

# Autismo e interventi abilitativi e riabilitativi: il Denver Model

Mariateresa Cairo e Piervito Cucinelli\*

forum

## Sommario

L'articolo esamina uno specifico modello di presa in carico rivolto a bambini di età prescolare con disturbi dello spettro autistico: il Denver Model. Si tratta di un approccio terapeutico che mira allo sviluppo delle abilità socio-emotive e comunicative, generalmente compromesse nel soggetto autistico, attraverso un intervento mirato sul contesto sociale in cui il bambino è inserito. L'obiettivo principale è rappresentato dal colmare i deficit di apprendimento derivanti dall'incapacità di accedere al rapporto con gli altri, attraverso l'inserimento del bambino in percorsi esperienziali che stimolino la relazione e l'interazione sociale. Nel contributo ci si sofferma sulla metodologia adottata dal Denver Model applicandola al contesto scolastico italiano. L'articolo si conclude sottolineando la significatività della relazione educativa e il ruolo del gioco nello sviluppo delle abilità sociali del soggetto con sindrome autistica.

## Introduzione

Il Denver Model è un modello di presa in carico rivolto a bambini di età prescolare con disturbi dello spettro autistico, che ha l'obiettivo di promuovere lo sviluppo delle abilità socio-emotive e comunicative (iniziati-

va, motivazione e partecipazione) attraverso un insegnamento intensivo e «naturale», finalizzato a colmare i deficit di apprendimento dovuti alle difficoltà del bambino di accedere in maniera attiva al contesto sociale di appartenenza.<sup>1</sup>

Si tratta di un approccio di ispirazione piagetiana che tiene in forte considerazione le tappe di sviluppo tipico, sulle quali concentra il proprio progetto di intervento.

\* Mariateresa Cairo, Docente di Pedagogia e Didattica Speciale all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e Piacenza (autrice delle prime quattro sezioni del contributo); Piervito Cucinelli, Insegnante di sostegno e cultore della materia in Pedagogia e Didattica Speciale all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (autore delle ultime quattro sezioni dell'articolo).

<sup>1</sup> J.S. Rogers, D. Osaki, T. Hall e J. Reaven, *The Denver Model: An integrated approach to intervention for young children with autism, autism and developmental disabilities service. A program of JFK partners (A guideline for parents)*, s.i.d., pp. 1-11.

Promosso a partire dal 1981 da Sally Rogers e collaboratori all'interno dei *Programmi per le disabilità dello sviluppo*, presso l'Health Sciences Centre dell'Università del Colorado, dal 1986 al 1998 il programma ha proposto due tipi di servizi:

- il *center based*, costituito da un servizio prescolastico di 4-5 ore giornaliere con terapie individuali e di gruppo svolte all'interno del centro di riabilitazione;
- un servizio di diagnosi e valutazione per un numero molto più ampio di bambini.

Nel 1994 sono state proposte consultazioni presso i distretti scolastici locali per passare, nel 1998, dal modello *center based* al *community based*, vale a dire a un intervento più quotidiano e integrato, svolto anche all'interno delle singole istituzioni scolastiche e del contesto familiare di appartenenza dei bambini (educazione domiciliare).<sup>2</sup>

## Riferimenti teorici

Il nucleo teorico di provenienza del Denver Model è rintracciabile nel modello evolutivo dell'autismo inizialmente proposto da Rogers e Pennington<sup>3</sup> e successivamente affinato da Rogers, Benedetto, McEvoy e Pennington,<sup>4</sup> per il quale tale sindrome viene ipoteticamente legata a un deficit dell'abilità imitativa dovuto

a un sottostante disturbo prassico e/o a una difficoltà nelle capacità di programmazione delle sequenze di movimento, che impedirebbero il precoce stabilirsi della sincronia e della coordinazione a livello del corpo, così da dare inizio alle difficoltà progressive nell'area dell'intersoggettività.

Tali problemi, secondo la teoria di riferimento, sembrano essere accentuati dall'atteggiamento del genitore che, di fronte alle espressioni emotive atipiche del proprio bambino, tende a ridurre le proprie manifestazioni affettive e comunicative in quanto esse non risulterebbero corrisposte dal figlio. L'iniziale processo di evoluzione così intaccato e l'arresto dello sviluppo comunicativo e sociale che ne consegue creano un set secondario di condotte inadeguate nel bambino, tra le quali l'interesse ossessivo per determinati oggetti e/o l'assunzione di comportamenti ripetitivi.<sup>5</sup> Tuttavia non è vero il contrario. Diversi studi di natura empirica hanno, infatti, dimostrato che il bambino con autismo può presentare abilità simboliche intatte, in relazione alle sue capacità cognitive a fronte della presenza di problemi di socializzazione e comunicazione.

Ciò è dimostrato dal fatto che ci sono soggetti autistici che imparano a conoscere simboli quali lettere, numeri, colori, immagini e altri elementi di particolare rilevanza per loro. Inoltre, il mancato sviluppo delle abilità prassico-motorie non risulta sempre correlato a una carente comunicazione verbale.

Ne deriva che, se l'intervento viene focalizzato in maniera precoce sulle abilità socio-comunicative e su esperienze di utilizzo quotidiano del linguaggio, è possibile prevenire alcuni effetti successivi provocati dalla sindrome autistica.<sup>6</sup> In sintesi, il Den-

<sup>2</sup> S.J. Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbison, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, Texas, Austin, 2001, pp. 95-131.

<sup>3</sup> S.J. Rogers e B.F. Pennington, *A theoretical approach to the deficits in infantile autism*, «Developmental and Psychopathology», vol. 3, 1991, pp. 137-162.

<sup>4</sup> S.J. Rogers, L. Benedetto, R. McEvoy e B.F. Pennington, *Imitation and pantomime in high functioning adolescents with autism and young children with other disorders of behavior and development*, «Child Development», vol. 67, 1996, pp. 2060-2073.

<sup>5</sup> Ibidem, p. 97.

<sup>6</sup> S.J. Rogers, J. Herbison, H. Lewis, J. Pantone e K. Reis, *An approach for enhancing the symbolic, com-*

ver Model riflette un sistema dinamico di approccio all'autismo, in quanto considera i sintomi e il corso di vita del bambino non solo legati a danni di origine neurobiologica, ma anche influenzati dall'ambiente in cui il bambino è inserito e dall'evoluzione del suo comportamento e di quello di coloro con cui viene a stretto contatto.

