

ANALISI DELLE TRAIETTORIE DI SVILUPPO IN UN GRUPPO DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO PSICOMOTORIO PRESSO IL CENTRO DI RIABILITAZIONE "DON ORIONE" DI NAPOLI - STUDIO PILOTA

Developmental trajectories analysis in a sample of children treated with psychomotor therapy at Don Orione Center - a pilot study

G. Catone^{1,2}, A. Bofisè¹, F. De Luca¹, C. Gagliardi¹, L. Taddei¹, A. De Vito¹

¹ Centro di Riabilitazione "Don Orione", Napoli Centro; ² Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli

RIASSUNTO

La psicomotricità è una terapia che promuove lo sviluppo del bambino e l'integrazione delle sue componenti corporee, emotive, intellettive e socio-relazionali. Scopo del presente studio è valutare l'impatto della terapia psicomotoria sull'evoluzione dello sviluppo psicoaffettivo in una coorte di pazienti in età evolutiva affetti da disabilità. Il disegno dello studio è retrospettivo. I dati relativi allo sviluppo psicoaffettivo sono stati ottenuti esaminando i dati del test *Learning Accomplishment Profile* (LAP). Il LAP è un test che consente di definire il profilo complessivo di sviluppo di un bambino in sette aree: abilità grosso-motorie, fine-motorie, prescrittura, abilità cognitive, linguaggio, autonomia personale e abilità interpersonali. Le traiettorie di sviluppo dei soggetti esaminati sono state costruite in base a misurazioni ripetute effettuate con il LAP. Queste sono state effettuate al momento della presa in carico (T0) e dopo 6 (T1), 12 (T2) e solo in alcuni pazienti anche 18 mesi (T3). Il campione è costituito da 40 ss, 30 maschi (75%) e 10 femmine (25%). I punteggi ottenuti a 6, 12 e 18 mesi dopo l'inizio della terapia risultano aumentati in maniera statisticamente significativa in tutte le aree dello sviluppo esaminato. Il nostro studio conferma che la presa in carico neuropsichiatrica infantile e la terapia psicomotoria hanno un effetto nel promuovere la progressione psicoaffettiva e l'acquisizione di competenze in soggetti con disabilità. In particolare tutte le aree osservate dimostrano sostanziali miglioramenti in un periodo di osservazione longitudinale fino a 18 mesi. Le medie dei punteggi ottenuti alle varie sottoscale dopo 12 e/o 18 mesi risultano statisticamente maggiori rispetto ai punteggi ottenuti all'inizio delle terapie in tutti i gruppi osservati. Infine sono state confrontate le diagnosi dell'ASL di provenienza con le diagnosi effettuate dal Centro di Riabilitazione, ottenendo un quadro di discrepanza ed eterogeneità che conferma le difficoltà di classificazione nella patologia psichiatrica infantile.

SUMMARY

Psychomotor therapy promotes the child's development and the integration of his bodily, emotional, intellectual and socio-relational abilities. The purpose of this study is to evaluate the impact of psychomotor therapy on the child's development in a cohort of children with disability. The design of the study is retrospective. Data on psychic and affective development are obtained by examining data from the Learning Accomplishment Profile test (LAP). The LAP is a tool that allows to define the overall profile of a child's development in seven areas: gross motor skills, fine-motor, pre-writing, and cognitive skills, language, personal autonomy and interpersonal skills. The subjects' development trajectories have been built on the basis of repeated measurements carried out with the LAP. These have been made at the beginning of the treatments (T0) and after 6 (T1), 12 (T2), and in some patients even 18 months (T3). The sample is constituted by 40 ss, 30 males (75%) and 10 females (25%). The scores obtained at 6, 12 and 18 months after initiation of therapy are increased in a statistically significant way in all areas of examined development. Our study confirms that the medical examination of the child and adolescent psychiatrist and the psychomotor therapy have an effect in promoting the child's development and the acquisition of skills in people with disabilities. In particular all the observed areas demonstrate substantial improvements in a longitudinal observation period up to 18 months. The average of the scores obtained in the various subscales after 12 and/or 18 months are statistically higher than the scores obtained at the beginning of treatment in all observed groups. Finally, the original diagnoses are compared with those of the Rehabilitation Centre: discrepancy and heterogeneity are observed, which confirm the difficulty in the classification of child psychiatric diseases.

