Il Deficit di Attenzione/Iperattività e la scuola

Tamara Zappaterra
Università degli Studi di Ferrara

IL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

indica una patologia complessa che comporta disfunzioni a carico dell'area:

- COGNITIVA (con disattenzione)
- MOTORIA (con iperattività)
- COMPORTAMENTALE-RELAZIONALE (con impulsività)

- Le prime informazioni su questo disturbo risalgono alla metà dell'Ottocento quando Heinrich Hoffmann, un pediatra tedesco, pubblicò *Struwwelpeter* (Hoffmann, 1850), storielle allegre e disegni buffi per bambini dai tre ai sei anni.

Il libro era costituito da dieci racconti e uno di questi, *La storia di Fidgety Philip*, descriveva in modo accurato il comportamento di un bambino caratterizzato da deficit di attenzione e dai tipici sintomi dell'iperattività. Ulteriori caratteristiche del disturbo erano presenti anche in altre due storie dell'opera: *Johnny guarda per aria* e *La storia del crudele Frederick*.)

- La prima descrizione scientifica nel 1902: il pediatra George Still riportò su «The Lancet» qualche osservazione su un gruppo di bambini che presentavano “un DEFICIT nel CONTROLLO MORALE [...] e una eccessiva VIVACITÀ e DISTRUTTIVITÀ” (Still, 1902).

  I bambini con Deficit dell’attenzione/iperattività (DDAI) presentano soprattutto difficoltà a mantenere l'attenzione e a trasferirla rapidamente da un compito all'altro. Ma ciò sarebbe da ascrivere non tanto a carenze nelle risorse attentive, quanto all'incapacità di gestire adeguatamente l'attenzione secondo le modalità e le richieste dell' ambiente (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001).

ADHD

L’ADHD è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell’adolescente, caratterizzato da incapacità a mantenere attenzione prolungata, da impulsività e iperattività.

Caratterizzato da anomalie che il soggetto manifesta in diversi contesti sociali, per esempio a scuola, con gli amici o in ambienti lavorativi

Studi clinici hanno dimostrato che in Italia la prevalenza è stimabile attorno all'1-2% dei bambini in età scolare ed è più frequente nei maschi che nelle femmine

L’ADHD è un disordine neuropsichico dovuto ad alterazioni funzionali di specifiche regioni del Sistema Nervoso Centrale (SNC), in particolare dei gruppi di neuroni coinvolti nei processi di inibizione e autocontrollo (corteccia prefrontale e gangli basali); tale disturbo neurobiologico si manifesta nell’alterazione dell’elaborazione delle risposte agli stimoli esterni.

Nel DSM5

Il DSM V (mantenendo la distinzione dell'edizione precedente) distingue 3 forme cliniche di ADHD:

- INATTENTIVA, prevalenza del deficit di attenzione
- IPERATTIVA, prevalenza di iperattività/impulsività
- COMBINATA Le tre forme possono alternativamente essere presenti nello stesso paziente durante la sua crescita e il suo sviluppo.

Sintomi

I sintomi tipici dell'ADHD comprendono: (Inattenzione)

- scarsa cura per i dettagli ed eccessiva distrazione;
- labilità attentiva e di ascolto (il bambino sembra non ascoltare quando si parla con lui);
- difficoltà organizzative; • incapacità di seguire le istruzioni e di portare a termine le attività;
- difficoltà a completare qualsiasi attività che richieda concentrazione (compiti a scuola e a casa etc.);
- perdita di oggetti di uso quotidiano;
- eccessiva distrazione davanti a stimoli esterni;
- dimenticanza di cose abituali.

Sintomi

(Iperattività / Impulsività)

- irrequietezza;
- incapacità a stare seduto (es. il bambino con ADHD in classe si alza spesso anche quando non dovrebbe);
- eccessiva vivacità (es. il bambino con ADHD corre o si arrampica all'improvviso);
- difficoltà a giocare tranquillamente;
- movimento incessante;
- parlare eccessivo;
- irruenza nel fornire la risposta, prima che la domanda sia completata;
- difficoltà nell'aspettare il proprio turno;
- interruzione o intromissione nelle attività di coetanei o adulti.