## Finalità e obiettivi del trattamento

Da questa premessa teorica derivano i due principali obiettivi che il Denver Model si propone:<sup>7</sup>

- inserire il bambino all'interno di relazioni sociali interattive e coordinate per molte ore al giorno, in modo da introdurre l'imitazione e la comunicazione simbolica e interpersonale (non verbale, affettiva e pragmatica) e favorire la trasmissione di conoscenze ed esperienze di natura sociale;
- condurre un insegnamento intensivo per colmare i deficit di apprendimento che derivano dalla passata incapacità di accedere al mondo della socializzazione, dovuta agli effetti dell'autismo.

Tali obiettivi puntano, quindi, al miglioramento delle relazioni in una varietà di contesti e all'insegnamento di nuove abilità adattive che forniscano ai bambini che ne beneficiano maggiore controllo, autonomia, competenza e soddisfazione personale all'interno delle loro esperienze sociali quotidiane. Aumentando le

*municative, and interpersonal functioning of young children with autism and severe emotional handicaps*, «Journal of the Division of Early Children», vol. 10, 1986, pp. 135-148.

<sup>7</sup> S.J. Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbi-son, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, op. cit., p. 99.

interazioni positive tra il bambino e i membri della sua famiglia attraverso l'uso di analisi funzionali, training comunicativi, comportamenti più convenzionali e aggiungendo suggerimenti visivi all'ambiente fisico, i bambini con autismo vengono equipaggiati di nuove strategie comportamentali per effetto delle quali diminuiscono le condotte inadeguate.

L'insegnamento intensivo e la precoce focalizzazione sulla costruzione e sullo sviluppo delle abilità socio-comunicative rappresentano, dunque, gli scopi principali di questo trattamento. D'altra parte, l'evoluzione socio-comunicativa ha forti componenti emotive: è questa enfasi sul legame affettivo, sulla costruzione della relazione e sulla comprensione comunicativa che, attraverso un trattamento costante e frequente, favorisce lo scambio tra persone e quindi, in situazione didattica, promuove empatia e assertività fra educatore/insegnante e bambino.

Ma come raggiungere tali obiettivi? I principali strumenti includono l'insegnamento dell'imitazione, lo sviluppo della consapevolezza dell'interazione sociale e della reciprocità, l'insegnamento del «potere» della comunicazione e dell'esistenza di un sistema di interazione simbolica. A ciò si aggiunge la necessità di rendere il contesto comunicativo e fisico comprensibile al bambino, perché questi possa entrare a far parte del ricco mondo degli scambi sociali. L'intervento deve, inoltre, avvenire in ambienti attentamente strutturati che il soggetto possa comprendere e prevedere per partecipare attivamente alle dinamiche che si svolgono al suo interno.

## Età di applicazione

Il Denver Model è rivolto a bambini con autismo a partire dai primi anni di vita fino al periodo prescolastico. Più precisamente, il curriculum e le pratiche di insegnamento

sono indirizzati a bambini tra i 2 e i 5 anni con disturbi dello spettro autistico. Benché sia questa la popolazione target, c'è stata comunque, all'interno del programma, l'opportunità di prendere in cura anche bambini affetti da altri tipi di disordini comportamentali ed evolutivi ottenendo ottimi risultati.

## Aspetti metodologici

Le convinzioni alla base del Denver Model sono le seguenti:<sup>8</sup>

- le famiglie devono rappresentare il riferimento principale del trattamento dei loro bambini;
- ogni bambino con autismo è unico e per questo obiettivi, interventi e approcci devono essere individualizzati;
- i bambini con autismo possono apprendere con grande successo;
- l'autismo è principalmente un disturbo sociale, per cui il trattamento dei bambini con questo deficit deve focalizzarsi sulle disabilità di tipo sociale, con particolare attenzione alle relazioni che intercorrono tra il soggetto e il contesto circostante;
- i bambini con autismo sono a tutti gli effetti membri di famiglie e comunità e devono avere un ruolo importante nella vita familiare e nelle attività della comunità stessa;
- l'autismo è un disturbo che coinvolge potenzialmente tutte le aree del funzionamento, quindi è necessaria una collaborazione interdisciplinare pronta ad affrontare le ampie difficoltà che questa sindrome può generare;
- i bambini con autismo possono diventare comunicatori intenzionali e simbolici e la

maggior parte di loro può maturare un linguaggio verbale, qualora vengano sottoposti a interventi di sufficiente intensità durante gli anni prescolastici;

- il *gioco* è uno degli strumenti di apprendimento cognitivo e sociale più efficaci e potenti. Promuovendo la costruzione di abilità ludiche in bambini piccoli con autismo, viene potenziata la loro possibilità di apprendere in modo indipendente;
- interventi efficaci richiedono che la maggior parte del tempo libero dei soggetti coinvolti nel trattamento sia spesa in attività di tipo sociale. È necessario fornire più di 20 ore alla settimana di intervento strutturato per ottenere progressi importanti.

Partendo da queste convinzioni di base è possibile enucleare i principali «ingredienti» metodologici utilizzati nell'applicazione del Denver Model. Innanzitutto occorre dire che il piano di intervento e il curriculum per ciascun bambino con autismo devono essere costruiti in modo estremamente individualizzato dal team interdisciplinare, di cui team leader (coordinatore), neuropsichiatra, psicologo, educatore e genitori rappresentano i soggetti principali. Sono loro a fissare obiettivi trimestrali molto specifici che coprono tutte le aree evolutive deficitarie, incluso il gioco, le relazioni sociali e le routine familiari. Tali obiettivi guidano il trattamento del soggetto all'interno di tutti i setting di applicazione.

Ad essi si aggiungono i piani e le attività di insegnamento che vengono applicati dalle diverse persone responsabili della presa in carico e che, insieme agli obiettivi stabiliti, costituiscono il curriculum del bambino. Tale curriculum è trascritto all'interno di un block-notes che contiene gli obiettivi, i piani educativi con le specifiche attività e la registrazione dei dati valutativi ottenuti.

