

Le famiglie al centro: un modello di assessment collaborativo nei Disturbi del Neurosviluppo in età prescolare

Families at the Center: A Collaborative Assessment Model for Neurodevelopmental Disorders in Preschool Children

Danila Di Pasquale ¹, Anna Parasczenzo ², Stefano Benzoni ³

¹ Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, professore a contratto presso l'Università di Milano Bicocca

² Psicologa-psicoterapeuta, professore a contratto presso l'Università di Milano Bicocca

³ Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, consulente dell'UONPIA della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, professore a contratto presso l'Università di Milano Bicocca

Sommario L'articolo presenta il modello di assessment collaborativo sviluppato presso il Centro Diurno Piccoli (CDP) dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Policlinico di Milano, rivolto a bambini in età prescolare con Disturbi del Neurosviluppo. Basato sull'uso di strumenti multiassiali e multidimensionali promuove una cultura valutativa, in cui le famiglie si pongono quali protagoniste attive del processo di conoscenza, mantenendo un equilibrio rigoroso tra approccio diagnostico categoriale e dimensionale. Una risposta sostenibile a domande complesse.

Parole chiave Assessment, età prescolare, osservazione ecologica, disturbi del neurosviluppo

Abstract This article presents the collaborative assessment model developed at the Piccoli Day Center (CDP) of the Child and Adolescent Neuropsychiatry Unit of the Policlinico Hospital of Milan, aimed at preschool children with neurodevelopmental disorders. Based on the use of multiaxial and multidimensional tools, it promotes an evaluative culture in which families are active participants in the knowledge process, maintaining a rigorous balance between categorical and dimensional diagnostic approaches. A sustainable answer to complex questions.

Key Words Assessment, preschool age, ecological observation, neurodevelopmental disorders

La valutazione dei Disturbi del Neurosviluppo (DNS) in età prescolare presenta sfide molto delicate e complesse per ogni Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e ogni altro centro clinico multidisciplinare. I fenomeni clinici nella popolazione 0-6 anni si presentano spesso in modo sfumato, mutevole e contestuale. Inoltre, la natura frammentata delle valutazioni multidisciplinari *as usual* (colloqui e test in sequenza con specialisti diversi) pone il rischio di produrre sguardi parziali e disallineati, senza un efficace momento di sintesi.

In questo contesto nasce il modello del Centro Diurno Piccoli (CDP), sviluppato presso l'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Il CDP propone un assessment intensivo, ecologico e collaborativo, centrato su un presupposto fondamentale: la valutazione clinica in questo campo dovrebbe rispecchiare, nelle proprie coordinate metodologiche, il carattere complesso dei fenomeni che aspira a conoscere. Nel modello qui proposto la collaborazione è la chiave metodologica che riflette e traduce in pratica questa idea.

L'articolo descrive questo modello nei suoi fondamenti clinici, metodologici e organizzativi, offrendo a professionisti e organizzazioni una mappa per riflettere sulla trasferibilità delle pratiche proposte. I contenuti dell'articolo sono ispirati al volume *Assessment collaborativo nei Disturbi del Neurosviluppo in età prescolare* (Di Pasquale, Parasczenzo, Benzoni, 2025), a cui si rimanda per una trattazione più approfondita.

La sfida della diagnosi precoce in un campo complesso

In età prescolare il contatto clinico è mediato dalla «domanda» da parte dei genitori, che costituisce l'angolo di visuale iniziale da cui tutto ha origine.

I segnali clinici (difficoltà nella regolazione emotiva, nello sviluppo del linguaggio, nella reciprocità sociale o nel comportamento) si intrecciano con tratti temperamentalni e dinamiche relazionali, rendendo difficile una lettura univoca. Spesso la preoccupazione dei genitori nasce da un senso diffuso di “qualcosa che non va” più che da un sintomo specifico.

