



ISSN: 2038-3282

**Pubblicato il: 09 aprile 2014**

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da [www.qtimes.it](http://www.qtimes.it)

Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

**The specific disorders of learning. Part three.  
Behavioral and psychological manifestations of health.  
I Disturbi Specifici di Apprendimento. Parte terza. Le  
manifestazioni comportamentali e psicologiche del disagio**

*di Savina Cellamare*

Ricercatrice

INVALSI

[savina.cellamare@gmail.com](mailto:savina.cellamare@gmail.com)

**Abstract**

Negli allievi con DSA il rischio che il disturbo possa ripercuotersi sulla sfera affettiva, oltre che su quella cognitiva, è una evenienza concreta. Altrettanto concreta è la probabilità che il bambino/ragazzo strutturi un'immagine di sé svalutante, trasferendo all'intera attività di studio e ad ambienti di vita al di fuori della scuola la percezione di se stesso come persona carente, con ripercussioni sul piano comportamentale, affettivo- emotivo e motivazionale.

QTimes – webmagazine

Anno VI - n. 2, 2014

[www.qtimes.it](http://www.qtimes.it)

**Parole chiave:** DSA, apprendimento, scuola, motivazione

### **Premessa**

Un allievo che presenti un Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA) inevitabilmente sperimenta una fatica maggiore e un rischio di insuccesso più alto nelle attività scolastiche rispetto un coetaneo che non abbia tali problematiche. Il rischio che il disturbo possa ripercuotersi sulla sfera affettive, oltre che su quella cognitiva, è una evenienza concreta. Altrettanto concreta è la probabilità che il ragazzo strutturi un'immagine di sé svalutante, trasferendo all'intera attività di studio e ad ambienti di vita al di fuori della scuola la percezione di se stesso come persona carente; in altri termini, c'è il rischio che la sensazione di essere un cattivo apprendente si generalizzi alla persona-allievo nella globalità delle sue dimensioni, con ripercussioni sul piano comportamentale, affettivo- emotivo e motivazionale.

È forse opportuno precisare che lo sviluppo di quadri di disagio psicopatologico non è conseguenza inevitabile della presenza di un DSA; è tuttavia una situazione possibile, della quale occorre tenere conto allo scopo di mettere in atto interventi di supporto didattico efficaci. Questi, aumentando la possibilità di successo scolastico, possono evitare l'effetto sommatorio degli insuccessi nell'apprendimento e agire così da fattore preventivo rispetto all'insorgere e allo stabilizzarsi di comorbidità tra disturbo e disagi secondari, un intreccio di fattori che andrebbe a complicare il profilo iniziale.

### **I comportamenti dirompenti**

Le situazioni comorbidità più significative che possono accompagnare un Disturbo Specifico di Apprendimento evidenziano una sintomatologia variegata, nella quale possono rientrare disturbi del comportamento dirompente -categoria che comprende i disturbi oppositivo - provocatori e della condotta- come anche difficoltà emozionali.

#### *Il disturbo oppositivo - provocatorio*

Il disturbo oppositivo-provocatorio si manifesta con l'assunzione da parte dell'allievo di atteggiamenti ostili e sfidanti persistenti, ai quali si associa sovente la tendenza alla litigiosità. I soggetti oppositivo-provocatori hanno una marcata difficoltà a tollerare la frustrazione e a gestire la propria impulsività, sia a scuola sia negli altri ambienti di vita; le manifestazioni impulsive possono esprimersi con forme aggressive nei confronti dei pari e degli adulti. Le condotte sfidanti hanno l'effetto di tenere attivo (quando non anche di stabilizzare) il circuito vizioso dell'allontanamento e del rifiuto; il bambino/ragazzo incapace di autocontrollo, infatti, reagisce al disagio che gli provoca il sentirsi destinatario di un torto che non comprende (il rifiuto, appunto) assumendo comportamenti prepotenti e sfrontati.