I bambini devono avere almeno sei sintomi di ADHD riferibili ad una delle due categorie, inattenzione e iperattività/impulsività, oppure ad entrambe, mentre gli adolescenti e gli adulti (di età superiore ai 17 anni) ne devono presentare cinque.

- Secondo i criteri diagnostici del DSM IV fino ad ora utilizzati, i sintomi devono comparire prima dei 7 anni, sono persistenti per almeno sei mesi e devono manifestarsi non solo nel contesto scolastico, ma anche in altre situazioni (es. casa, sport, amici).

In base al DSM V, invece, i sintomi di ADHD devono comparire prima dei dodici anni e non più entro i sette.

I sintomi di ADHD non devono inoltre manifestarsi esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia, o di un altro disturbo psicotico e non devono essere attribuibili unicamente ad un altro disturbo mentale (es. ansia, psicosi, disturbo dissociativo o disturbo di personalità).

- È importante osservare il comportamento del bambino in ambiti differenti perché il disturbo di ADHD potrebbe non essere rilevabile in un singolo contesto, come ad esempio in una situazione di novità, quando il bambino è impegnato in attività nuove e interessanti.

Peggioramenti dell'ADHD si possono verificare in situazioni in cui il bambino si annoia, quando si richiede uno sforzo di attenzione sostenuto e/o protratto nel tempo, quando il bambino non viene seguito individualmente.

Maggiori problematicità si hanno, quindi, nel mantenimento dell'attenzione (attenzione sostenuta).

Difficoltà di autoregolazione

L’incidenza appare più alta nei gruppi sociali di livello medio-basso, mentre non sembra vi siano differenze significative tra diversi gruppi etnici

Il disturbo appare da 6 a 8 volte superiore negli alunni maschi e nel 20-30% dei casi sono riportati disordini simili nella famiglia di appartenenza, un dato che va ad avvalorare una trasmissione ereditaria del DDAI (Barkley, 2001).

L’EVOLUZIONE del disturbo: a detta dei genitori è osservabile un'eccessiva attività motoria quando i bambini muovono i primi passi. Molti bambini iperattivi a questa età comunque non svilupperanno in seguito un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, da cui la cautela ad effettuare diagnosi di questo tipo nei primi anni di vita

L'ETÀ MEDIA DI INSORGENZA del DDAI è compresa tra i 3 e i 4 anni, ma di solito il disturbo viene diagnosticato per la prima volta con l’IMPATTO SCOLASTICO della scuola primaria, quando le regole da rispettare, i compiti da eseguire e le interazioni coi compagni che richiedono sempre maggiori abilità sociali, di comunicazione e di autocontrollo, rendono enormemente difficoltoso l’ADATTAMENTO SCOLASTICO (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001).

Il disturbo spesso permane in ETÀ ADOLESCENZIALE E ADULTA, età in cui si manifesta nella forma di un SENSO INTERIORE DI IRREQUIETEZZA piuttosto che come iperattività motoria. Oppure tali soggetti hanno difficoltà ad ORGANIZZARE le proprie attività e a COORDINARE le proprie azioni con conseguenti difficoltà scolastiche e sociali.