I disturbi neuropsichici dell'età prescolare sono un ampio gruppo di condizioni che derivano da fattori genetici, neurobiologici e ambientali trasversali che alterano lo sviluppo di funzioni adattive, motorie, comunicative, di apprendimento, emotive e del comportamento. Negli attuali sistemi di classificazione diagnostica le patologie dello sviluppo con esordio in età prescolare sono definite «Disturbi del Neurosviluppo» (DSM-5-TR, 2022) o «Disturbi dello Sviluppo» (ICD-11, 2019).

Le classificazioni categoriali forniscono una mappa importante per orientarsi, ma non esauriscono la comprensione delle storie cliniche. I DNS sono spesso polimorfi, sovrapponibili e instabili

nel tempo (Thapar et al., 2017). L'interazione tra fattori genetici, neurobiologici e ambientali genera traiettorie evolutive complesse, rendendo indispensabile un approccio che non si limiti all'identificazione di una diagnosi categoriale, ma esplori dimensioni funzionali, punti di forza e bisogni specifici del bambino e del suo contesto familiare (Rutherford et al., 2021).

Emerge che una delle sfide cruciali di ogni valutazione accurata in questo campo consiste nel trovare un punto di equilibrio tra approccio categoriale e dimensionale, che tenga il più possibile conto del modo in cui aspetti ecologici e contestuali influiscono sull'espressività della fenomenologia clinica. Inoltre, indipendentemente da quale sia l'entità del disturbo «di base», la persistenza nel tempo di aree deficitarie costituisce di per sé un fattore che rischia di compromettere l'adattamento. Come per tutti gli altri disturbi neuropsichici in età evolutiva, nel campo dei DNS il miglioramento della prognosi è legato in modo rilevante alla precocità e appropriatezza degli interventi attivati. Questo è uno dei motivi per cui una diagnosi precoce favorisce un accesso tempestivo alle cure e ha un impatto significativo sul funzionamento e sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia (Ozonoff, 2015).

La diagnosi in età prescolare, pertanto, richiede di tenere conto in modo rigoroso degli aspetti neuroevolutivi, con un approccio multidisciplinare strutturato attraverso un accesso a informazioni raccolte da fonti diverse, orientato alla valutazione anche di risorse e punti di forza, organizzato in modo da prevedere un coinvolgimento attivo dei genitori e di altre figure di riferimento presenti nel contesto di vita del bambino (ad esempio gli insegnanti).

Tuttavia, anche in sistemi ben organizzati, la molteplicità di valutazioni specialistiche comporta la difficoltà di una sintesi conclusiva. Questa criticità si declina simultaneamente su due fronti: il dialogo tra i clinici e la comunicazione con le famiglie. Il dilemma di conoscere in modo obiettivo e accurato fenomeni variabili e in continua evoluzione si pone, in effetti, come una tensione tipica dei processi di conoscenza in contesti complessi. La parola complessità conserva qui dunque un senso radicale, relativo al modo in cui si presentano i fenomeni clinici e al tipo di conseguenze che ciò dovrebbe avere nella costruzione dei processi valutativi.

La riflessione che sta alla base del modello di lavoro che proponiamo in questo articolo è in fondo riducibile a questo interrogativo: Come allestire processi valutativi che tengano il più possibile conto della natura intrinsecamente complessa dei fenomeni clinici osservati?

Il modello del Centro Diurno Piccoli

Il Centro Diurno Piccoli (CDP) nasce nel 2011, presso la UONPIA della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, con l'obiettivo di offrire una valutazione multidimensionale breve e tempestiva per bambini in età prescolare. Il CDP è un dispositivo di

osservazione intensiva e multidisciplinare che si rivolge a bambini tra i 2 e i 6 anni con sospetto DNS e alle loro famiglie, già in carico ai poli territoriali della UONPIA della Fondazione Policlinico (zona 1 e 4 di Milano).

Il modello prevede quattro mezze giornate di valutazione nell'arco di una settimana (Fig.1), durante le quali i bambini svolgono attività in piccolo gruppo, accompagnati da genitori e operatori, in setting strutturati che si modificano nel tempo come descritto nell'immagine sottostante. Durante l'assessment sono invitati a presenziare anche gli insegnanti del bambino o altre figure educative rilevanti. Il contesto osservativo è pensato per essere il più possibile ecologico e interattivo.

