattato Miglioramenti mantenuti al follow-up
Sairanen et al. (2019)	N = 74 genitori (37 ACTParents, 37 Waitlist) di 66 bambini con diabete tipo 1, ASD o disabilità motorie Svezia	RCT a due bracci (ACTParents online n=37 vs. Waitlist n=37) Programma web guidato da coach per 10 settimane Follow-up a 4 mesi	SMBQ (burnout), AAQ-II, CFQ, FFMQ, KINDL (qualità della vita del bambino riferita e self-report).	Effetti indiretti significativi tramite minor burnout e maggiore mindfulness e defusione. Migliorano autostima, famiglia, benessere emotivo e scuola dei figli
Lobato et al. (2022/2023)	N = 20 genitori (80% madri) di bambini con ASD e disabilità intellettiva Spagna	RCT con lista d'attesa. ACT di gruppo di 9 ore (3 sedute da 3 h settimanali) Misure pre, post e follow-up a 3 mesi, più auto-monitoraggio dei comportamenti.	6-PAQ, PSS, GHQ-12, WBSI (soppressione dei pensieri)	Nel gruppo ACT calano inflessibilità e soppressione dei pensieri (post e follow-up) e lo stress (follow-up) Più interazioni supportive, meno punitive

- **Studi quasi-sperimentali e non randomizzati**

Studio (autori e anno)	Campione e popolazione	Disegno e intervento	Strumenti di misura / esiti	Risultati Principali
Pyszkowska & Górnik-Durose (2023)	N = 60 genitori (85% madri) di bambini (3-9 anni) con diagnosi di ASD Polonia	Studio quasi-sperimentale a 3 gruppi non randomizzati (n=20 ACT offline, n=20 ACT online, n=20 controllo) Intervento di 4 settimane	Scale di Qualità della Vita (QoL), Ego-Resiliency, DASS-21 (distress), Self-Compassion	Miglioramento di flessibilità, autocompassione, resilienza e qualità di vita; calo di depressione, ansia e stress. Effetti mantenuti al follow-up. Nessuna differenza tra online e offline.
Olayinka et al. (2022/2023)	N = 40 madri di bambini con paralisi cerebrale afferenti a clinica neuropsichiatrica Nigeria	Studio quasi-sperimentale pre-post con gruppo di controllo (assegnazione mediante semplice estrazione casuale "yes/no") Intervento sperimentale: 8 sessioni settimanali di 90 min	Questionari strutturati su stress genitoriale, adattamento psicologico e accettazione genitoriale pre e post-test	ACT migliora la salute psicologica rispetto al controllo. Inflessibilità ridotta da 31,6 a 24,1 (calo del punteggio AAQ-II = maggiore flessibilità).

- **Studi pilota, di fattibilità e pre-sperimentali**

Studio (autori e anno)	Campione e popolazione	Disegno e intervento	Strumenti di misura / esiti	Risultati principali
Holmberg Bergman et al. (2022/2023)	N = 94 genitori (85 madri, 9 padri) di bambini (2-17 anni) con disabilità (ASD, ADHD, ID, disabilità motorie) Svezia	*Navigator ACT*: 5 sessioni di gruppo di 3.5h condotte in centri di abilitazione	Tasso di completamento, CEQ (credibilità/aspettative), SEF (soddisfazione), PSS, DASS, FFMQ, SDQ	Completamento ~80% (obiettivo ≥75% raggiunto). Riduzione significativa dell'evitamento esperienziale e miglioramenti in mindfulness, depressione e ansia con effetti ampi, stabili al follow-up
Man et al. (2026)	N = 209 caregiver di persone con disabilità del neurosviluppo reclutati tramite 12 organizzazioni Canada	Studio pre-sperimentale intra-soggetto virtuale (pre, post, follow-up a 8 settimane) Gruppi ACT virtuali erogati tra il 2020 e il 2024	Scala Likert di soddisfazione ed accessibilità, questionari standardizzati sul benessere mentale, fusione cognitiva (CFQ), flessibilità e azioni valorizzate	Alta accettabilità del formato virtuale (>80% di soddisfazione). Miglioramenti significativi in defusione, flessibilità, valori, autocompassione, stress, benessere, umore e resilienza, mantenuti al follow-up. Defusione, mindfulness e accettazione le componenti più utili
Lappalainen et al. (2021/2022 - Follow-up)	N = 110 genitori dell'RCT iniziale (57 iACT guidato, 53 Self-help ACT) Finlandia	Studio di follow-up longitudinale a 3 mesi (entrambi i gruppi) e 6 mesi (solo iACT guidato) per valutare la stabilità degli effetti nel tempo	SMBQ (burnout), PHQ-9 (depressione), CompACT, FFMQ somministrati a pre, post, fup-3m e fup-6m	I guadagni terapeutici dell'iACT guidato su burnout, depressione e flessibilità psicologica si mantengono stabili fino a 6 mesi post-intervento. Il gruppo Self-help mantiene i benefici a 3 mesi ma evidenzia minore entità rispetto all'iACT