L'impatto sull'ambiente di vita (in famiglia, a scuola o in altri luoghi) genera facilmente delle criticità che non sempre gli altri partecipanti alla situazione possono leggere come espressione di uno stato di tensione o di inadeguatezza, che spaventa chi lo prova. È evidente che l'alunno con DSA nel quotidiano confronto con la propria difficoltà ad apprendere può sviluppare verso l'attività di studio un rapporto connotato dalla paura dell'insuccesso e l'impossibilità a modificare la propria condizione in assenza di aiuti efficaci lo porta a sviluppare una rabbia diffusa, che può travalicare le mura scolastiche per generalizzarsi ad altre situazioni di vita.

### *I disturbi della condotta*

Più grave del disturbo oppositivo-provocatorio appare il disturbo della condotta. Questo può essere empiricamente classificato in base agli aspetti specifici che caratterizzano il comportamento e alla frequenza con cui compaiono. Tale classificazione individua due pattern di disturbi:

- *esternalizzanti*, caratterizzati -oltre che dalla proiezione all'esterno del disturbo- da capacità di controllo fortemente ridotta e da *acting out*, cioè dall'espressione di scatti violenti. Appartengono a questa tipologia i disturbi oppositivo-provocatorio e della condotta;
- *internalizzanti*, che si collocano sul versante opposto rispetto ai precedenti, si caratterizzano per l'inibizione sia emozionale sia comportamentale, oppure per l'ipercontrollo. Appartengono a questa tipologia i disturbi dell'umore di tipo depressivo e le sintomatologie ansiose e/o fobiche.

Le problematiche del primo pattern, ovvero i disturbi della condotta esternalizzanti, si esprimono con atti minacciosi e aggressivi nei confronti di altre persone. La resistenza alle prescrizioni parentali, come anche alle remore morali, si acuisce a partire dall'adolescenza. La tendenza ad attuare violazioni palesi e deliberate alle regole della convivenza aumenta, infatti, con il progredire dell'età e può evolvere verso forme di antisocialità, accompagnate da condotte delinquenti o anche dall'assunzione di comportamenti di dipendenza.

I disturbi depressivi appartengono al secondo pattern, cioè ai disturbi internalizzanti. In generale si tratta di alterazioni del tono e della qualità dell'umore che condizionano la vita sociale del bambino/ragazzo sia a scuola sia al di fuori dalla scuola. La sintomatologia con cui si esprimono è tuttavia piuttosto diversificata e specifica in rapporto all'età evolutiva in cui la persona si trova. Disturbi di questo tipo possono insorgere in età prescolare; i bambini che ne sono interessati sono scarsamente coinvolti nelle attività che vengono loro proposte, sia di gioco sia di apprendimento, e sono poco propensi a investire energie in queste. L'inibizione sul piano psicomotorio, piuttosto tipica dei bambini depressi, non è tuttavia l'unica manifestazione; il disturbo, infatti, può esprimersi anche con irrequietezza e irritabilità, accompagnate da scarsa attenzione e concentrazione. Non è raro che i differenti tipi di comportamento possano presentarsi in momenti diversi, in questa fascia d'età come nelle successive. I ricorrenti comportamenti capricciosi possono mettere a dura prova la

pazienza sia degli adulti sia dei pari, che abbandoneranno gradualmente (e non sempre consapevolmente) i tentativi di far partecipare il bambino ai giochi o alle attività; anche in questo caso, come già si è detto per il disturbo oppositivo-provocatorio, è molto probabile che si inneschi una dinamica di rapporto disfunzionale che alimenta i sentimenti di esclusione e di abbandono già vissuti dal bambino.

I disturbi depressivi possono essere preceduti da manifestazioni evidenti di ansia da separazione, cioè da una marcata difficoltà a separarsi dalle figure di riferimento. Il distacco, soprattutto dai genitori, è vissuto come una perdita, o anche come il timore di una perdita irreparabile. Oltre all'ansia da separazione, rientrano nel quadro della patologia ansiosofobica anche l'ansia e la fobia. Benché possano in alcuni casi apparire come meno evidenti dell'ansia da separazione, entrambe agiscono come amplificatori della percezione di disagio o di difficoltà, interferendo significativamente con il funzionamento scolastico e sociale.