Il processo si articola in sessioni di attività organizzate in setting semi-strutturati. Il margine di flessibilità e imprevisto permette di cogliere come elemento informativo della valutazione anche comportamenti e dinamiche emergenti.

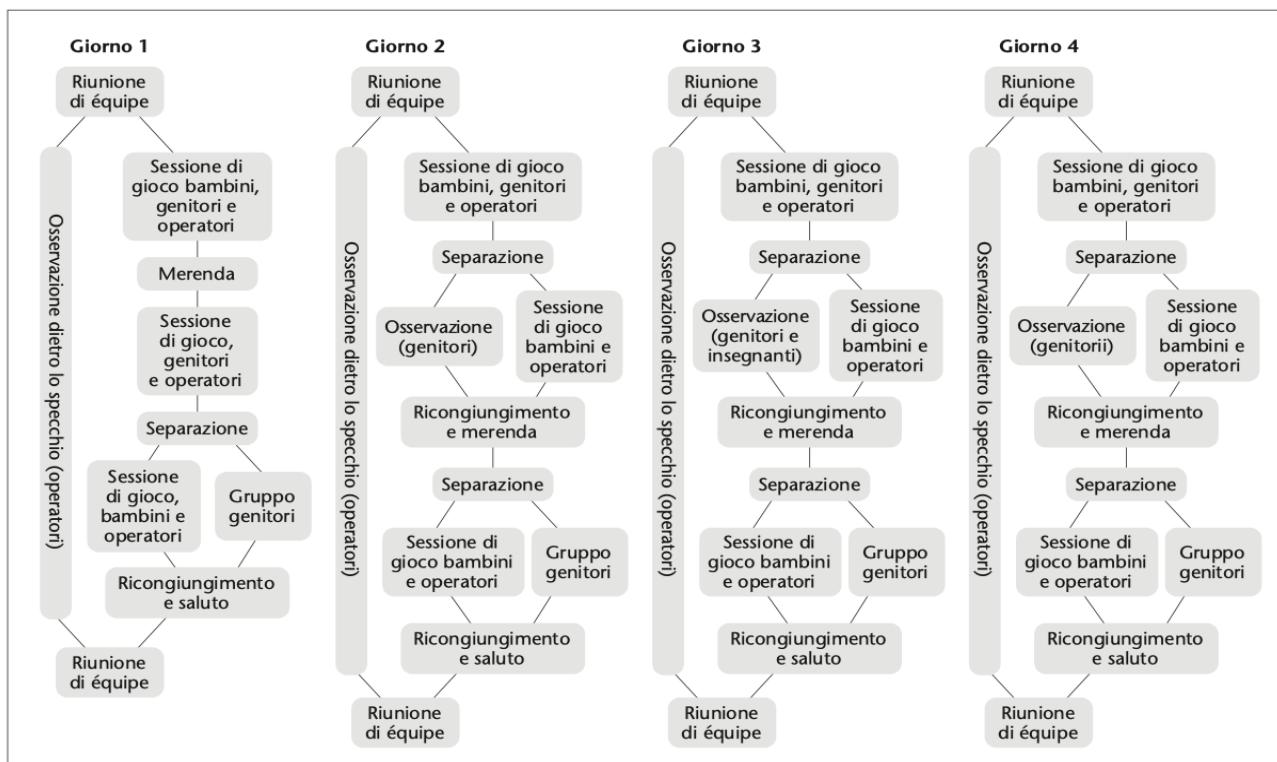


Fig. 1 - Il processo valutativo del CDP

L'utilizzo di una stanza con specchio unidirezionale permette momenti di osservazione da parte di genitori e operatori, facilitando l'attivazione di processi di riflessione. Il gruppo genitori consente di coltivare e promuovere una comunicazione esplicita tra i genitori e l'équipe clinica su quanto emerso durante l'osservazione. Il momento di interazione tra i genitori e i conduttori del gruppo costituisce, in

questo senso, il passaggio elettivo ove iniziare a negoziare i significati sui quali saranno costruite le risposte cliniche. Contemporaneamente, il gruppo tra i genitori favorisce un confronto e un rispecchiamento, riducendo la pressione e il senso di spaesamento, migliorando l'esperienza all'interno del sistema di cura e mobilitando competenze comuni.