PAROLE CHIAVE

Psicomotricità - Riabilitazione - Autismo - Sviluppo - Bambino

KEY WORDS

Psychomotor Therapy - Rehabilitation - Autism - Development - Child

INTRODUZIONE

La psicomotricità è una terapia che stimola i processi evolutivi dell'infanzia, supportando il bambino nell'integrazione delle sue componenti corporee, emotive, intellettive e socio-relazionali, nella specificità del suo mettersi in gioco attraverso l'azione e l'interazione¹. L'età più indicata per la pratica psicomotoria è quella compresa tra la nascita e i 7-8 anni². Sulla base dello studio dell'evoluzione infantile in questo arco di tempo, la pratica psicomotoria, rispettando l'espressività psicomotoria del bambino, ne facilita la trasformazione esistenziale nel senso di agevolare la capacità di decentrarsi, ovvero di liberarsi dal coinvolgimento sensomotorio, emozionale e fantasmatico con lo spazio, il tempo, gli oggetti e le persone, al fine di assicurargli un incontro armonioso con il mondo della conoscenza e degli altri³. Questa metodologia, basata sull'importanza del movimento, offre al bambino la possibilità di sperimentare il suo corpo, l'aiuta ad analizzare e a simbolizzare le sue esperienze corporee, a identificare se stesso, a usare il corpo quale mezzo di relazione con il mondo degli oggetti e degli altri, a far riferimento al proprio corpo nell'organizzazione dello spazio e del tempo. L'acquisizione di queste capacità apre al bambino la strada dell'attività intellettuale e dell'elaborazione delle operazioni mentali⁴. La pratica psicomotoria, originariamente prodotto della cultura francese degli anni Sessanta, si è diffusa come disciplina negli ultimi decenni anche in America e in Europa. Negli anni Settanta i contributi della psicoanalisi e del movimento di "espressione corporea", della neuropsichiatria infantile e della psicologia, hanno permesso di definire le *nozioni fondamentali di psicomotricità*, quali: *sviluppo psicomotorio, schema corporeo, dialogo tonico, intelligenza sensomotoria ecc.*, costituendo la spinta fondamentale alla sua affermazione soprattutto come pratica psicomotoria in ambito rieducativo⁵. Nel periodo tra il secondo dopoguerra e i primi anni '70 un notevolissimo impulso alle pratiche psicomotorie venne dato da un grande neuropsichiatra, Julien De Ajuriaguerra, e in seguito psicomotricisti come Lapiere o Aucouturier e successivamente Vayer hanno cercato di differenziare l'impianto teorico, metodologico e le modalità dell'intervento terapeutico.

L'esperienza di "vissuto corporeo", di *maternage*, di esplorazione tattile e visiva del corpo, di espressione corporea, è stata ampiamente utilizzata da due modelli di formazione in psicomotricità degli anni Ottanta, costituiti dalla *psicomotricità relazionale* di Lapiere⁶ e dalla *pratica psicomotoria* di Aucouturier⁷. La pratica psicomotoria è una disciplina con fondamenti teorici propri che, nel rispetto dell'unità psicosomatica del soggetto, *agisce*: 1) modificando l'ambiente, cioè lo spazio e il materiale utilizzato dal bambino durante la seduta; 2) permettendo al soggetto di far evolvere in tale ambiente le sue stesse produzioni, ovvero i suoi investimenti dello spazio e del materiale⁸. Secondo Aucouturier, in particolare, la terapia psicomotoria si orienta verso due obiettivi fondamentali, imprescindibili l'uno dall'altro: *instaurare o restaurare la comunicazione e l'identità del bambino*⁹. La terapia psicomotoria ha un suo aspetto di rapporto privilegiato terapeuta-bambino, che richiede requisiti di reciproca fiducia, ascolto e comunicazione: per l'insieme di tali motivi non si può fare ovunque né tantomeno a scuola, e le indicazioni devono essere stabilite volta per volta, valutando ogni singolo caso. Intervenire con la terapia psicomotoria significa dare al bambino la possibilità, secondo la sua patologia, di fare esperienze nuove, di elaborarle e usarle come strumento comunicativo, di raggiungere il massimo dell'autonomia in base ai suoi mezzi, di affermare la propria personalità e identità¹⁰. La terapia psicomotoria abbraccia quei *disturbi cosiddetti psicomotori* che si manifestano "corporeamente", pur non facendo necessariamente riferimento a lesioni motorie o neurologiche; disturbi che si distinguono, in particolare, attraverso le funzioni toniche, motorie ed emozionali, mettendo in luce difficoltà di controllo e di utilizzazione delle funzioni psicomotorie nella relazione e nell'apprendimento¹¹. In Tabella I sono sintetizzate le principali indicazioni della terapia psicomotoria.

SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare l'impatto della terapia psicomotoria sull'evoluzione dello sviluppo in una coorte di pazienti in età evolutiva affetti da disabilità. L'obiettivo secondario

TAB. I. Principali indicazioni della terapia psicomotoria.

Disturbi psicomotori	Neurolesioni	Ritardo mentale	Disturbi del comportamento	Disturbi dello spettro autistico
Instabilità psicomotoria, disturbi prassici, dislessia, disgrafia. La terapia psicomotoria, in tal caso, è finalizzata a ridare al soggetto la fiducia e tranquillità necessarie a una maggiore armonia del movimento e a un miglioramento sul piano affettivo, che erano andate perse a causa delle perturbazioni del movimento nel suo aspetto relazionale, con conseguente difficoltà di adattamento.	La motricità coinvolge sia soma che psiche e, quindi, i disturbi psicomotori sono espressione della disorganizzazione psicomotoria; in questo caso la terapia psicomotoria è indicata proprio in quanto contribuisce all'integrazione tra parte efficiente e parte inefficiente del corpo, apporta stimoli percettivi, sviluppa l'attenzione, aiuta a controllare l'emotività e a sviluppare la capacità di socializzazione	La terapia psicomotoria da una parte favorisce l'evoluzione cognitiva del bambino attraverso particolari situazioni, dall'altra migliora il controllo emozionale, avvantaggiando così il comportamento e la socializzazione. È evidente la sua importanza in soggetti caratterizzati da disturbi consistenti in stati depressivi, di apatia, di tipo nevrotico, psicotico (che si manifestano con comportamenti aggressivi o auto-aggressivi), dovuti alla scarsa capacità di controllo emozionale e spesso all'influenza dell'ambiente di provenienza	La terapia, attraverso particolari situazioni, stimolando le funzioni senso-motorie, mira a far ritrovare al soggetto la percezione unitaria del corpo (persa a causa dell'impossibilità di decifrare e interpretare gli stimoli) e a permettergli un'espressione simbolica.	La caratteristica fondamentale dell'intervento consiste nella non separazione dei settori evolutivi in competenze specifiche (motorie, cognitive ed emotivo-affettive), ma in una modalità d'approccio che imposta il lavoro sulla globalità dell'individuo nel rispetto della sua storia, delle sue potenzialità nella relazione con l'ambiente familiare e sociale. Le dinamiche terapeutiche verranno vissute in uno spazio e in un tempo agito dal paziente e dal terapeuta per favorire la massima pregnanza di ogni attività esperita. Il bambino autistico riesce, con l'aiuto della terapia psicomotoria, a prestare un'attenzione più adeguata e condivisa agli stimoli propriocettivi e ambientali, a percepirli in forma più appropriata e a rispondere a essi in modo opportuno, coordinato e più preciso e questo permette di superare a poco a poco il proprio isolamento.

dello studio è stato quello di valutare quali aree dello sviluppo psicoaffettivo beneficiassero maggiormente dell'intervento riabilitativo e soprattutto si è cercato di individuare una finestra temporale nella quale l'evoluzione migliorativa fosse massimale.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su un campione di bambini affetti da disabilità che effettuano terapia riabilitativa presso il Centro Don Orione-piccolo Cottolengo (via Donnalbina 14, Napoli). Il Centro di Riabilitazione è una filiale della Provincia Religiosa Santi Apostoli