Pur trattandosi di un intervento sinergico e coeso, a ogni unità di lavoro sono assegnati

<sup>8</sup> V. Giuberti (a cura di), *Denver Model. Approccio educativo globale e integrato per bambini piccoli con autismo e le loro famiglie*, Centro autismo e Disturbi pervasivi dello Sviluppo dell'AUSL di Reggio Emilia, s.i.d.

obiettivi specifici e attività d'insegnamento personalizzate. Il curriculum viene poi implementato e analizzato in ogni area oggetto d'intervento, nonché monitorato frequentemente con la registrazione progressiva dei dati che vengono, quindi, discussi all'interno di riunioni bisettimanali fra gli operatori.

All'interno di ciascun setting, obiettivi e piano di insegnamento guidano ogni aspetto dell'istruzione del bambino, favorendo la generalizzazione e il mantenimento delle acquisizioni. I bambini, in genere, apprendono da quelle persone con cui intrattengono relazioni emotive positive. L'autismo ostacola in particolare la capacità dei soggetti di interagire con gli altri, ragion per cui nel Denver Model l'insegnamento è impartito attraverso relazioni positive tra adulti e bambini con autismo, all'interno delle quali viene privilegiata la ricerca di legami calorosi, intensi, affettuosi e ludici; la ricerca del sorriso, mediante lo sviluppo e il mantenimento di una cornice di attaccamento positivo durante l'insegnamento, rappresenta una costante centrale del Denver Model.<sup>9</sup>

All'interno di ogni curriculum sono individuate sette specifiche aree di intervento: comunicazione, abilità sociali, abilità di gioco, abilità motorie, attività sensoriali, indipendenza personale e partecipazione alle routine familiari. Un orientamento evolutivo generale domina l'approccio iniziale alla scelta appropriata di obiettivi e attività. Tuttavia, dal momento in cui i bambini sono inseriti nei diversi setting, ci si focalizza su quelle abilità e capacità possedute dai loro coetanei in modo da uniformare le competenze. La *task analysis* è usata per suddividere le abilità e capacità

in componenti più piccole e semplici, la cui sequenza viene incrementata attraverso le strategie dello *shaping* e del *chaining*.

Viene promosso l'uso di materiali appropriati alle capacità del bambino. Gli operatori del Denver Model devono conoscere in maniera approfondita un ampio range di tecniche di intervento, raggruppanti orientamenti teorici e pratiche educative diversi, al fine di massimizzare il ritmo di apprendimento e il repertorio comportamentale ed esperienziale di ciascun bambino da loro seguito.

La *comunicazione* verbale e non verbale e l'*imitazione* sono le modalità principali attraverso le quali le persone intrattengono relazioni sociali per divenire partecipanti attivi della loro cultura e per trasmettere nuove conoscenze alle generazioni successive. Non c'è nulla di più importante per un bambino autistico dello sviluppo della comunicazione intenzionale e spontanea. Ogni bambino ha bisogno di un sistema di comunicazione e, quindi, di un sistema simbolico in cui inserirsi, che, a sua volta, deve diventare oggetto di un trattamento specifico.

Il Denver Model adopera un approccio «sfaccettato» per lo sviluppo della comunicazione che include quattro specifiche aree d'insegnamento, ciascuna con un suo percorso che inizia dalla prima sessione di trattamento e permea tutti gli incontri successivi:

1. Adoperare strategie d'insegnamento naturali e giochi sociali altamente motivanti per sviluppare la comunicazione non verbale attraverso frequenti e intense interazioni sociali e scambi di turno, stimolando e modellando gesti naturali vs. gesti intenzionali e convenzionali, al fine di agevolare l'acquisizione di diverse funzioni comunicative (ad esempio, richiedere, iniziare e mantenere giochi sociali, dimostrarsi d'accordo, protestare e chiedere aiuto).

<sup>9</sup> S.J. Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbigson, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, op. cit., pp. 119-120.

2. Insegnare a imitare azioni su oggetti, movimenti del corpo, movimenti della bocca e del volto, pronunciare suoni sia attraverso prove strutturate sia mediante strategie comportamentali naturali adottate durante lo scambio tra bambini e tra bambino e insegnante e che includono esercizi, giochi con oggetti, canzoni e giochi con le dita.
3. Promuovere la comprensione ricettiva attraverso l'insegnamento di semplici istruzioni (siediti, alzati, vieni qui, guardami) e l'uso di un linguaggio chiaro e ripetitivo per nominare attività sociali e sensoriali, canzoni e oggetti.
4. Migliorare l'approssimazione verbale delle parole target da pronunciare durante i giochi e le routine sociali usando approcci comportamentali che includono il modelling, lo shaping e ogni altra strategia di rinforzo.

Tale percorso così articolato va effettuato cercando sempre di adeguare il contesto fisico in cui è inserito il bambino in modo da facilitare la comunicazione dal momento che, perché ci sia comunicazione, ci deve essere il bisogno di comunicare.

Le *abilità sociali*, rappresentate dalla capacità di iniziare, mantenere e terminare le interazioni sociali in modo appropriato, sono cruciali per lo sviluppo interpersonale e comunicativo dei bambini con autismo. Tali abilità sono insegnate all'interno del contesto di vita naturale del bambino, mediante attività sensoriali (di gruppo a scuola, a casa e nelle interazioni diadiche) che vengono riproposte durante tutte le situazioni di vita.

Insegnando diverse strategie di imitazione, abilità di gioco e comportamenti comunicativi verbali e non verbali, attraverso l'uso di insegnamenti strutturati e routine di vita familiare, il bambino ha l'opportunità di generalizzare le sue abilità e capacità estendendone l'applicazione a contesti e a persone diverse.

Per quanto riguarda le *abilità di gioco*, occorre dire che il Denver Model inizia con un'attenta analisi di questo tipo di capacità presenti nel soggetto. Si lavora su ogni tipo di gioco (sociale, fisico, costruttivo, simbolico e indipendente), in quanto si ritiene che esso svolga un ruolo fondamentale nel processo di sviluppo. Vengono insegnate abilità di gioco adeguate all'età del bambino sia attraverso un insegnamento individuale sia all'interno di situazioni di gruppo (ad esempio, esperienze prescolastiche).

Lo sviluppo delle abilità di gioco nei bambini con autismo non sembra essere solamente ritardato, ma anche diverso, in quanto caratterizzato da una minore complessità rispetto ai bambini normodotati. In particolare si nota nei bambini autistici la carenza o l'assenza di simbolizzazione, associata a importanti deficit del comportamento sociale. Questi due aspetti compromettono la riuscita del gioco in generale e soprattutto di quello socio-drammatico.