Questo tipo di approccio sostiene una precisa visione del ruolo dei genitori. Se nel processo valutativo *as usual* i genitori rischiano di essere prevalentemente una «sorgente di informazioni» e destinatari passivi di comunicazioni, in un percorso diagnostico gruppale e collaborativo il processo di conoscenza si struttura invece come un continuo dialogo in cui osservazione, azione e valutazione sono parti di una ricerca che coinvolge simultaneamente tutti gli attori in gioco.

Il processo di valutazione assume, dunque, la valenza di un percorso attraverso la domanda clinica che aveva condotto i genitori stessi in consultazione, per produrre nuove domande, aprire spazi di riflessione e attivare processi trasformativi.

Il percorso termina con un incontro individuale con le famiglie, per la formulazione e progettazione di ogni successivo passaggio clinico (Fig. 2), verso la definizione di un progetto globale e integrato, in raccordo con i poli territoriali del NPIA di riferimento e la rete dei servizi.

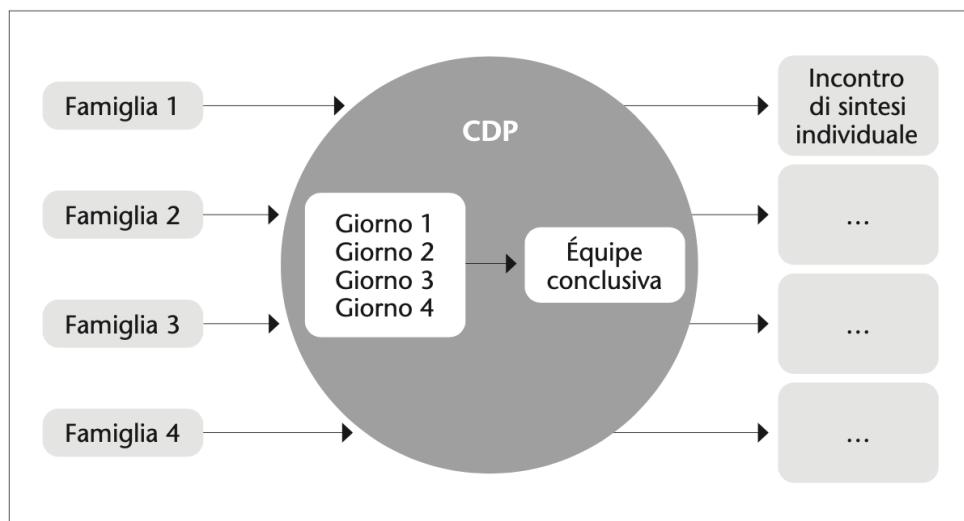


Fig.2 - Le connessioni del CDP

La sintesi conclusiva rappresenta il momento più delicato e complesso. Si tratta, infatti, di trasformare un'intera esperienza collettiva e gruppale in una formulazione sintetica, che possa costituirsi come veicolo di comunicazione *con e per* le famiglie. Questo passaggio assume una valenza cruciale e dunque necessita di una strategia definita.

Presso il CDP questo processo è guidato dall'uso di CANS (*Child and Adolescent Needs and Strengths*), strumenti collaborativi per la valutazione multidimensionale e multiassiale degli esiti clinici, basati su un'analisi sistematica dei bisogni e dei punti di forza del bambino e della famiglia (Benzoni, Costantino e Lyons, 2020). L'esito di questa valutazione è una mappa di possibili priorità di azione negoziate con la famiglia, che tiene conto di bisogni e punti di forza nella progettazione degli interventi futuri. Ciò consente al processo di sintesi clinica conclusiva di strutturarsi come una forma di riflessione collettiva e collaborativa sui percorsi successivi.