La reattività comportamentale espressa in età prescolare può essere ancora più accentuata nell'età scolare e investire in modo importante la capacità di pensiero e di apprendimento dell'alunno. In questa fase evolutiva le crisi di rabbia sono accompagnate sovente da manifestazioni somatiche, quali cefalee, vomito e dolori addominali. I sintomi sono senz'altro reali, ma il loro utilizzo da parte del bambino può diventare strumentale, finalizzato all'evitamento sia del compito sia della partecipazione scolastica nel suo complesso. Le espressioni di sentimenti svalutanti verso se stesso come apprendente rischiano di generalizzarsi alla totalità della sua persona; si può strutturare di contro una progressiva incapacità di partecipare con piacere alle attività, scolastiche ed extrascolastiche, coinvolgendosi e investendo energie in queste. Tale tendenza può accentuarsi nell'età adolescenziale; in questa fase il disturbo depressivo assume nel giovane la stessa sintomatologia che si riscontra negli adulti e il disagio doloroso che questi sperimenta può far insorgere comportamenti di aggressività autodiretta, fino al suicidio.

### **I disturbi neuropsicologici. L'ADHD**

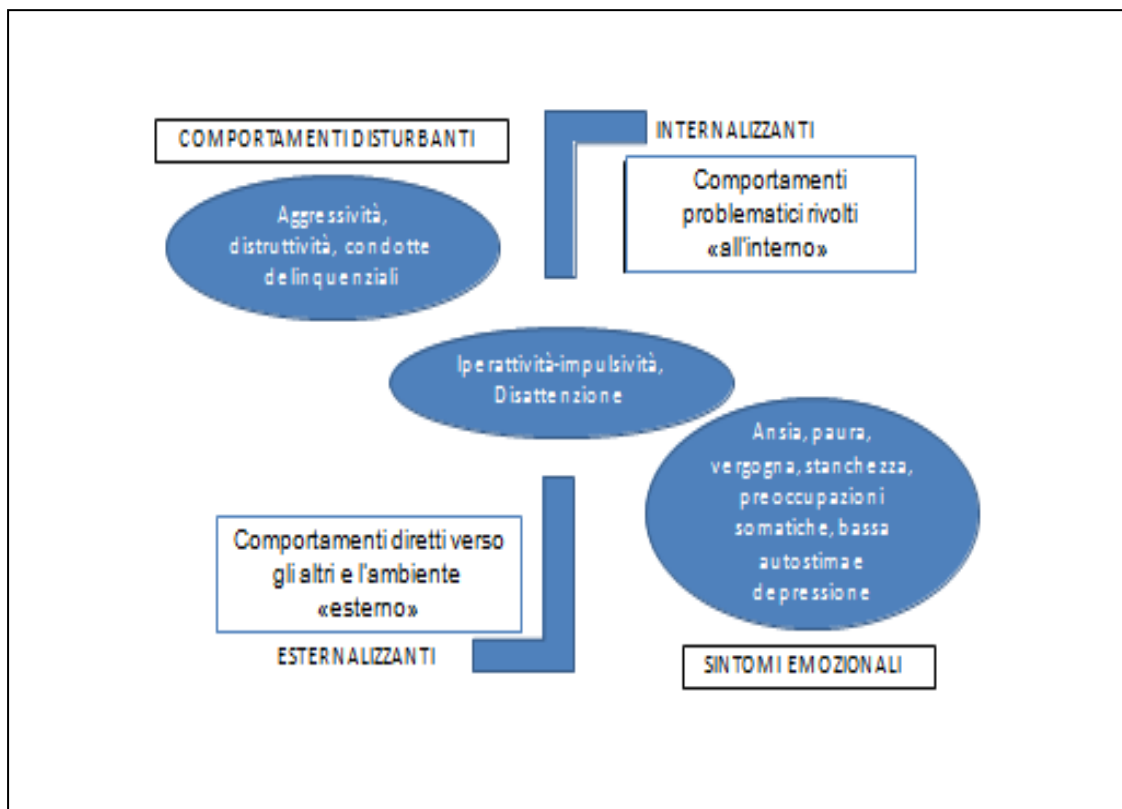
Un ulteriore deficit che si presenta in associazione con i DSA (ma non è da questi determinata) è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, sintetizzato con l'acronimo molto noto ADHD, che si pone a cavallo tra i Disturbi dell'Apprendimento e i Disturbi del Comportamento. Si tratta di una sindrome neuropsichiatrica che esordisce prima dei sette anni d'età, più frequentemente nei maschi che nelle femmine, con manifestazioni che possono variare in base all'età e al livello di sviluppo. Generalmente la frequenza e l'intensità dei comportamenti iperattivi è molto alta nei bambini piccoli e in quelli in età prescolare rispetto a quanto avviene in età scolare. Nell'adolescenza e nell'età adulta questo tipo di manifestazioni si trasformano in senso di irrequietezza e in difficoltà a dedicarsi ad attività tranquille e sedentarie. In altri termini si può dire che è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo, a seguito del quale si determinano difficoltà sia nel conseguire un adeguato livello di acquisizioni funzionali al successo scolastico e lavorativo sia nel raggiungere la regolazione comportamentale necessaria ai fini dell'adattamento e dell'inserimento sociale.