Il gioco di drammatizzazione, forma evoluta del gioco di simbolizzazione, è caratterizzato da: trasformazioni simboliche relative agli oggetti (ad esempio, il carrello della spesa diventa una culla), alle persone (ad esempio, il bambino fa finta di essere la mamma), ai luoghi (ad esempio, una porzione di spazio si trasforma in mare), al tempo (ad esempio, «è ora di andare a dormire!»); comunicazione verbale esplicita (le trasformazioni e le fantasie devono essere rese esplicite e le idee, le intenzioni e le imitazioni espresse e precisate); interazioni sociali (presenza di forme di tutoraggio dei bambini più grandi verso quelli più piccoli).<sup>10</sup>

I bambini autistici o con tratti autistici presentano difficoltà e mancano dei prere-

<sup>10</sup> D.M. Thorp, A.C. Stahmer e L. Schreibman, *Gioco di drammatizzazione e autismo. Tecniche di insegnamento e risultati*, «Handicap Grave», vol. 1, 2000, pp. 31-49.

quisiti necessari per realizzare un'attività ludica così caratterizzata. Il Denver Model individua proprio nel gioco lo strumento per incrementare le capacità immaginativo-simboliche e socio-comunicative dei bambini autistici.

Stimolare singole abilità e capacità di gioco attraverso il rinforzo delle risposte corrette, incrementare l'attenzione attraverso il conseguimento di livelli più elevati di motivazione all'apprendimento (ad esempio, situazioni, attività e giocattoli nuovi, osservazione e conoscenza delle preferenze del bambino, ecc.), presentare esempi adeguati e usare gratificazioni possono essere strategie efficaci.

Le situazioni di gruppo rendono possibile la presenza di bambini con livelli di problematicità differenti (eterogeneità), la continuità temporale (sia del contesto sia dei partecipanti) e la scelta concordata fra gli educatori di contenuti, regole, ruoli e programmi con un'iniziale significativa presenza degli adulti, successivamente limitata a fornire solo indicazioni vocali per essere, infine, esclusivamente di osservazione e di intervento all'occorrenza. La forte strutturazione degli interventi rimane una caratteristica fondamentale in casi di disturbi dello spettro autistico e risulta finalizzata ad accompagnare con gradualità il bambino ad acquisire livelli sempre maggiori di apertura e partecipazione.

Secondo gli ideatori del Denver Model, i bambini autistici presentano spesso deficit di natura motoria che possono inficiare la qualità degli scambi sociali, del gioco e della relazione nel periodo prescolastico. Gli interventi sulle *capacità motorie* sono finalizzati allo sviluppo delle abilità funzionali al gioco e all'apprendimento. Essi avvengono non solo attraverso interventi individualizzati, ma anche mediante attività di classe attentamente pianificate. Il gioco grosso-motorio può comprendere esercizi con la palla (calciare, tirare, afferrare), la guida di un triciclo e giochi di movimento.

Particolare attenzione è riservata allo sviluppo del movimento delle mani poiché su di esso si basano molte capacità richieste durante la vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, mangiare, scrivere, ecc. Inizialmente vengono proposte azioni di causa-effetto e giochi che richiedono, per essere portati a termine, un'unica azione manipolativa al fine di migliorare l'uso delle mani e delle dita, e la loro forza e coordinazione bilaterale. Successivamente, si passa alle prime sequenze motorie finalizzate a compiere azioni quotidiane quali vestirsi, scrivere, aiutare in casa e svolgere altre attività semplici per bambini dai 3 ai 5 anni.

Nel Denver Model il *sistema sensoriale* è visto come un regolatore cruciale dell'attenzione, della concentrazione e dell'empatia. Le attività sensoriali sono uno strumento primario per migliorare l'attenzione e l'empatia che, a loro volta, facilitano l'apprendimento. Le attività sensoriali di base vengono introdotte, essenzialmente, attraverso routine socio-sensoriali diadiche e attività sensoriali di gruppo.

La finalità è quella di promuovere lo scambio sociale attraverso l'instaurarsi di relazioni di reciprocità coordinate e continue (bambino-bambino e adulto-bambino) che si attuino all'interno di un clima affettivo positivo. Lo scopo è quello di favorire lo sviluppo delle competenze sociali, comunicative e imitative, anche mediante la modulazione dell'*arousal* (stato di attivazione), che diviene operativo quando il soggetto è significativamente attratto e/o orientato verso la fonte di uno stimolo (uditivo, visivo, tattile, olfattivo, gustativo, motorio).

Si segnalano, a questo proposito, gli elementi di contiguità fra il Denver Model e l'approccio dell'integrazione sensoriale di Ayres, con l'obiettivo di aiutare il bambino ad avere una migliore percezione sensoriale, a dare risposte più adattive agli stimoli del

mondo esterno e, di conseguenza, ad accedere ad apprendimenti e comportamenti più complessi. È stato notato, ad esempio, che laddove i bambini autistici presentino serie difficoltà a identificare le emozioni a partire dai volti o dalle voci, sono perfettamente in grado di riconoscere le connotazioni emotive dei brani musicali.

*Indipendenza personale e partecipazione alle routine familiari* rappresentano, infine, due campi particolarmente importanti da promuovere. L'acquisizione di competenze in quest'area viene favorita introducendo routine di vita giornaliera, incentivando giochi indipendenti e aumentando le occasioni di partecipazione a compiti mirati, come tutte quelle «faccende» che contribuiscono allo svolgimento della vita familiare.

Si tratta di un'area di forza per le persone con autismo in quanto, sviluppando queste capacità nel modo più completo possibile, consente loro di dimostrare la propria «padronanza» in una serie di attività. Quelli appena descritti sono obiettivi riguardanti principalmente il contesto domestico, ma che possono essere perseguiti in tutti e tre i setting del trattamento (scuola, famiglia, setting riabilitativo).<sup>11</sup>

## Organizzazione del Denver Model

L'organizzazione del Denver Model prevede l'individuazione di tre setting d'intervento, la definizione di un numero medio di ore settimanali di trattamento, la partecipazione di operatori con specifici ruoli professionali a partire da quello svolto dagli stessi genitori.

<sup>11</sup> S.J. Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbi-son, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, op. cit., pp. 20-27.