Si possono avere tre tipi di evoluzione del disturbo nell'età adulta (Kirby, Grimley, 2002):

1. per circa il 30% dei soggetti, il DDAI ha rappresentato una specie di semplice ritardo nello sviluppo delle funzioni esecutive, ma all'inizio della vita adulta non si sono più manifestati sintomi di inattenzione o di iperattività, il che evidenzia che il disturbo era da correlare ad un ritardo nello sviluppo delle funzioni attentive;

- 2. circa il 40% dei soggetti ha continuato a mostrare segni di inattenzione e di iperattività anche in età adulta, accompagnandoli talvolta da difficoltà nell'area affettivo-relazionale e della socializzazione;

- 3. in circa il 30% il disturbo ha offerto il fianco, in età adolescenziale e poi adulta, al manifestarsi, oltre ai sintomi di inattenzione, impulsività ed iperattività, di ulteriori disturbi psicopatologici (quali alcolismo, tossicodipendenza o disturbo di personalità antisociale). Il "campanello d'allarme" di quest'ultima possibile evoluzione è la presenza, già in età scolare, di un disturbo della condotta associato al DDAI (scoppi d'ira e comportamento oppositivo e aggressivo).

Comorbilità

- Difficoltà di apprendimento
- Disturbi comportamentali
- Ansia e depressione
- Disturbi bipolari
- Sindrome di Tourette (tic nervosi)
- Disordini del sonno
- Abuso di sostanze stupefacenti

Evoluzione del DDAI:DOP

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) fa parte di un quadro eterogeneo di bambini che presentano livelli di rabbia ed irritabilità persistente e inappropriata, comportamenti provocatori e oppositivi, che causano difficoltà nell'adattamento personale e nella sfera sociale ma non arrivano a violare le norme sociali né i diritti altrui come nel caso dei Disturbi della Condotta (DC)

Il bambino DOP

spesso va in collera;

spesso litiga con gli adulti;

spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti;

spesso irrita deliberatamente le persone;

spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento;

è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri;

è spesso arrabbiato e rancoroso;

Cause del DDAI

Non esiste una causa specifica, ma più cause che sono riconducibili a componenti di tipo genetico, biologico e ambientale. Il disturbo ha quindi un'origine multifattoriale e i fattori in gioco possono essere distinti in:

- Genetici
- Perinatali
- Ambientali
- Neurobiologici

Cause

I dati maggiori derivanti dagli studi clinici fanno riferimento a fattori neurobiologici.

- Sono state evidenziate alterazioni del sistema dopaminergico sia a livello di struttura che di funzione in corrispondenza della corteccia frontale e dei nuclei della base, le cui funzioni sono modulate dai neurotrasmettitori dopamina, noradrenalina e serotonina.

Trattamento farmacologico

I farmaci impiegati in Italia per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività sono il metilfenidato (Ritalin) e l'atomoxetina.

- Il metilfenidato è un farmaco psicostimolante, usato per pazienti pediatrici (6-12 anni) ed adolescenti.
- La sua prescrizione si deve basare su una valutazione della gravità dei sintomi e del loro significato rispetto all'età del bambino. La terapia con metilfenidato deve rientrare in un programma multimodale di trattamento che comprende anche misure terapeutiche di tipo psicologico, educativo e sociale.

Trattamento farmacologico

Il metilfenidato mira a stabilizzare gli atteggiamenti comportamentali caratteristici dell'ADHD, quali distrazione di grado da moderato a severo, capacità di attenzione limitata nel tempo, iperattività, labilità emotiva e impulsività.

- L'atomoxetina (Strattera) è un farmaco non stimolante appartenente alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina.
- Numerosi studi clinici hanno dimostrato che i risultati migliori nel trattamento del disturbo di attenzione e iperattività si ottengono combinando la terapia farmacologica con le terapie psico-comportamentali.

Teoria deficit attenzione selettiva

Non esistono ancora teorie che spiegano in modo esaustivo le cause del deficit. Tuttavia è possibile individuare numerosi modelli teorici che interpretano il DDAI come un DISTURBO DELL' ATTENZIONE, ed in particolare della attenzione SELETTIVA.

Il soggetto con DDAI incontra maggiori difficoltà rispetto ai coetanei nella elaborazione selettiva delle informazioni

Il bambino con DDAI "si fa invadere" dalle informazioni, non riesce ad estrarre quelle significative per il compito e reagisce con elevati livelli di DISTRAIBILITA'.