Come già evidenziato nei saggi precedenti dedicati ai DSA su questa stessa rivista, anche il bambino con ADHD presenta livelli intellettivi nella norma, ma evidenzia manifestazioni di vivacità e di disattenzione eccessive per intensità e frequenza, tali da compromettere sia il rendimento scolastico sia la qualità delle relazioni interpersonali. Non è detto che il disturbo debba sfociare nello sviluppo di forme di disagio sociale, ma il rischio che questo accada certamente esiste.

Certamente anche l'iperattività, come le problematiche presentate nei paragrafi precedenti, è un disturbo complesso, la cui gestione può essere particolarmente impegnativa in contesti collettivi come quello scolastico. E' forse opportuno ricordare, tuttavia, che mentre quando si fa riferimento a un DSA si parla di un *disturbo specifico*, in quanto legato a specifiche aree di abilità scolastiche, le manifestazioni disfunzionali a livello attentivo e comportamentale emergono in diversi contesti, ovvero a casa, a scuola, al lavoro. Ai fini della diagnosi vi deve essere una compromissione in almeno due di questi ambiti; ciò deve rendere l'adulto educatore cauto nell'attribuire l'etichetta -pesante da portare- di iperattività a quanti presentino un comportamento che, pur ponendosi a volte al di fuori dei canoni della desiderabilità sociale, non è tuttavia indice della presenza di questa sindrome. Dal punto di vista sintomatologico, infatti, l'ADHD è caratterizzato dalla presenza di due dimensioni psicopatologiche, che tendono a permanere in modo stabile e quindi a cronicizzarsi determinando conseguenti ripercussioni sia sul piano degli apprendimenti sia su quello dell'adattamento sociale: la disattenzione e l'iperattività/impulsività. È interessante notare che i sintomi di iperattività e di impulsività vengono considerati congiuntamente; si ritiene, infatti, che costituiscano nel loro insieme l'espressione di difficoltà nell'autoregolazione comportamentale.

Chi allestisce situazioni educative (a scuola come in altri contesti) deve tenere presente che il livello di malfunzionamento varia in base al contesto e alla situazione specifica in cui si trova il bambino. In genere la problematicità aumenta di fronte ad attività che richiedono attenzione o sforzo mentale protratti, o anche in presenza di attività noiose e ripetitive (che, del resto, nella maggior parte dei casi non incontrano molti estimatori). In ambienti nuovi, interessanti e stimolanti si ha una diminuzione dei comportamenti iperattivi, un decremento che si apprezza anche in contesti in cui sia possibile esercitare uno stretto controllo. È per questa ragione che la gestione di un allievo con ADHD è facilitata dall'interazione a due piuttosto che in un gruppo più ampio. Si tratta di una constatazione dalla quale possono scaturire indicazioni metodologiche interessanti per favorire la progettazione e la gestione di situazioni in grado di favorire l'apprendimento e la partecipazione sociale a scuola anche per allievi che abbiano una condizione personale resa complessa dalla presenza di un disturbo o di più disturbi in associazione. Oltre all'organizzazione del contesto di lavoro, un altro fattore che facilita il contenimento o la diminuzione delle manifestazioni iperattive è dato dall'uso frequente di rinforzi positivi per premiare l'emissione di comportamenti appropriati.