Per quanto riguarda gli spazi all'interno dei quali condurre il programma riabilitativo, il passaggio da un approccio center based (all'interno del centro di riabilitazione) a uno community based (domiciliare e scolastico) ha portato all'individuazione di tre setting di insegnamento/intervento:

- la famiglia con le sue routine quotidiane;
- la scuola dell'infanzia con il gruppo dei pari;
- l'intervento 1:1 (terapeutico).

La quantità di insegnamenti da impartire in ciascun setting dipende dalle necessità e dallo stile di apprendimento di ogni singolo bambino. Generalmente, il trattamento comincia all'interno del contesto in cui il bambino è già inserito (nel gruppo-classe, ad esempio), per creare alcune ripetute routine che vengono successivamente trasferite anche negli altri due ambienti di vita (ad esempio, casa e insegnamento individuale/terapia). Esistono, dunque, unici obiettivi comuni a tutti i soggetti e a tutti i setting. Ciò che cambia in modo sostanziale è la qualità dell'interazione con l'adulto, che varia a seconda del modo in cui questa viene diretta, strutturata e individualizzata. Vediamo più nel dettaglio i tre ambienti:

- Ogni singola famiglia decide come gli obiettivi del trattamento saranno incorporati all'interno delle routine familiari. Attività come mangiare, fare il bagno, giocare, svolgere le «faccende» domestiche rappresentano esperienze di apprendimento insostituibili. L'obiettivo generale consiste nell'aiutare il bambino autistico a diventare un membro attivo della sua famiglia.
- I compagni della scuola dell'infanzia rappresentano una fonte di apprendimento che non può essere riprodotta in nessun altro luogo. I bambini con sviluppo tipico possiedono abilità e capacità sociali che

possono sostenere l'interazione dei coetanei in difficoltà. Una volta raggiunti i tre anni d'età, la scuola dell'infanzia diventa un contesto centrale nel trattamento di recupero e sostegno, a condizione che vengano programmate esperienze d'insegnamento attentamente orchestrate, affinché i bambini con difficoltà possano beneficiare dell'apporto fornito dai compagni e, all'interno di questo ambiente, generalizzare ciò che hanno appreso a casa e attraverso l'insegnamento individuale/terapia. Ciò presuppone una pianificazione attenta e un coordinamento costante tra il team curante e i membri della famiglia che, insieme, valutano in itinere le performance del bambino e implementano, eventualmente, gli obiettivi a breve termine.

- Diversi studi hanno dimostrato che i bambini con autismo, generalmente, progrediscono più rapidamente quando ricevono insegnamenti/trattamenti individualizzati. Per alcuni bambini sono necessarie molte ore al giorno di rapporto 1:1 al fine di promuovere al meglio lo sviluppo delle loro capacità. Per i soggetti il cui sviluppo è meno compromesso, l'uso di altri setting di trattamento può essere il migliore supplemento all'insegnamento a scuola: terapie del linguaggio, giochi di gruppo con altri bambini, musica, danza, arte e ginnastica. Molti bambini possono apprendere in situazioni strutturate di piccolo gruppo, ma necessitano sempre e comunque di attività individualizzate per problemi motori, di linguaggio e di sviluppo delle abilità/capacità di gioco.

Il tipo di trattamento individuale può variare ampiamente a seconda del soggetto e dei suoi differenti livelli di maturazione, ma lo scopo principale rimane quello di promuovere lo sviluppo sociale e comunicativo del bambino e rispondere ai suoi bisogni specifici.

I bambini con autismo necessitano settimanalmente di un numero significativo di ore di trattamento al fine di migliorare le proprie competenze. Nel Denver Model si parla di più di 20 ore settimanali di insegnamento pianificato e sistematico, focalizzato su un concreto gruppo di obiettivi a breve termine, perseguiti all'interno dei tre setting.

Passando ai ruoli dei soggetti coinvolti nel trattamento, occorre sottolineare che il Denver Model è un modello di intervento interdisciplinare nel quale ogni soggetto del team si occupa di una specifica area di sviluppo di cui è esperto e che non viene «invasa» da altri. In questo modo una persona rappresenta il terapeuta principale ma, allo stesso tempo, gli altri membri possono venire in aiuto con le loro idee e le loro opinioni, laddove un operatore riscontrasse un qualsiasi problema relativamente a qualche aspetto del trattamento.<sup>12</sup>

Del team fanno parte anche i genitori che, insieme al coordinatore dell'équipe medica, ne costituiscono i principali rappresentanti. A loro è chiesto di condividere le responsabilità di ogni aspetto del progetto. Dopo che il bambino ha ricevuto una prima valutazione interdisciplinare, il coordinatore individua gli obiettivi trimestrali da perseguire, le attività da insegnare e i sistemi di raccolta dei dati; queste componenti vengono trascritte in un apposito block-notes. Inoltre, il coordinatore (*case manager*) lavora direttamente con la famiglia, con il bambino e con le figure scolastiche a lui più vicine al fine di aggiornare e, se necessario, ampliare gli obiettivi selezionati.

Altri compiti del coordinatore consistono nell'osservare e controllare che l'intervento venga implementato nei tre principali setting (scuola, famiglia, terapia), nell'aiutare

<sup>12</sup> M. Brynskov e H. Just (intervista a), *Sally Rogers: Intensive Autism Treatment the Denver Way*, [www.abaforum.dk](http://www.abaforum.dk).

a risolvere eventuali problemi e nell'assicurarsi che il progetto riabilitativo proceda appropriatamente in modo che il soggetto possa migliorare il più rapidamente possibile.

Nel Denver Model il coordinatore del team si occupa di ogni aspetto dello sviluppo del bambino, chiedendo aiuto se necessario, ma prendendosi la responsabilità sia per i progressi sia per le difficoltà e orchestrando i vari aspetti del trattamento.

Gli altri membri del team supportano il coordinatore mettendo a disposizione la loro esperienza disciplinare nelle diverse aree dello sviluppo. Questi operatori svolgono vari ruoli: principalmente di consulenza, terapia e valutazione. Essi aiutano il team leader ad aggiornare gli obiettivi del trattamento e a pianificare e valutare il corso dello stesso.<sup>13</sup>

Il coinvolgimento dei genitori e della famiglia è una componente essenziale del Denver Model poiché i genitori sono considerati i primi insegnanti dei loro figli e, per questo, la loro azione diventa fondamentale per la loro stessa maturazione. Le valutazioni dei genitori, le loro preferenze, i loro obiettivi e desideri guidano la pianificazione dell'intero progetto.