Teoria deficit meccanismi di attivazione

Altri modelli teorici si focalizzano invece sui DEFICIT dei MECCANISMI di ATTIVAZIONE:

Il soggetto DDAI non riesce a regolare i propri livelli di attivazione dell'arousal fisiologico, e questo spiega l'eccessiva instabilità motoria.

E' possibile ipotizzare anche meccanismi di IPOATTIVAZIONE che spingerebbero il soggetto alla ricerca continua di stimolazioni.

Queste ipotesi sono accreditare dall'osservazione relativa al miglioramento della sintomatologia DDAI in seguito a somministrazione di farmaci stimolanti.

Orientamenti psicologico-relazionali

Tali teorie interpretano il disturbo come la conseguenza di un deficit nel CONTESTO TRANSAZIONALE, relativo all'insieme delle interazioni bambino- famiglia- scuola- pari.

Le madri con comportamenti rigidi, intransigenti e poco rispondenti sul piano affettivo sono esposte ad un maggiore rischio di sviluppo del DDAI nei loro figli.

Anche l'educazione in famiglie caratterizzate da alta EMOTIVITA' ESPRESSA (conflitti tra i coniugi, litigi frequenti) espone il bambino ad un elevato rischio di sviluppo del disturbo.

Caratteristiche nelle fasi di sviluppo

Prima infanzia: bambini difficili, molto irritabili, inclini a un pianto inconsolabile, facilmente frustrabili, difficoltà di sonno e alimentazione. Possibili effetti negativi sull'interazione con la madre, si può innescare un circolo vizioso.

Scuola primaria: maggiori difficoltà a causa delle regole da rispettare; problemi interpersonali.

Con la crescita, l’iperattività tende a diminuire (in frequenza e intensità), e può essere sostituita da una sorta di agitazione interiorizzata.

- Insofferenza, impazienza, cambi continui di attività, movimenti del corpo.
- Con lo sviluppo si possono generare tratti comportamentali che ostacolano il buon inserimento nell’ambiente sociale: ostinazione, scarsa obbedienza alle regole, prepotenza, labilità dell’umore, scarsa tolleranza alla frustrazione, scatti d’ira, ridotta autostima.

Preadolescenza: difficoltà nell'acquisizione delle abilità sociali (mantenere amicizie, risolvere conflitti interpersonali).

Adolescenza: lieve attenuazione della sintomatologia, ma il problema non scompare. Si associano altri disturbi: depressione, condotta antisociale, ansia.

Difficoltà nella gestione delle problematiche legate all'identità, all'accettazione nel gruppo, allo sviluppo fisico. Rischio di bassa autostima, scarsa fiducia in se stessi.

Per individuare il problema

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: SDAI (Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività – insegnanti)

- Sommare i punteggi assegnati agli item dispari: > 14 problemi rilevanti di attenzione
- Sommare i punteggi assegnati agli item pari: > 14 problemi rilevanti di iperattività e impulsività

L'INTERVENTO EDUCATIVO NEI CASI DDAI

Caratteristiche primarie del bambino DDAI:

- **Disattenzione. Difficoltà sia a concentrare l'attenzione su una cosa, sia a mantenere l'attenzione per un tempo prolungato;**
- **Impulsività. Propensione a parlare ed agire precipitosamente, fatica a rispettare il proprio turno sia nel gioco sia quando partecipa ad una discussione all'interno di un gruppo; non rispetta le richieste a lui rivolte e i ruoli assegnati, non riesce ad aspettare le gratificazioni;**
- **Iperattività. La tendenza ad essere sempre in movimento e in azione; manifesta comportamenti non finalizzati ad uno scopo preciso.**

Caratteristiche secondarie del bambino DDAI:

- Scarso rendimento scolastico e/o disturbi specifici di apprendimento nella qualità, nell'accuratezza e nella velocità con cui il bambino svolge il lavoro che gli è assegnato;
- Bassa autostima, scarsa opinione di sé legata ai ripetuti insuccessi e alla difficoltà di valutare i propri risultati in base allo sforzo compiuto;
- Difficoltà con i coetanei, fatica ad inserirsi in un gruppo per l'incapacità di rispettare le regole e presenta inadeguatezza di certi comportamenti creando tensioni nei rapporti sociali. In genere va d'accordo con pochi amici.