Pietro e Paolo, Ente ecclesiastico, con personalità giuridica agli effetti civili dello Stato italiano, e si trova nel centro storico della città di Napoli. Il Centro opera nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro, occupandosi di Riabilitazione accreditata con il SSN per l'erogazione di prestazioni sanitarie dirette alla riabilitazione fisica, psichica e sensoriale dei soggetti portatori di disabilità, secondo le vigenti norme di legge. Vengono quindi abilitate, riabilitate ed educate nella forma ambulatoriale, semiresidenziale e domiciliare persone con disabilità neuro-psico-motorie. Il disegno dello studio è retrospettivo. La raccolta dei dati è stata effettuata esaminando le cartelle cliniche

dei soggetti inclusi nello studio. Sono state ottenute informazioni socio-demografiche, cliniche e riabilitative necessarie alla descrizione del campione. I dati relativi allo sviluppo psicoaffettivo sono stati ottenuti esaminando i dati del test *Learning Accomplishment Profile* (LAP). Il LAP è un test che consente di definire il profilo complessivo di sviluppo di un bambino in sette aree: abilità grosso-motorie, fini-motorie, prescrittura, abilità cognitive, linguaggio, autonomia personale e abilità interpersonali. Il LAP contiene complessivamente 400 *item* o "campioni di comportamento"; il test è somministrato dalla/o psicomotricista attraverso la metodica dell'osservazione strutturata in stanza di psicomotricità. Per ogni sottoscala, l'*item* è considerato positivo se la/o psicomotricista osserva la presenza di quel comportamento come specificato dai "criteri di valutazione", l'*item* è considerato negativo se il bambino non dimostra quell'abilità. Il protocollo completo fornisce un indice chiamato "Età di sviluppo basale" (che consiste nell'età corrispondente a 8 *item* consecutivi superati positivamente, in questo caso si assume che anche gli *item* precedenti siano superati), e un indice chiamato "Età di sviluppo massima", il quale delinea il livello massimo raggiunto da quel bambino (la valutazione continua fino a quando il bambino accumula 3 *item* negativi). Il test è somministrato alla presa in carico e successivamente ogni 6 mesi e permette di ottenere una diagnosi di sviluppo e funzionale utile alla compilazione e stesura di progetti terapeutici con obiettivi individuali appropriati¹². I criteri di esclusione dello studio sono stati: età inferiore ai 2 anni o superiore ai 7 anni, inizio della psicomotricità prima del 2010 (infatti il test LAP è stato introdotto di *routine* dal centro Don Orione dall'anno 1998, tuttavia solamente dopo il 2010 il test è stato effettuato in maniera sistematica come strumento di verifica in base ai protocolli di valutazione dei progetti terapeutici). I dati sono stati analizzati mediante il software di elaborazione statistica SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versione 20. Analisi di frequenza, percentuali, medie e deviazioni *standard* sono stati utilizzati per descrivere il campione. Il modello lineare generalizzato (*Generalized Linear Model* – GLM) ad analisi ripetute è stato utilizzato per valutare l'evoluzione dello sviluppo psicoaffettivo attraverso l'analisi dei punteggi delle singole sottosca-

le per ogni sottogruppo. Il GLM ad analisi ripetute consente di eseguire un'analisi della varianza quando su ciascun soggetto viene eseguita più volte la stessa misura. È stato specificato un fattore tra soggetti che ha permesso la suddivisione del nostro campione in gruppi. Il fattore è l'età alla prima somministrazione del LAP, il quale ha permesso di individuare 5 gruppi: (1) bambini di età compresa tra i 2 e 3 anni; (2) 3-4 anni; (3) 4-5 anni; (4) 5-6 anni e (5) 6-7 anni. Non sono stati specificati fattori entro soggetti ed effetti e interazioni di co-variate, non sono stati eseguiti test *post-hoc*.