Tuttavia, l'autismo è un disturbo complesso e i genitori possono avere bisogno di supporto, aiuto e sostegno in relazione a vari aspetti e momenti del percorso. A partire dal primo periodo di valutazione, essi vengono spronati a osservare e a partecipare in modo attivo all'assessment, condividendo con il team curante informazioni legate al background evolutivo del proprio figlio.

Durante i primi contatti si ritiene estremamente utile dimostrare loro alcune tecniche di insegnamento, in modo che abbiano la possibilità di vedere l'impatto positivo di questo approccio sulle capacità di appren-

dimento del figlio. Successivamente, questo tipo di training si estende anche alla scuola, dove il coordinatore principale fornisce (ogni 2-4 settimane) consulenze in itinere al team docente in modo che i diversi aspetti del Denver Model siano incorporati, oltre che nel contesto domestico, anche nelle routine scolastiche.

Durante queste prime sessioni, i genitori acquisiscono informazioni sulla diagnosi del figlio, sulle sue capacità, sui suoi bisogni e sulle sue esigenze educative; discutono le loro reazioni; vengono incoraggiati a coinvolgere altri membri della famiglia. Poiché i genitori possono decidere di coinvolgere inizialmente nonni, fratelli o altri *caregivers* solo in alcune fasi del trattamento (ad esempio, sedute in équipe), questi contatti possono divenire molto utili per porre le basi della loro successiva partecipazione e collaborazione.

Dal momento che i genitori rappresentano i primi sostenitori dei loro bambini e del progetto riabilitativo ad essi rivolto, hanno bisogno di familiarizzare sia con la struttura dove avvengono gli incontri sia con le attività svolte al suo interno. Ciò avviene in molti modi: facendo loro visitare l'intera struttura; fornendo liste contenenti potenzialità, bisogni e obiettivi del loro bambino durante il trattamento; incoraggiandoli a coinvolgere altre persone che conoscono il bambino e i suoi bisogni; dando loro informazioni sull'assessment, argomento al centro dei primi incontri, in modo che possano porre domande e comprendere il significato delle valutazioni che saranno riportate in seguito dall'équipe.

Una volta che il bambino inizia il Denver Model, viene formulata una definizione condivisa della relazione di lavoro tra il coordinatore principale e la famiglia, accordo che prende in considerazione i bisogni e i desideri di ciascuno. I genitori individuano le priorità dell'intervento; viene loro richiesto

<sup>13</sup> S.J. Rogers, D. Osaki., T. Hall e J. Reaven, *The Denver Model*, op cit., pp. 3-4.

di esplicitare desideri, speranze e sogni per il loro bambino, a breve e a lungo termine.

Un piano di trattamento a lungo termine (progetto riabilitativo) viene, quindi, comunemente elaborato sulla base degli interessi e delle priorità dei genitori, a cui segue la definizione di programmazioni specifiche per ciascun obiettivo individuato. I genitori partecipano implementando essi stessi tali piani, facilitando la comunicazione degli altri *home teachers* (ad esempio, baby sitter, educatori domiciliari, ecc.) e identificando abitudini e opportunità quotidiane per ampliare le abilità e le capacità al centro delle sessioni di insegnamento.<sup>14</sup>

## Il Denver Model a scuola

L'intervento abilitativo e riabilitativo realizzato attraverso il Denver Model si basa su alcuni elementi costanti del trattamento quali l'uso del gioco, delle relazioni interpersonali, di strategie per lo sviluppo del linguaggio, di attività finalizzate a stimolare il pensiero simbolico e su alcuni aspetti specifici del setting in cui l'intervento viene effettuato.

Le attività realizzate sono presentate per mezzo del gioco simbolico e interattivo. Esso, in effetti, viene considerato da Rogers e colleghi una modalità di apprendimento che, come nei bambini normodotati, anche in quelli autistici può promuovere l'assimilazione e la generalizzazione di un'ampia gamma di abilità cognitive, comunicative e socio-relazionali.

La significatività della relazione educativa viene promossa assegnando un operatore

a ogni bambino autistico e mantenendolo nel tempo. L'adulto così individuato amplia progressivamente le attività svolte con il suo bambino, introducendo giochi sociali come mezzi per sostenere le interazioni con il piccolo e diventando una fonte di piacere e di attenzione.

L'interazione con i pari viene facilitata attraverso attività e materiali che consentono al bambino di avvicinarsi ai suoi coetanei. Una volta raggiunto questo obiettivo, gli adulti limitano il loro intervento di mediatori sociali e, laddove siano sopraggiunti conflitti sociali, forniscono quelle soluzioni verbali e comportamentali di cui i bambini hanno bisogno per negoziare tra di loro, mettendo in evidenza l'effetto del comportamento del singolo sul benessere del compagno o del gruppo.

Una relazione positivamente carica di affetto tra il bambino e l'adulto è considerata fondamentale per incrementare l'attenzione del bambino verso un'esperienza specifica e per aumentare la sua motivazione a continuare l'attività iniziata, per incentivare il desiderio del bambino a interagire con l'adulto e, più in generale, per aumentare il significato dell'esperienza di apprendimento.

Tutti gli operatori che lavorano con i bambini a scuola sono precedentemente sottoposti a un training sul linguaggio che consente loro di imparare a interpretare il repertorio comunicativo verbale e non verbale di ciascun alunno e di rispondere ad azioni, desideri, reazioni e sentimenti a un livello linguistico e comunicativo appropriato.

Il passaggio dall'intelligenza sensorimotoria a quella simbolica è considerato cruciale per lo sviluppo del bambino ma, allo stesso tempo, molto problematico. Per questo motivo sono promosse esperienze quotidiane ed esercizi che richiedono l'uso di rappresentazioni mentali e giochi simbolici,

<sup>14</sup> S.J. Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbinson, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, op. cit., pp. 28-30.

con la finalità di incrementare il linguaggio e il pensiero astratto-formale.

Gli ideatori del Denver Model considerano il contesto sociale di appartenenza (famiglia e scuola) come una struttura che regola, media, focalizza, seleziona e organizza la stimolazione sensoriale dei bambini. Quest'ultima, però, può anche distrarre dall'attività proposta e, per tale ragione, a volte viene volutamente limitata in modo da promuovere l'importanza dell'obiettivo da raggiungere in ogni determinata seduta.