Cosa fare in classe?

Offrire informazioni di ritorno

Instaurare delle routine

Stabilire delle regole

Adattare spazi, tempi e materiali e modalità di lavoro

Funzioni del comportamento problema:

Funzioni del comportamento problema:

- Comunicativa;
- Ottenere l'attenzione, l'attivazione degli altri;
- Fuga/evitamento da situazioni spiacevoli;
- Ottenere gratificazioni concrete: oggetti, attività
- Autoregolatoria: permette di equilibrare il proprio livello di attivazione a seconda della stimolazione ambientale

Cosa possiamo fare?

- Uscire da una visione globale del bambino che non ne percepisce gli elementi di modificabilità (“Sei sempre il solito fannullone!”)

- Orientare l’attenzione su ciò che funziona.

Strutturare l'ambiente

Alcuni suggerimenti per strutturare al meglio l'ambiente scolastico:

- Posizionare il ragazzo nelle prime file (in modo che sia sempre possibile il contatto visivo) e lontano dalle finestre
- Postazione di lavoro individuale, piuttosto che di gruppo
- Esortare tutti a tenere sul tavolo solo il materiale necessario
- Tenere «pulite» le lavagne e le classi, in modo che le informazioni rilevanti siano sempre «ben in vista»

(Steer, Horstmann, 2012)

Attuare una didattica visiva

Dare istruzioni chiare, servendosi di alcune strategie come:

- attirare l'attenzione (es. battere le mani, chiamare per nome gli studenti)
- Dare le informazioni una alla volta con frasi semplici e brevi, supportandole con informazioni scritte/visive (es. elenchi alla lavagna, schede operative, indicare oggetti)
- Fare ripetere i passaggi ai ragazzi
- Utilizzare la tecnologia (power point, software interattivi, puntatori laser)

(Steer, Horstmann; Hattie, Calvani)

Fondamentale risulta un'attenta osservazione dei comportamenti nei vari momenti della giornata per evidenziare attività predilette, quelle problematiche o situazioni che più facilmente generano eventi conflittuali.

L'insegnante può favorire la capacità di far prevedere al ragazzo le conseguenze del proprio agito attraverso varie strategie (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001):