È da notare che sovente le due dimensioni psicopatologiche caratterizzanti la sindrome ADHD, ovvero la disattenzione e l'iperattività/impulsività, ricevono un'attenzione diversa dal contesto educativo. Quando prevale la disattenzione si è in presenza, infatti, di un bambino meno problematico da gestire, poiché i suoi comportamenti non sono in genere particolarmente disturbanti, o non lo sono affatto. Ciò può rendere più difficile l'individuazione da parte dell'educatore del reale bisogno in quello che può essere visto come un allievo poco interessato o scarsamente partecipe alla vita di classe. Non sempre, inoltre, è chiaro cosa effettivamente si debba intendere per attenzione, termine che rimanda a una difficoltà tutt'altro che univoca. In modo molto sintetico si può dire che l'attenzione non è una facoltà unitaria; si presenta, invece, come un complesso organizzato di funzioni che agiscono sinergicamente, espletando ciascuna specifici compiti. Si hanno infatti l'attenzione sostenuta, l'attenzione selettiva, l'attenzione multicanalizzata e lo shift attentivo. Pur senza entrare nel merito delle singole componenti, per le quali si rimanda all'ampia e accreditata letteratura disponibili (cfr. Bibliografia), è opportuno ricordare che l'attenzione riveste un ruolo molto importante in relazione alle strutture processanti, ovvero ai sistemi che permettono all'individuo di acquisire ed elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente esterno e dagli stati interni dell'organismo. Queste informazioni vengono poi ulteriormente rielaborate dai processi di controllo, per potere essere immagazzinate, filtrate e categorizzate, operazione che risulta particolarmente difficoltosa per i bambini con deficit di attenzione. Quando, invece, le problematiche comportamentali sono evidenti l'allarme degli adulti scatta più prontamente per effetto del disagio che il comportamento iperattivo e impulsivo provoca nell'ambiente. La figura che segue cerca di riproporre ed esplicitare graficamente l'intreccio dei fattori che sono stati delineati fino a qui.



### **Il caso di Nico**

Per meglio comprendere le modalità in cui può manifestarsi la difficoltà sperimentata da un bambino con un DSA, viene di seguito presentato il caso di Nico, che evidenzia l'associazione tra la problematica di apprendimento e aspetti marcatamente oppositivo - provocatori. Lo scopo di tale esemplificazione non è quello di delineare itinerari di intervento, ma di descrivere alcune caratteristiche, rilevate attraverso sessioni di osservazione, che è possibile riscontrare in questi soggetti, al fine di stimolare una riflessione che permetta magari di ricontestualizzare e comprendere alcune espressioni disfunzionali all'interno di un più ampio quadro di difficoltà.

Nico ha 7 anni e alla fine della classe prima della scuola primaria i genitori si rivolgono a un centro specializzato per una valutazione, accogliendo la sollecitazione in tal senso di una insegnante. La maestra ha osservato che il bambino sembra avere un livello di attenzione molto basso: si distrae continuamente e manifesta la sua disattenzione giocherellando con le matite, camminando nella classe e ripetendo i dialoghi dei suoi cartoon preferiti. Le domande che le insegnanti gli rivolgono ricevono spesso risposte non pertinenti; lo stesso vale per le consegne, alle quali sfugge con una certa. Non è infrequente, infatti, che non esegua i compiti, adducendo le più varie motivazioni, spesso davvero fantasiose.

Per quanto concerne la relazione con i compagni appare poco integrato, pur non essendo un bambino rifiutato. Nel gioco, spontaneo o organizzato, sembra seguire un pensiero solo suo e per questo si ritrova sovente a giocare da solo; questa condizione di isolamento sembra essere cresciuto nel corso dell'anno. Nello svolgimento delle attività didattiche, inoltre, il bambino non accetta l'aiuto dei suoi compagni per eseguire i compiti nei quali ha le difficoltà maggiori; ciò rende difficile la sua partecipazione a lavori di gruppo.