- **Revisioni sistematiche e meta-analisi**

Studio (autori e anno)	Campione e popolazione	Focus	Variabili moderatrici analizzate	Risultati principali
Wang & He (2025)	12-15 RCT inclusi (N = 746/768 genitori di bambini con SHCN / bisogni speciali)	Sintomi depressivi genitoriali. Modello a effetti fissi e casuali	Area geografica, durata/frequenza dell'intervento, tipologia di patologia del figlio	ACT riduce la depressione. Più utile nei disturbi del neurosviluppo e nelle malattie croniche. Durata ottimale 4-8 settimane (≥35 min, 1-2 sedute/settimana) Effetto maggiore dove il welfare è sviluppato.
He et al. (2025)	11-12 RCT inclusi (N = 837 genitori di bambini con bisogni speciali)	Sintomi d'ansia genitoriali. Modello a effetti fissi	Età dei genitori, tipologia di patologia del figlio, formato di erogazione, strumenti di valutazione (DASS vs. altri)	L'ACT allevia l'ansia genitoriale. La meta-regressione identifica l'età del genitore come moderatore confermando effetti superiori per le NDD rispetto alle malattie croniche generali
Guo (2025)	10-11 RCT inclusi (N = 700/760 genitori di bambini speciali)	Sintomi di stress genitoriale. Modello a effetti casuali	Modulo d'intervento (ACT da solo vs. combinato con Triple P/CBT), coinvolgimento di entrambi i genitori vs. solo madri, durata delle sessioni	ACT riduce lo stress con effetto moderato. Effetto maggiore con sedute ≥120 min, ≥2 volte a settimana. >8 settimane se l'ACT è integrata con altri interventi Gruppi misti per genere più efficaci di quelli con >90% madri

- **Studi Trasversali, Correlazionali e Qualitativi**

Studio (autori e anno)	Campione e popolazione	Disegno e metodologia	Strumenti di misura / approccio	Risultati principali
Lobato, Montesinos & Flujas-Contreras (2022)	N = 110 genitori e caregiver principali di persone con disabilità intellettiva Spagna	Studio correlazionale trasversale *ex post facto* retrospettivo	6-PAQ (inflessibilità psicologica), PSS (stress genitoriale), GHQ-12 (salute generale), WBSI (soppressione dei pensieri)	Correlazioni significative tra inflessibilità psicologica, stress, soppressione dei pensieri e salute psicologica. Difficoltà in sé come contesto, azione impegnata e defusione spiegano il 70,6% della varianza dello stress
Lake et al. (2024/2025)	15 facilitatori (8 caregiver, 6 clinici, 1 entrambi) Workshop ACT per caregiver di persone con NDD Quasi tutte donne Canada	Studio qualitativo descrittivo. Intervento: ACT (CC-ACT) co-condotto da caregiver e clinici (2 giorni in presenza o 5 sedute virtuali da 2 h)	Interviste semi-strutturate, memo analitici ricorsivi e analisi tematica induttiva della co-erogazione	La co-facilitazione pari-clinico trasforma l'esperienza del workshop: i caregiver provano immediata validazione ed empatia non giudicante, mentre i clinici acquisiscono una comprensione più profonda dei contesti familiari reali. Superamento delle barriere gerarchiche tradizionali