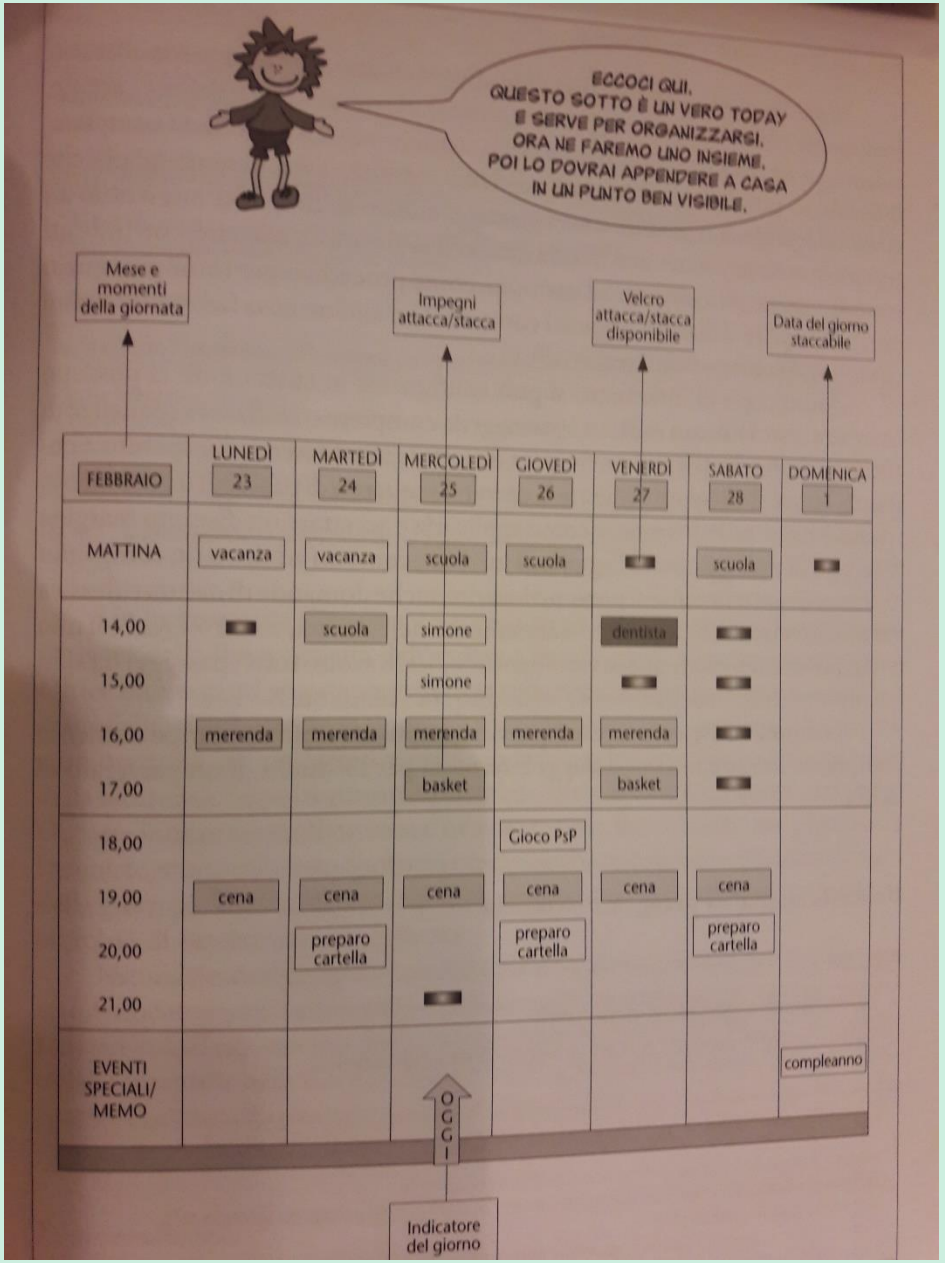
- offrire informazioni di ritorno: spiegare al ragazzo perché si sia verificata una determinata conseguenza, dando indicazioni sul grado di correttezza del suo comportamento;

- instaurare delle routines: le attività che si ripetono sistematicamente aiutano il ragazzo a tenere presente i suoi impegni e a pianificarne in modo maggiormente adeguato i tempi;

- stabilire delle regole: avere regole chiare e condivise, segnalate anche concretamente in diversi modi, aiuta il ragazzo a organizzare la propria attività scolastica in relazione agli spazi e ai tempi, e a sapere in anticipo quali azioni esulano dalle norme stabilite.

Cartellone
Murale
Delle attività

Per bimbo ADHD di 8 anni



Stabilire delle regole, ma quali?

- Condivise
- Propositive, no divieti
- Semplici, espresse chiaramente
- Devono descrivere le azioni in modo operativo (no «stare buoni»)
- Immediate, è possibile utilizzare simboli pittorici
- Poche (max. 6-7)

Stabilire delle routine, tempi di lavoro

Stabilire tempi di lavoro aiuta a pianificare e organizzare il lavoro, identificando il quantitativo di impegno.

- Dopo aver dato le consegne alla classe, lasciare pochi minuti alla verifica della corretta comprensione delle indicazioni
- Discutere delle difficoltà e del tempo di svolgimento

Organizzazione del materiale

Può essere utile utilizzare un cartellone dei materiali

All’inizio dell’anno preparare uno schema del materiale necessario per ogni materia

Introduzione di un sistema a punti per le gratificazioni

Dare consegne chiare

Può essere utile dopo aver dato una consegna, farla rileggere ad un compagno e chiedere di spiegare con parole sue cosa bisogna fare.