Trasferire il percorso in altri contesti

Un modello di valutazione di questo tipo dovrebbe avere una forte utilità concreta in relazione a tutti gli snodi e connessioni rilevanti della rete di cura. La sua connotazione collaborativa non è, in altre parole, solo *intrinseca*, ma anche *estrinseca*, nella misura in cui il modello si rende esportabile. Attraverso una ricerca collaborativa (Di Pasquale, Parascenzo e Benzoni, 2025) condotta con focus group e interviste che hanno coinvolto tutto il team che opera nel CDP e alcune famiglie, è stato possibile definire alcuni aspetti chiave del modello in questione, onde condividerlo con la comunità professionale come sorgente di dialogo, ricerca e sviluppo.

Tre sono gli aspetti che emergono come indispensabili per allestire un processo di assessment collaborativo allo scopo di renderli esportabili ad altre realtà: il contesto ecologico e gruppale, la composizione dei punti di vista, la dimensione riflessiva a più livelli.

Il primo aspetto è che l'osservazione in setting ecologico/gruppali consente di cogliere la variabilità del comportamento in situazioni più simili alla vita quotidiana. I bambini interagiscono con i pari, con i genitori e con altri adulti, in contesti mutevoli e differenziati che evocano risposte più rappresentative della loro quotidianità rispetto alla valutazione individuale in setting clinici strutturati. Il modello, dunque, si impegna a *rispecchiare* la complessità dei fenomeni che osserva. Ciò naturalmente è applicabile anche oltre il campo specifico dei DNS.

Un secondo aspetto riguarda la composizione collaborativa dei punti di vista degli attori coinvolti nel percorso di conoscenza. La sintesi è un processo attivo continuamente in gioco nel processo diagnostico, che si costruisce passo dopo passo nella discussione tra operatori e nella comunicazione con le famiglie. La diagnosi nasce e prende forma come frutto di un processo di negoziazione collettiva capace di contenere ambiguità, domande aperte e tensioni tra prospettive diverse.

A supporto di questa costruzione condivisa appare, dunque, indispensabile dotarsi di strategie formalizzate e validate - come gli strumenti CANS adottati presso il CDP - per la gestione collaborativa

del processo compositivo valutativo. Il potenziale di questi strumenti, inoltre, eccede il processo valutativo in sé, estendendosi a vari livelli del sistema di cura (Fig.3).