RISULTATI

Il campione è costituito da 40 ss, 30 maschi (75%) e 10 femmine (25%), l'età media al momento della raccolta dei dati dei pazienti è di 84,4 mesi (DS 30,5). Tutti i pazienti hanno praticato la terapia psicomotoria, 33 ss (82,5%) con una frequenza 2/7 e 7 ss (17,5%) con una frequenza 3/7. 32 ss (80%) praticavano anche la logopedia, 29 ss (72,5%) con una frequenza 2/7, 2 ss (5%) con una frequenza 3/7 e 1 ss (2,5%) con una frequenza 1/7. 10 ss praticavano anche un'altra terapia, 7 ss (17,5%) psicoterapia, 2 ss (5%) fisiokinesiterapia e 1 ss (2,5%) terapia occupazionale. La gravidanza è stata normocondotta per 28 ss (70%) e con difficoltà per 12 ss (30%). 7 ss (17,5%) hanno presentato problemi neonatali, 3 ss (7,5%) presentavano malformazioni neonatali. All'anamnesi, le tappe dello sviluppo motorio erano in ritardo per 11 ss (27,5%), mentre il ritardo del linguaggio era presente per 34 ss (85%). In Tabella II sono messe a confronto le diagnosi di invio dell'ASL e quelle effettuate dal centro di riabilitazione con i sistemi di classificazione ICD-9 e ICD-10 e il codice della menomazione. A seguire sono poi esposti i grafici (Figg. 1-5) delle traiettorie di sviluppo per ogni *item* del LAP e per ogni sottogruppo. I grafici riportano le medie dei punteggi per ogni rispettivo *sub-item* nei vari momenti nei quali è stata ripetuta l'analisi dopo il tempo 0 (T0), per i gruppi 1,2 e 4 sono state disponibili 3 misurazioni ripetute dopo il T0 (T1: 6 mesi, T2: 12 mesi e T3: 18 mesi) per i gruppi 3 e 5 sono state disponibili 2 misurazioni ripetute dopo il T0 (T1 e T2: 6 e 12