## Discussione

Il Denver Model rappresenta un approccio finalizzato all'acquisizione di competenze specifiche attraverso una metodologia chiara che consente di dimostrare i cambiamenti a breve termine nel comportamento del bambino. È un approccio che si focalizza su deficit specifici che riguardano processi simbolici, socio-relazionali e comunicativi e propone interventi intensivi, puntando sui costrutti profondi dello sviluppo quali le abilità di gioco e le competenze simboliche e comunicative, al fine di indurre cambiamenti quantitativi e qualitativi nel comportamento dei bambini e miglioramenti cognitivi, comunicativi, socio-emozionali e percettivo-motori.

L'importanza di questi cambiamenti è dovuta proprio al ruolo centrale che il *gioco simbolico* riveste nel promuovere l'esplorazione del contesto sociale e la consapevolezza di se stessi.

Le modificazioni ottenute sembrano attribuibili alla creazione di importanti relazioni e associazioni facilitate dalla capacità dell'adulto di:

- prestare attenzione alle comunicazioni verbali e non verbali del bambino;
- stabilire interazioni reattive e reciproche con il bambino;

- mettere in risalto tutte le esperienze affettive positive del bambino;
- usare il gioco come principale strumento che facilita la relazione e l'apprendimento.

Le ricerche effettuate possono essere considerate indicatori importanti dell'efficacia del trattamento. Il Denver Model si presenta come un approccio dinamico, orientato affettivamente e relazionalmente, che può produrre cambiamenti evolutivi importanti e limitare le difficoltà manifestate in aree specifiche.

## Bibliografia

- Giuberti V. (a cura di), *Denver Model. Approccio educativo globale e integrato per bambini piccoli con autismo e le loro famiglie*, Centro autismo e Disturbi pervasivi dello Sviluppo dell'AUSL di Reggio Emilia, s.i.d.
- Jordan R. e Powell S. (1997), *Autismo e intervento educativo. Comunicazione, emotività e pensiero*, Trento, Erickson.
- Koegel R.L. e Koegel L.K. (1995), *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*, Baltimora, Brookes.
- Maurice C. (2005), *Intervento precoce per bambini con autismo*, Bergamo, Junior.
- Mesibov G.B., Schopler E. e Harsey K.A. (1994), *Structured teaching*. In E. Schopler e G.B. Mesibov (a cura di), *Behavioural issues in autism*, New York, Plenum Press.
- Osaky D., Rogers S.J. e Hall T., *The Denver Model Curriculum*, Manoscritto non pubblicato.
- Rogers S.J. (1998), *Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism*, «Journal of Clinical Child Psychology», vol. 27, pp. 168-179.
- Rogers S.J. e Dawson G. (2010), *Early Start Denver Model. Intervento precoce per l'Autismo. Linguaggio, apprendimento e reciprocità sociale*, Torino, Omega.
- Rogers S.J. e Di Lalla D.L. (1990), *Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders*, «Journal of the American

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 29, pp. 863-872.
- Rogers S.J. e Di Lalla D.L. (1991), *A comparative study of the effects of developmentally based preschool curriculum on young children with autism and young children with other disorders of behaviour and development*, «Topics in Early Childhood Special Education», vol. 11, pp. 29-48.
- Rogers S.J. e Lewis H. (1988), *An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 28, pp. 207-214.
- Rogers S.J. e Pennington B.F. (1991), *A theoretical approach to the deficits in infantile autism*, «Developmental and Psychopathology», vol. 3, pp. 137-162.
- Rogers S.J. e Puchalski C.B. (1984), *Development of symbolic play in visually impaired infants*, «Topics in Early Childhood Special Education», vol. 3, pp. 52-57.
- Rogers S.J., Lewis H. e Reis K. (1987), *An effective procedure for training early special education teams to implement a model program*, «Journal of the Division of Early Childhood», vol. 11, pp. 180-188.
- Rogers S.J., Ozonoff S. e Maslin-Cole C. (1991), *A comparative study of attachment behaviour in young children with autism or other psychiatric disorders*, «Journal of the Division of Early Childhood», vol. 30, pp. 483-488.
- Rogers S.J., Herbison J., Lewis H., Pantone J. e Reis K. (1986), *An approach for enhancing the symbolic, communicative, and interpersonal functioning of young children with autism and severe emotional handicaps*, «Journal of the Division of Early Childhood», vol. 10, pp. 135-148.
- Rogers S.J., Osaki D., Hall T. e Reaven J., *The Denver Model: An integrated approach to intervention for young children with autism, autism and developmental disabilities service. A program of JFK partners (A guideline for parents)*, s.i.d., pp. 1-11.
- Rogers S.J., Benedetto L., McEvoy R. e Pennington B.F. (1996), *Imitation and pantomime in high functioning adolescents with autism and young children with other disorders of behaviour and development*, «Child Development», vol. 67, pp. 2060-2073.
- Rogers S.J., Hall T., Osaki D., Reaven J. e Herbison J. (2001), *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, Texas, Austin, pp. 95-131.
- Schafner D.S. e Moersch M.S. (1979), *Developmental programming for infants and young children*, University of Michigan Press, Ann Arbor.
- Thorp D.M., Stahmer A.C. e Schreibman L. (2000), *Gioco di drammatizzazione e autismo: Tecniche di insegnamento e risultati*, «Handicap Grave», vol. 1, pp. 31-49.
- Xaiz C. e Micheli E. (2001), *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson.