I genitori riferiscono che anche casa il comportamento di Nico è analogo a quello tenuto a scuola: rifiuta di collaborare alle attività domestiche e di fare i compiti assegnati a scuola. L'opposizione maggiore si ha nei compiti di scrittura, mentre la matematica riscuote un maggiore gradimento, anche perché il bambino si percepisce in questa materia come molto bravo. In ogni caso il momento dei compiti mette a dura prova la pazienza dei genitori, persone di livello socio economico e culturale medio-alto. Nico accetta di scrivere (poco) solo in stampato maiuscolo, commettendo numerose omissioni e non rispettando gli spazi del foglio; nel corso dell'anno scolastico la sua grafia peggiora e appare sempre meno comprensibile. Parallelamente il comportamento subisce una involuzione, con la generalizzazione della tendenza a opporsi già evidenziata; questa si esprime con pianti, urla, atti di aggressività fisica -diretta soprattutto verso la madre- quando gli si chiede di eseguire qualsiasi compito, in particolare se scolastico.

A scuola, per evitare il confronto con i compagni Nico si ritrae ulteriormente dai rapporti con loro e gioca prevalentemente da solo, con i suoi transformer o con gli animaletti di cui fa collezione.

Al termine della seconda primaria la sua opposizione è tale che uscire di casa per andare a scuola è per i genitori un'impresa. Nico infatti urla, si butta a terra o si rifiuta di uscire dall'auto, aggrappandosi disperatamente a sedili e sportelli e lamentando dolori di pancia e di testa molto forti. Occorre precisare che questa esasperazione si ha solo a scuola, oppure quando deve andare presso il centro in cui ha intanto iniziato un intervento di tipo comportamentale.

È da notare che Nico è un bambino molto stimolato sotto il profilo culturale. I genitori frequentano mostre, fanno con lui giochi di conoscenza, dedicano tempo al dialogo e si sforzano di adottare uno stile educativo coerente. Fa collezione di animali e minerali (oltre che dei diversi transformer che appassionano tutti i bambini) dei quali conosce e ricorda puntualmente le caratteristiche ed esibisce molto volentieri queste sue conoscenze. Tuttavia spesso la sua esposizione prende rapidamente una via fantastica e il bambino immette nel suo discorso elementi di fantasia non pertinenti al discorso iniziato.

Al termine della classe seconda primaria viene fatta una diagnosi di disgrafia. La relazione diagnostica evidenzia, inoltre, una sostanziale immaturità del bambino, ma soprattutto una forte impulsività e aggressività, unita a spiccata insicurezza, indecisione e ansia. Tali elementi di carattere emotivo potrebbero essere tra l'altro le determinanti causali delle difficoltà di controllo degli impulsi e delle problematiche attentive già evidenziate. Gli aspetti impulsivi sembrerebbero prevalere sulla direttività intenzionale e razionale, pure presenti considerate le buone disposizioni del bambino e il livello di QI medio-alto rispetto alla media dei coetanei.

Le insegnanti, che hanno seguito con attenzione il caso di Nico, sono disponibilissime a collaborare sia con i terapeuti che seguono il bambino sia con la famiglia e indubbiamente questa rete costituisce uno strumento di intervento di notevole valore.

## **Conclusioni**

Per concludere questo intervento con una sintesi, si può dire che l'alunno con Disturbo Specifico di Apprendimento inquadrabile nei pattern disfunzionali descritti presenta le seguenti le caratteristiche, che ne orientano l'emotività e i comportamenti:

- appare incline a scegliere o a dare vita a situazioni socialmente non accettabili nella vita di gruppo;
- mostra di non possedere competenze e abilità adeguate nel risolvere problemi sociali, soprattutto se questi sono complessi e richiedono l'esercizio di capacità quali la persuasione, la negoziazione. Sono perciò meno adattabili a situazione sociali nuove;



- la carenza di autocontrollo e la tendenza ad agire impulsivamente gli rendono difficoltoso comprendere il nesso tra il comportamento emesso e le conseguenze sociali che la loro azione può avere;
- appare ugualmente difficile, per questi bambini/ragazzi, reagire adeguatamente nelle situazioni di confronto tra pari e accettare le critiche, poiché hanno una soglia bassa di tolleranza alle frustrazioni.