- **Protocolli di studio e prospettive d'implementazione**

Studio (autori e anno)	Campione e popolazione	Disegno di ricerca proposto	Variabili di esito e framework d'implementazione	Risultati attesi
Fung et al. (2025)	Caregiver familiari di persone con NDD (ASD, FASD, Down, spina bifida) e clinici/co-facilitatori Canada	Workshop "CC-ACT" condotto in co-facilitazione da caregiver e clinici, in presenza o virtuale in 3 fasi (preparazione, erogazione, valutazione) (5 partecipanti, 13 facilitatori, 5 dirigenti)	DASS-21, PSI-4, BFDS, AAQ-II, CFQ, VLQ, checklist di fedeltà e focus group	Fornire una valutazione sistematica della sostenibilità dell'ACT co-facilitato (pari + clinico) nei servizi di comunità, bilanciando fedeltà al manuale e adattamenti locali sensibili all'equità sanitaria
Whittingham et al. (2025)	N = 300famiglie di bambini (0-10 anni) con o ad aumentata probabilità di disabilità del neurosviluppo (CP, ASD, FASD, ADHD, ID) Australia	Protocollo per Trial Clinico Randomizzato Ibrido di Tipo 1 a due bracci (*PACT Online* vs. Care as Usual / Waitlist) Follow-up a 6 mesi	Esito primario: EAS (Emotional Availability Scale) Esito secondario: salute mentale, mindfulness, aggiustamento, sviluppo del figlio, analisi economica (CCA) e quadro CFIR	Identificare l'efficacia del PACT Online nel migliorare la disponibilità emotiva genitore-figlio e valutare simultaneamente i costi sanitari, i fattori di contesto e le barriere d'implementazione nei sistemi di assistenza pediatrici

BIBLIOGRAFIA

[i] Agyapong-Opoku, G., Eboreime, E., Greenshaw, A. J., & Agyapong, B. (2026). Psychological issues among caregivers of children with neurodevelopmental disorders: A scoping review. *Brain Sciences*, *16*(9), Article 982. https://doi.org/10.3390/brainsci16090982

[ii] Lopes, M. M., & Costa, M. H. S. (2025). The hidden cost of caring: Caregiver burden in neurodevelopmental disorders. *Research, Society and Development*, *14*(12), Article e51141250303. https://doi.org/10.33448/rsd-v14i12.50303

[iii] Tönis, K. J., Drossaert, C. H., ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2026). Stress factors in parents of autistic children: An umbrella review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s40489-026-00581-x

[iv] Thomas, S., Ryan, N. P., Byrne, L. K., Hendrieckx, C., White, V. (2024). Psychological distress among parents of children with chronic health conditions and its association with unmet supportive care needs and children's quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, *49*(1), 45–55. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsad074

[v] Patty, N. J. S., van Meeteren, K. M., Verdonk, M., Ketelaar, M., Schuengel, C., & Willemen, A. M. (2024). Conceptualizing burnout from the perspective of parents of children with complex care needs. *PEC Innovation*, *5*, Article 100325. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100325

[vi] Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, *28*(1), 1–18. https://doi.org/10.1300/J019v28n01_01

[vii] Mak, Y.-W., Leung, D. Y. P., Zhang, X., Chung, J. O. K., Chow, P. S. Y., Ruan, J., & Yeung, J. W. F. (2024). Effects of a flexibly delivered group-based acceptance and commitment therapy on reducing stress and enhancing psychological wellbeing in parents of school-age children during the COVID-19 pandemic: A quasi-experimental study. *Frontiers in Public Health*, *12*, Article 1485836. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1485836

[viii] McGuigan, K., Laurente, G., Christie, A., Carswell, C., Moran, C., Yaqoob, M. M., Bolton, S., Mullan, R., Rej, S., Gilbert, P., McKeaveney, C., McVeigh, C., Tierney, C., Reid, J., Walsh, I., Forbes, T., & Noble, H. (2024). Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: A systematic review. *Systematic Reviews*, *13*(1), Article 245. https://doi.org/10.1186/s13643-024-02641-x

[ix] Whittingham, K., Kirby, G., Boyd, R. N., & Sanders, M. R. (2025). Parenting Acceptance and Commitment Therapy Online (PACT Online) for parents of children diagnosed with or with increased likelihood of neurodevelopmental disability: Study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, *15*(1), Article e088981. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088981

[x] Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., Castilla, D., & Gómez, I. (2024). Internet-based versus face-to-face Acceptance and Commitment Therapy for parental psychological flexibility. *Current Psychology*, *43*(11), 9854–9866. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05052-8

[xi] Holmberg Bergman, T., Lappalainen, P., Ghaderi, A., & Hirvikoski, T. (2026). The effectiveness of acceptance and commitment therapy group intervention (Navigator ACT) for parents of children with neurodevelopmental disabilities: A randomized controlled trial. *Autism Research*, *19*(7), Article e70282. https://doi.org/10.1002/aur.70282