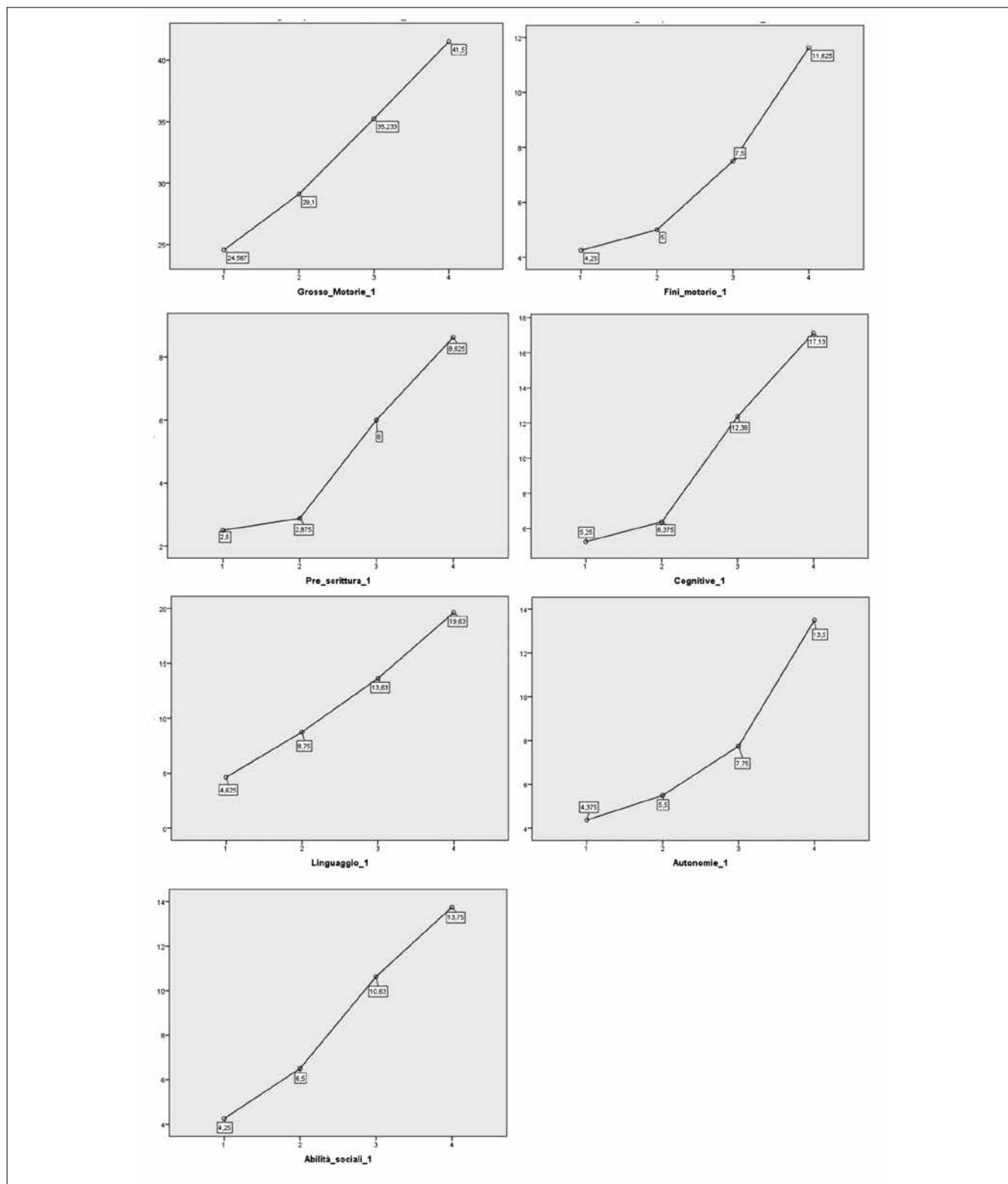


Fig. 1. Gruppo 1 (2-3 anni; 8 pazienti-20%); 4 misurazioni ripetute (0-6 mesi-12 mesi-18 mesi).

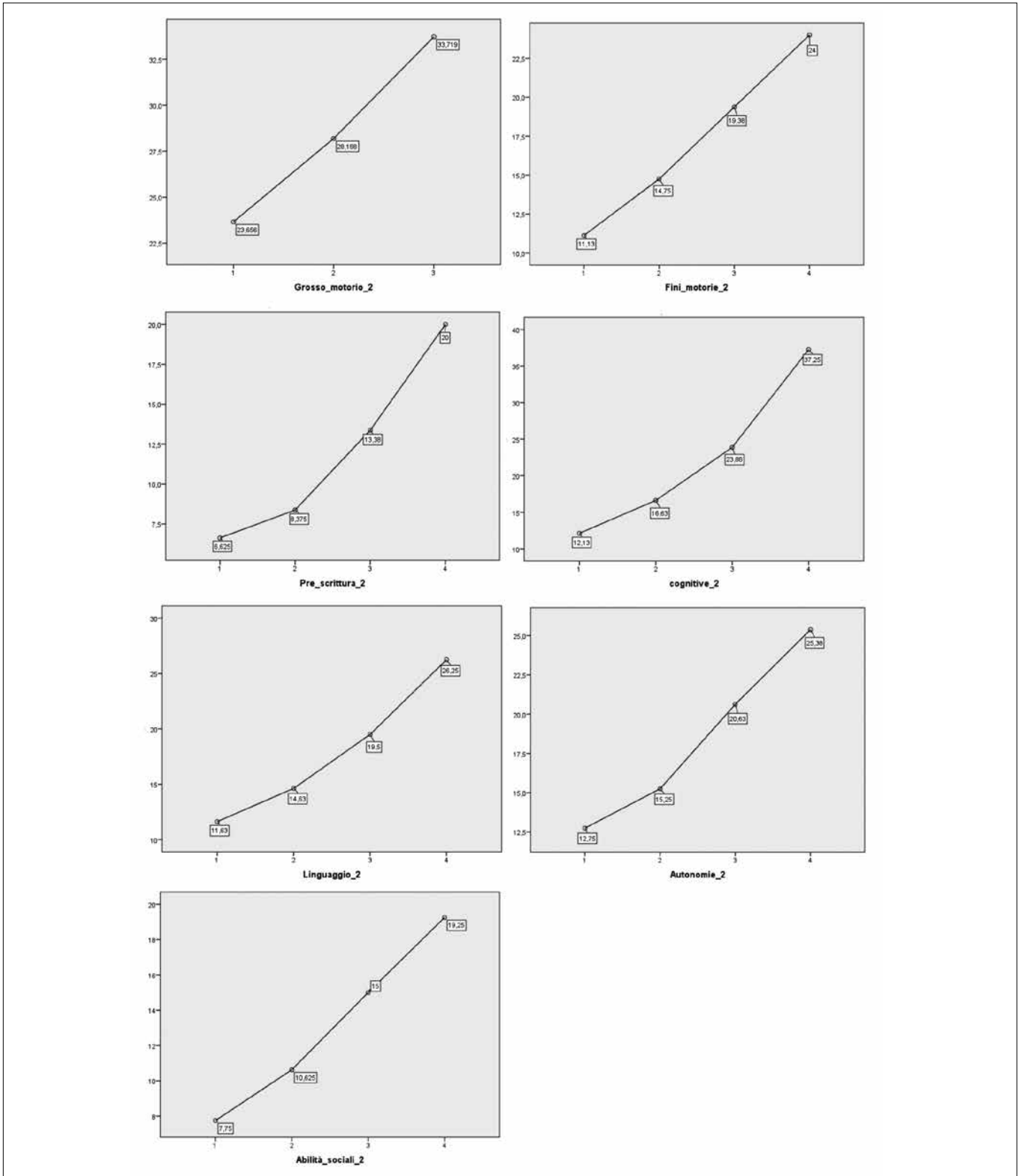


Fig. 2. Gruppo 2 (3-4 anni; 8 pazienti-20%); 4 misurazioni ripetute (0-6 mesi-12 mesi).