## Sitografia

www.abaforum.dk.  
 www.specialeautismo.it  
 www.autaut

## Abstract

*The article examines a specific model of care designed for preschool children with autism spectrum disorders: the Denver Model. This is a therapeutic approach that aims to develop the social-emotional and communication skills, which are usually compromised in an autistic person, through an intervention that focuses on the social context in which the child is integrated. The main aim is to bridge the learning deficits caused by the inability to access the relationship with others, by including the child in experiential courses which foster social relationships and interaction. The authors dwell on the methodology adopted by the Denver Model and apply with method to the Italian school scenario. The article concludes by stressing the significance of the education relationship and the role of play in the development of social skills of the individual with autism.*

## APPENDICE

**Checklist per la valutazione del bambino in classe\***

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

AREA DI VALUTAZIONE	+/-	NOTE
<b>AMBIENTE AULA</b>		
L'area di lavoro e gli altri spazi sono visivamente delimitati in modo chiaro.		
La zona di lavoro, la postazione e l'area dove bisogna stare in piedi sono etichettati e condivisi dall'intero gruppo.		
Le fonti di distrazione sono ridotte nell'area di lavoro.		
Il bambino è posizionato in modo da massimizzare l'attenzione sul compito o sull'operatore.		
<b>ORARIO</b>		
C'è un programma giornaliero coerente per l'intera classe.		
L'alunno <i>target</i> ha un orario individualizzato che include i principali spostamenti.		
L'orario individualizzato è appropriato al livello di sviluppo del bambino.		
L'orario del bambino prevede spostamenti indipendenti.		
Le attività più gradite seguono quelle meno piacevoli.		
<b>SPOSTAMENTI</b>		
Il punto dove il bambino deve recarsi è indicato visivamente.		
Il percorso per arrivare a destinazione è chiaro e facile da seguire.		
La conclusione delle attività è chiaramente segnalata.		
Non sono presenti fonti di distrazione lungo il tragitto per lo spostamento.		
L'insegnante è pronto a iniziare la nuova attività quando il bambino arriva al punto di destinazione.		

\* In S.J.Rogers, T. Hall, D. Osaki, J. Reaven e J. Herbison, *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S.L. Harris (a cura di), *Preschool education program for children with autism*, Texas, Austin, pp. 126-130. Traduzione a cura di P. Cucinelli.

AREA DIVALUTAZIONE	+/-	NOTE
CURRICULUM/ISTRUZIONE		
Gli obiettivi a breve termine sono definiti contestualmente.		
Vengono utilizzati sistemi di raccolta dei dati.		
I programmi di istruzione sono definiti chiaramente ed effettuati coerentemente dagli insegnanti.		
Ogni minuto della giornata del bambino è pianificato all'interno della classe.		
La maggior parte degli insegnamenti si svolge all'interno delle attività di classe piuttosto che separatamente.		
L'insegnante di classe insegna attivamente al bambino <i>target</i> durante le attività di gruppo.		
Vengono utilizzate istruzioni dirette e frequenti prove pratiche per l'acquisizione di nuove abilità.		
La generalizzazione delle abilità appena apprese viene proseguita nelle attività di gruppo.		
I materiali di insegnamento sono ben organizzati in modo da evitare perdite di tempo durante la lezione.		
Il <i>notebook</i> del bambino contenente dati, grafici e programmi di istruzione è ben organizzato e costantemente aggiornato.		
Il bambino viene opportunamente coinvolto in attività relazionali e dirette a raggiungere l'obiettivo <i>target</i> durante la maggior parte del tempo libero.		
Il bambino viene attivamente coinvolto dall'insegnante in attività di gruppo almeno ogni due minuti.		
Il bambino viene quotidianamente e contemporaneamente coinvolto in giochi di costruzione, tematici e sociali con i pari.		
La motivazione del bambino è alimentata attraverso frequenti cambiamenti del compito.		
Il bambino è motivato da un costante sistema di rinforzo esteso a tutte le attività di insegnamento.		
Il bambino viene attivamente coinvolto in attività educative o sociali per almeno il 75% del tempo.		
L'imitazione è sostenuta.		

AREA DIVALUTAZIONE	+/-	NOTE
Il bambino è coinvolto, anche se in minima parte, in ogni attività di classe, durante la quale adopera gli stessi materiali degli altri alunni e persegue obiettivi individualizzati che sono incorporati nelle attività in corso di svolgimento.		
<b>INDIPENDENZA PERSONALE E COMPETENZA</b>		
Il bambino avvia, completa e mette via le attività.		
Le competenze del bambino sono sfruttate durante le attività di gruppo.		
Il bambino si muove indipendentemente durante gli spostamenti.		
Il bambino risponde indipendentemente e con successo alla maggior parte delle istruzioni o dei suggerimenti.		
<b>INTERAZIONI SOCIALI</b>		
Tutti gli adulti nella stanza coinvolgono il bambino in interazioni incondizionate e amichevoli, caratterizzate da legami positivi e coinvolgimento reciproco.		
Tutti gli adulti nella stanza interagiscono con il bambino implementando gli obiettivi.		
Gli adulti chiedono ai compagni di coinvolgere il bambino.		
Il personale della classe e gli altri studenti forniscono supporto al bambino.		
Alcune attività sono finalizzate a incrementare l'interazione sociale tra i compagni.		
Gli adulti non distolgono l'attenzione del bambino focalizzata sull'insegnante.		
Le abilità sociali sono direttamente e incidentalmente pensate e sviluppate durante l'intera giornata.		
<b>COMUNICAZIONE</b>		
Ogni bambino usa un sistema espressivo per iniziare, effettuare scelte, manifestare bisogni, protestare e fare richieste.		
Il sistema espressivo è convenzionale in modo che i compagni comprendano il bambino.		
L'ambiente è strutturato in modo che il bambino abbia la necessità di comunicare frequentemente.		

AREA DIVALUTAZIONE	+/-	NOTE
Tutti gli adulti adottano la stessa modalità comunicativa.		
L'inizio comunicativo del bambino è accolto immediatamente senza correzione.		
Il sistema comunicativo è utilizzato in ogni setting di lavoro a scuola.		
<b>COMPORAMENTO</b>		
Viene riposta più attenzione verso i comportamenti desiderati che su quelli indesiderati.		
Il coinvolgimento sociale viene limitato di fronte al comportamento inadeguato.		
Il comportamento inadeguato viene ridirezionato verso attività più appropriate.		
Ognuno all'interno della classe è salvaguardato.		
L'intervento per bloccare situazioni problema è immediato al fine di interrompere una possibile catena di comportamenti negativi.		
L'esecuzione del compito non viene sospesa di fronte a un comportamento negativo.		
Il bambino viene stimolato con una comunicazione convenzionale a esprimere sentimenti negativi.		
Viene adottata una gestione fisica minima del bambino.		
I programmi comportamentali sono basati su analisi funzionali.		
Il bambino ha accesso frequente alle persone, alle attività e ai rinforzi preferiti.		
Il comportamento viene gestito attraverso approcci positivi e controlli antecedenti piuttosto che mediante conseguenze negative.		