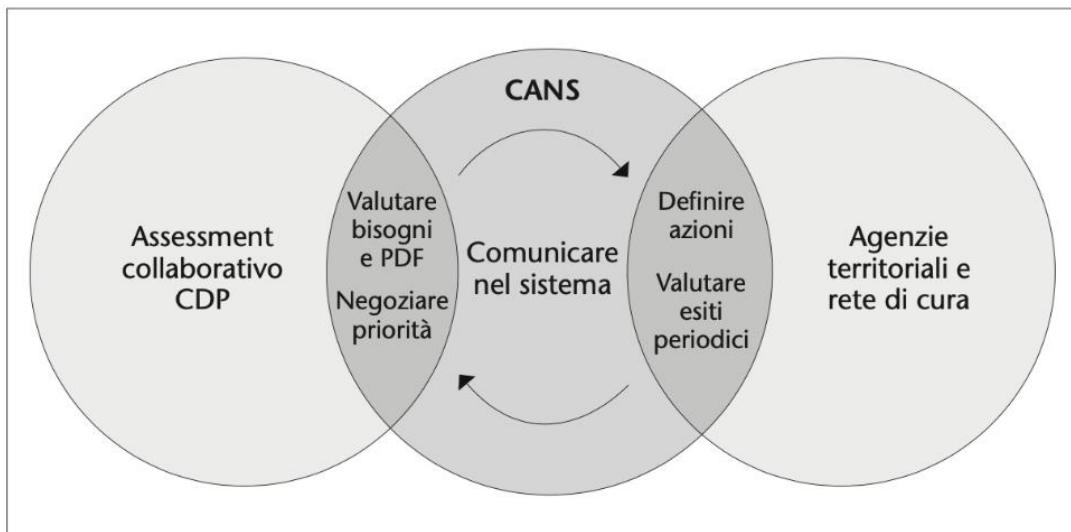


Fig.3 - L'uso degli strumenti CANS come strategia di comunicazione nel sistema di cura

Il terzo aspetto chiave del modello, è che esso istituisce una componente autoriflessiva come elemento strutturale indispensabile per ogni processo valutativo che rispecchi la complessità dei fenomeni che osserva. Nel modello del CDP, unità conoscitive/esperienziali di base, hanno infatti una marcata connotazione autoriflessiva-collaborativa.

L'idea fondamentale è che questa dimensione riflessiva radica il processo di conoscenza in archi sempre più ampi, che toccano tutti i livelli in gioco, quello micro del contatto operatori-utenti, quello meso del funzionamento del progetto, quello macro delle relazioni che si generano tra il progetto e il sistema di cura, in percorsi allargati.

Conclusioni

Il modello del CDP costituisce un'esperienza di grande utilità pratica e ampio potenziale trasformativo per le agenzie sanitarie che si occupano della salute neuropsichica in età evolutiva, poiché integra efficacemente la valutazione multidisciplinare *as usual* con una dimensione intensiva, ecologica e gruppale. Il principio a cui si ispira è che se i fenomeni di cui ci occupiamo sono complessi, anche il metodo per «osservarli» dovrebbe rispecchiare questa caratteristica. Gli snodi chiave del processo valutativo del CDP consentono all'équipe multiprofessionale di sviluppare una più accurata conoscenza

del caso, ancorando l'equilibrio tra diagnosi categoriale e diagnosi dimensionale, a una strategia collaborativa strutturata.

In estrema sintesi, la proposta si declina su tre aspetti fondamentali: innanzitutto possiamo comprendere meglio un fenomeno complesso se lo osserviamo in contesti «ecologici»; secondariamente, poiché l'osservazione modifica ciò che osserviamo, una valutazione accurata necessita di dispositivi che facilitino la componente autoriflessiva; e in ultima istanza possiamo affermare che la migliore conoscenza di una situazione complessa è sempre quella che emerge dalla composizione collaborativa (e dunque riflessiva) dei punti di vista di tutti gli osservatori rilevanti. Un modello di questo tipo necessita di strategie strutturate per governare i processi collaborativi, come appunto, gli strumenti CANS. Infine, abbiamo sottolineato che questo modello intercetta sfide possibilmente declinabili in contesti clinici molto diversi, non limitati all'ambito dei DNS. Esso, dunque, ha un elevato potenziale di trasferibilità e sostenibilità.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*, American Psychiatric Association
- Benzoni S., Costantino M.A. e Lyons J. (2020), *Pratiche collaborative e valutazione di esito per la salute neuropsichica in età evolutiva*, Erickson, Trento
- Di Pasquale D., Parascenzo A. e Benzoni S. (2025), *Assessment Assessment collaborativo nei Disturbi del Neurosviluppo in età prescolare*, Erickson, Trento
- Ozonoff S. (2015), *Early detection of mental health and neurodevelopmental disorders: the ethical challenges of a field in its infancy*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», n.56, pp. 933-935
- Rutherford M., Maciver D., Johnston L., Prior S. e Forsyth K. (2021), *Development of a Pathway for Multidisciplinary Neurodevelopmental Assessment and Diagnosis in Children and Young People*, «Children», n.8, 1033
- Thapar A., Cooper M. e Rutter M. (2017). *Neurodevelopmental disorders*, «Lancet Psychiatry», 4(4), pp. 339-346
- World Health Organization (2019), *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*