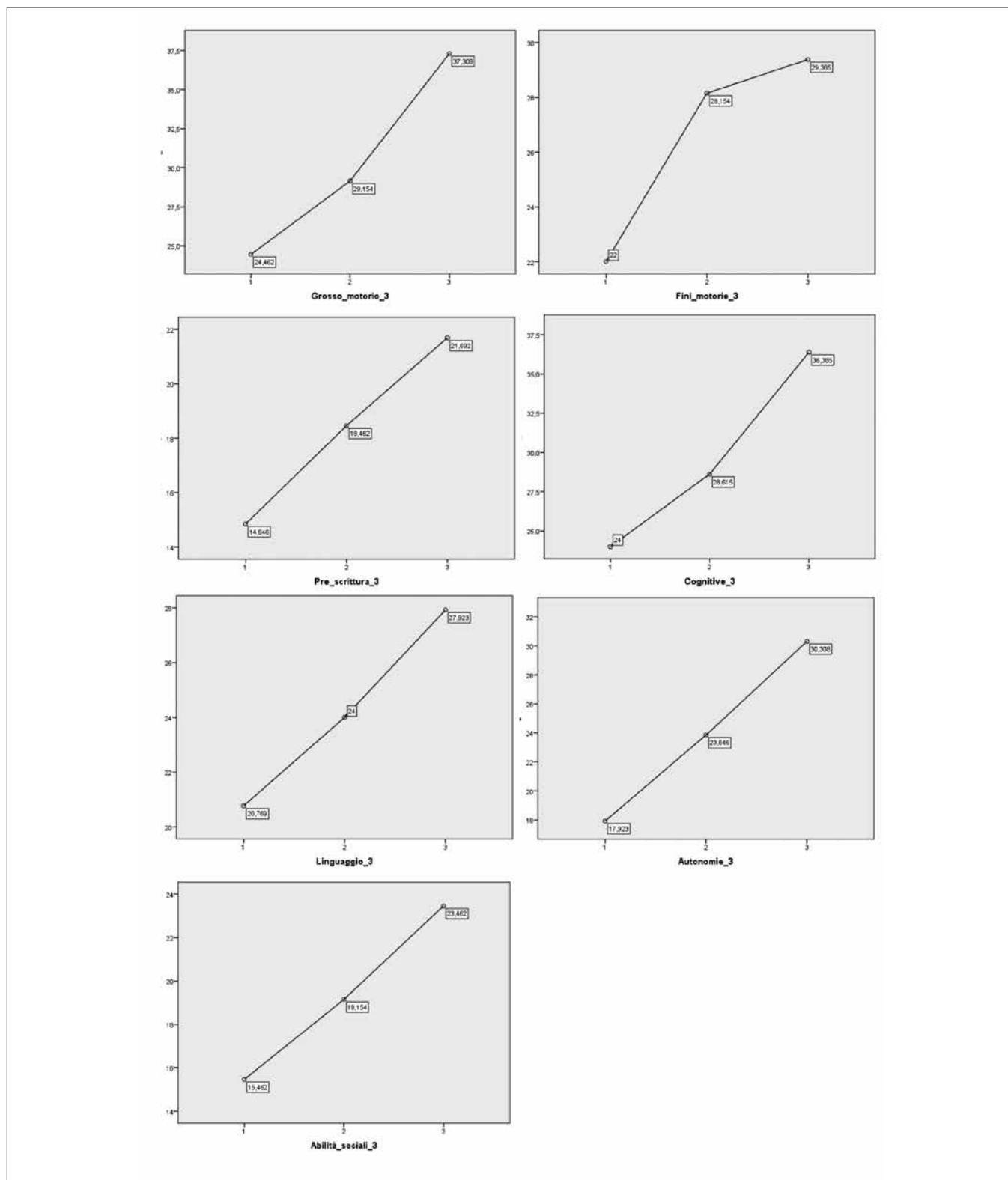


Fig. 3. Gruppo 3 (4-5 anni; 13 pazienti-32,5%); 3 misurazioni ripetute (0-6 mesi-12 mesi).