Sottolineatura, guidata dall'insegnante, delle parti salienti delle istruzioni.

Costruire un piano d'azione per punti.

Consegne e compiti a casa

- Dettare i compiti in un momento stabilito (non quando sta per suonare la campanella di fine lezione!)
- Formulare consegne chiare e alla portata dell'allievo
  - Verificare che il bambino stia scrivendo le consegne
  - Chiedere a qualche alunno di ripetere le consegne
  - Gratificare l'alunno per la corretta e completa trascrizione delle consegne
- Non punire l'alunno per eventuali carenze, ma esortarlo a porre più attenzione e fargli completare la compilazione

Segnali concordati

Ulteriori modalità per favorire il miglioramento dei processi di mantenimento dell'attenzione sul compito sono quelle relative all'uso di *segnali concordati* con il bambino

L'uso dei segnali concordati è particolarmente proficuo nella relazione educativa con il bambino DDAI, dato che evita il ricorso a comportamenti stigmatizzanti come il chiamarlo ad alta voce o invitarlo esplicitamente a stare attento davanti al resto della classe.

L'uso frequente di tali richiami davanti agli altri bambini può frequentemente innescare comportamenti oppositivi (Cornoldi et al., 2001).

È più utile, ai fini dello sviluppo di una efficace alleanza psicoeducativa, concordare con il bambino una serie di semplici segnali (toccare il suo banco, guardarlo brevemente, fare una pausa più lunga del solito) che l'insegnante emetterà in corrispondenza dei momenti in cui è più necessario un elevato livello attentivo per la comprensione di passaggi significativi.

Tra i compiti di elevata difficoltà per il bambino DDAI possono essere segnalati

- Compiti di elevata lunghezza, inadeguati alla tenuta attentiva dell'allievo;

- Compiti che implicano la comprensione di testi di elevata difficoltà;

- Compiti di produzione scritta, in assenza di una guida esterna che supervisiona.

- Compiti o interrogazioni orali riferiti a tematiche esposte molto tempo prima.

.

Appare invece più interessante modellare i contenuti dei programmi
di insegnamento alle peculiari istanze cognitive del bambino

Tra le strategie educative implementabili durante la lezione per *richiamare* l'attenzione del soggetto, l'insegnante potrebbe fare riferimento alle seguenti:

- Proporre all'inizio della mattina una lista di argomenti, che serve da agenda per orientare il bambino sull'ordine delle attività da svolgere. Questo ordine deve essere rispettato dall'insegnante, senza salti od omissioni, allo scopo di evitare il disorientamento

- Variare frequentemente il tono vocale, evitando intonazioni monotone.

- Alternare frequentemente le attività (cfr. la tecnica del leggi e rispondi).

- Fornire chiari segnali che richiamino l'attenzione di tutta la classe (Es. *Ora state tutti molto attenti*…)

Tra le strategie che favoriscono il mantenimento dell'attenzione sostenuta, è possibile indicare:

- L'utilizzo di domande implicanti risposte aperte, che permettano risposte diversificate e consentano al bambino con DDAI di ottenere interazioni con i coetanei.

Permettere ai bambini più disattenti l'uso di segnali concordati (ad esempio un cartoncino colorato) per richiedere l'aiuto dell'insegnante nelle situazioni di maggiore difficoltà

- Incoraggiare la partecipazione attiva del bambino secondo regole concordate di comportamento: non interrompere i compagni che parlano, rispondere solo dopo avere alzato la mano.