In conseguenza di queste peculiarità è facile intuire come questi ragazzi incorrano con maggior frequenza dei loro coetanei nel rischio di essere rifiutati o isolati all'interno della classe. Per le loro scarse competenze socio - relazionali, più ancora che per quelle apprenditive, diventano oggetto di valutazioni negative o svalutanti (espresse in modo palese o sotteso) anche da parte dei docenti, oltre che dei pari. Il giudizio negativo non riguarda solo l'ambiente formale della scuola. Come si è detto in precedenza, la disfunzionalità investe globalmente la persona - allievo ed è perciò molto probabile che i giudizi negativi investano il bambino o il ragazzo anche nelle situazioni informali e non formali con le quali si confronta. Appare quindi particolarmente importante che gli adulti con responsabilità educative non si accontentino di spiegazioni di senso comune rassicuranti e di facile reperibilità: il bambino non è "cattivo", non è neppure necessariamente inquieto perché "geloso del fratellino appena nato"; allo stesso modo l'adolescente non è arrabbiato perché "a quest'età sono tutti così". Le competenze, le capacità, gli strumenti e le tecniche di intervento adeguate a sostenere l'apprendimento e lo sviluppo globale degli alunni con DSA saranno l'oggetto del prossimo contributo.

#### **Riferimenti bibliografici:**

Andreoli V.; Cassano G. B.; Rossi R. (a cura di), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela*, Elsevier Masson, Milano, 2007.

Andrè Miato S., *La didattica inclusiva*, Erickson, Trento, 2003.

Bandura A., *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento, 1996.

Boscolo P., *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*, UTET, Torino, 1997.

Canestrari R. – Godino A., *Trattato di psicologia*, Bologna, Clueb 2002;

Cornoldi C. (a cura di), *Disturbi e difficoltà di apprendimento*, Il Mulino, Bologna, 2007.

Cornoldi C. et al., *Iperattività e autoregolazione cognitiva. Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*, Erickson, Trento, 2001.

De Beni R. – Moé A., *Motivazione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna, 2000.

Di Nuovo S. – Magnano P., *Competenze trasversali e scelte formative*, Erickson, Trento, 2013.

- Fedeli D., *La sindrome di Pierino. Il controllo dell'iperattività*, Giunti, Firenze, 2006.
- Giangregorio A., *Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte prima: Il quadro sintomatologico*, in «QTimes Webmagazine», anno II - n° 3, 2010, pp. 42-49.
- Giangregorio A., *Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte seconda. Attenzione e strategie*, in «QTimes Webmagazine», anno II - n° 4, 2010, pp. 15-24.
- Guazzo G. M., *Psicologia dell'handicap. Il cognitivismo Human Information Processing nella pratica educativa e riabilitativa*, Ripostes, Salerno-Roma, 1996.
- Leroy N. – Bressaux P. – Sarrazin P. – Trouilloud D., *Un modèle sociocognitif des apprentissages scolaires: style motivationnel de l'enseignant, soutien perçu des élèves et processus motivationnels*, «Revue Française de Pédagogie», n. 182, Janvier-Février\_Mars 2013, pp. 71-93, École normale supérieure de Lyon, Lyon.
- Mazzocchi G. M., Molin A., Poli S., *Attenzione e metacognizione. Come migliorare la concentrazione della classe*, Trento, Erickson 2000.
- Mazzoncini B. – Musatti L., *I disturbi dello sviluppo. Bambini, genitori, insegnanti*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.
- Moro V., *L'agire educativo nella riabilitazione neuropsicologica*, FrancoAngeli, Roma, 2005.
- Stipeck D., *La motivazione nell'apprendimento scolastico*, SEI, Torino, 1996.

### **Sitografia**

- <http://www.lineeguidadsa.it>  
<http://www.airipa.it>  
<http://www.qtimes.it>