[xii] Guo, Y., He, H., & Lan, J. (2025). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on parental stress in parents of special children: A meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *19*, Article 80. https://doi.org/10.1186/s13034-025-00944-y

[xiii] Wang, W., & He, H. (2025). The effect of acceptance and commitment therapy on depression in parents of children with special needs: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *16*, Article 1590489. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1590489

[xiv] Qin, Z., Lan, J., He, H., & Wang, W. (2026). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for reducing anxiety in parents of children with special needs: A meta-analysis. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *54*, 23. https://doi.org/10.1007/s10802-026-01424-3

[xv] Maughan, A. L., Lunsky, Y., Lake, J., Mills, J. S., Fung, K., Steel, L., & Weiss, J. A. (2024). Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, *28*(2), 367–380. https://doi.org/10.1177/13623613231172241

[xvi] Olayinka-Aliu, D. A. (2022). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on psychological health and inflexibility among mothers of children with cerebral palsy. *Tazkiya Journal of Psychology*, *10*(2), 165–177. https://doi.org/10.15408/tazkiya.v10i2.23175

[xvii] Whittingham, K., Sheffield, J., Mak, C., Wright, A., & Boyd, R. N. (2022). Parenting Acceptance and Commitment Therapy: An RCT of an online course with families of children with CP. *Behaviour Research and Therapy*, *155*, Article 104129. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104129

[xviii] Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Kaipainen, K., & Hiltunen, A. (2022). Effects of an online Acceptance and Commitment Therapy intervention on children's quality of life. *Journal of Child and Family Studies*, *31*(4), 1079–1093. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02234-z

[xix] Holmberg Bergman, T., Renhorn, E., Berg, B., Ghaderi, A., & Hirvikoski, T. (2023). Acceptance and Commitment Therapy group intervention for parents of children with disabilities (Navigator ACT): An open feasibility trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *53*(5), 1834–1849. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05490-6

[xx] Lobato, D., Montesinos, F., Polín, E., & Cáliz, S. (2023). Third-generation behavioural therapies in the context of neurodevelopmental problems and intellectual disabilities: A randomised clinical trial with parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), Article 4406. https://doi.org/10.3390/ijerph20054406

[xxi] Pyszkowska, A., & Górnik-Durose, M. E. (2023). Effectiveness of on-line and off-line Acceptance and Commitment Therapy in developing psychological flexibility, self-compassion and ego-resiliency in parents of children with autism spectrum disorder. *Polish Psychological Bulletin*, *54*(2), 156–167. https://doi.org/10.24425/ppb.2023.146587

[xxii] Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, E., Kaipainen, K., & Lappalainen, R. (2021). Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet Interventions*, *24*, Article 100382. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100382

[xxiii] Lappalainen, P., Gallego, A., Keinonen, K., Lappalainen, A.-L., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2024). Online and self-help acceptance and commitment therapy for parents of children with chronic conditions and developmental disabilities: What happens after the intervention? *Child & Family Behavior Therapy*, *46*(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/07317107.2023.2233949

[xxiv] Fung, K., Lunsky, Y., Thomson, K., Steel, L., Mishra, S., Siu, J., Bobbette, N., Magnacca, C., Weiss, J., Penner, M., Niel, U., Chopamba, D., Phillips, S., Selick, A., Redquest, B., & Lake, J. (2025). Acceptance and commitment training for family caregivers of people with neurodevelopmental disabilities: Protocol for a collaborative implementation study. *JMIR Research Protocols*, *14*, Article e75049. https://doi.org/10.2196/75049

[xxv] Lake, J., Fung, K. P.-L., Steel, L., Magnacca, C., Cardiff, K., Thomson, K., Bobbette, N., Redquest, B., Bailey, S., & Lunsky, Y. (2024). The experiences of family caregiver and clinician facilitators implementing a co-delivered acceptance and commitment training (ACT) intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *33*, Article 100780. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100780

[xxvi] Man, L. L. Y., Dahary, H., Mishra, S., Magnacca, C., Steel, L., Lunsky, Y., Porthukaran, A., Siu, J., Bobbette, N., Redquest, B., Thomson, K., Penner, M., Weiss, J., Lake, J., & Fung, K. P. L. (2026). Evaluating the preliminary outcomes and acceptability of a virtual adaptation of acceptance and commitment training for caregivers of people with disabilities ("I am not alone"): Mixed methods study. *JMIR Formative Research*, *10*, Article e86205. https://doi.org/10.2196/86205