Anche il rapporto con il gruppo dei pari influisce sul processo di insegnamento-apprendimento. Esso può essere migliorato grazie ad alcuni accorgimenti (Marzocchi, 2003):

- programmare attività in cui il ragazzo DDAI possa dare il suo contributo;
- programmare attività di apprendimento cooperativo;
- rompere i raggruppamenti fissi tra i ragazzi;
- assegnare al ragazzo DDAI incarichi di responsabilità commisurati alle sue potenzialità.

Attuare una didattica metacognitiva

Modello metacognitivo: il bambino può imparare a gestire meglio i processi cognitivi se riceve un insegnamento centrato sulla conoscenza di strategie specifiche e sul monitoraggio del proprio funzionamento mentale.

Le fasi dell'Approccio Metacognitivo:

- informazioni sulla struttura dei processi cognitivi in generale e delle proprie risorse nello specifico.
- costruzione di un bagaglio di strategie efficaci per gestire al meglio il compito e sapere quando utilizzarle.
- Monitoraggio metacognitivo.

Attività metacognitive

L’adesione collettiva, da parte del gruppo, ad un contratto di lavoro, di cui si comunicano fin da subito le caratteristiche, i contenuti principali, i tempi, gli obiettivi

- lo svolgimento di esercizi-giochi aventi come obiettivo l’allenamento di varie modalità per gestire la propria attenzione di fronte a compiti e situazioni di diversa natura con modalità adattate all’età
- la discussione collettiva, sia pur breve ma sistematica, delle scoperte fatte nel corso delle attività, dei suggerimenti proponibili sia ai compagni, sia agli insegnanti, sia ai formatori.

Il bambino con DDAI nel ruolo di insegnante

Una interessante estensione della procedura del Peer Tutoring è suggerita da Cornoldi et al. (2001), che introducono la possibilità di fare rivestire al bambino con DDAI il ruolo di insegnante.

Questa attività si presenta particolarmente proficua perché permette un notevole incremento dell'autostima del bambino, cui viene offerta la possibilità di rivestire – sia pure temporaneamente – il ruolo di maggiore responsabilità all'interno del gruppo-classe.

Il coinvolgimento del bambino con DDAI nel ruolo di tutor presuppone un cambiamento significativo della propria immagine nei confronti dei compagni, dato che egli ricopre il ruolo di esperto.

Inoltre, la costante supervisione dell'insegnante nella preparazione della lezione permette al bambino di usufruire di una preziosa attività di sostegno nella pianificazione di un'attività complessa.

Allo scopo di non connotare le funzioni carenti del bambino, l'insegnante potrebbe decidere di fare rivestire a rotazione il ruolo di insegnante non solo al bambino con DDAI, ma anche ad alcuni altri allievi che sono interessati a questo tipo di attività.

Perché l'intervento sia veramente in grado di aumentare il senso di autoefficacia del bambino, l'insegnante deve anzitutto accertarsi che questo sia in grado di svolgere questo tipo di attività.

Per questo il tema deve essere concordato con il bambino in base alle sue preferenze. l'insegnante può rassicurare il bambino sulle proprie capacità, purché queste siano effettivamente possedute, e incoraggiarlo ad affrontare questa nuova attività.

In seguito l'insegnante segue il bambino nella preparazione della lezione, contribuendo allo sviluppo di uno schema espositivo e sottoponendo il bambino a delle eventuali lezioni simulate in presenza del solo insegnante.

La durata della lezione non dovrebbe superare i 15-20 minuti (Cornoldi et al., 2001), e l'insegnante dovrebbe essere in grado di prevedere le eventuali reazioni negative dei compagni che assistono alla lezione.

È necessario ricordare che il bambino con DDAI dovrebbe trarre da questa esperienza sensazioni di accettazione e di aumento della propria autostima; se l'insegnante sospetta comportamenti negativi da parte dei compagni, potrebbe concordare con essi delle regole di comportamento da mantenere durante la lezione.

In ogni caso devono essere prevenute reazioni negative come commenti sarcastici, risate o comportamenti che comunque potrebbero mettere in difficoltà il bambino durante l'esposizione della lezione, e rinforzarlo nella sua autostima deficitaria.