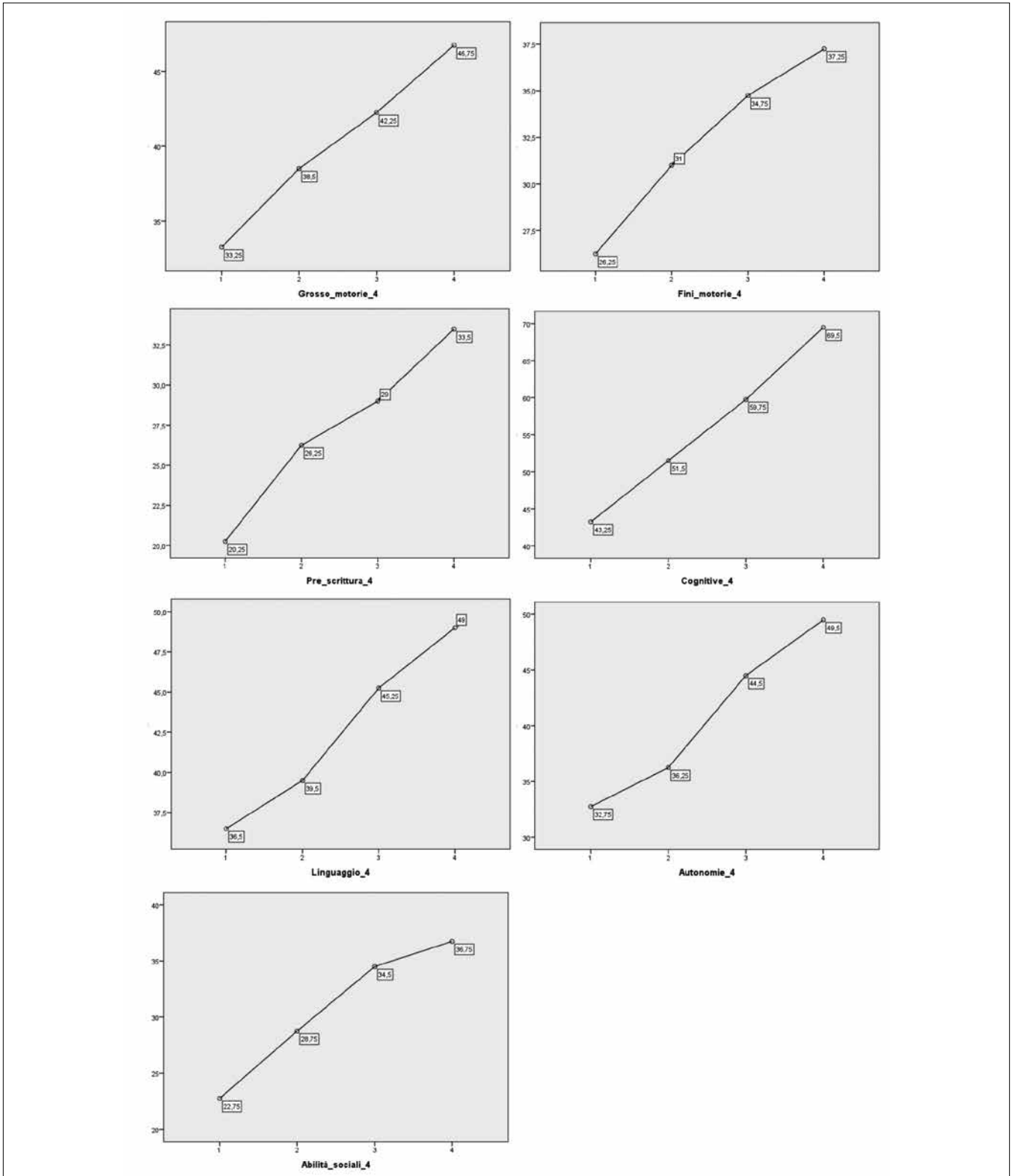


Fig. 4. Gruppo 4 (5-6 anni; 4 pazienti-10%); 4 misurazioni ripetute (0-6 mesi-12 mesi-18 mesi).

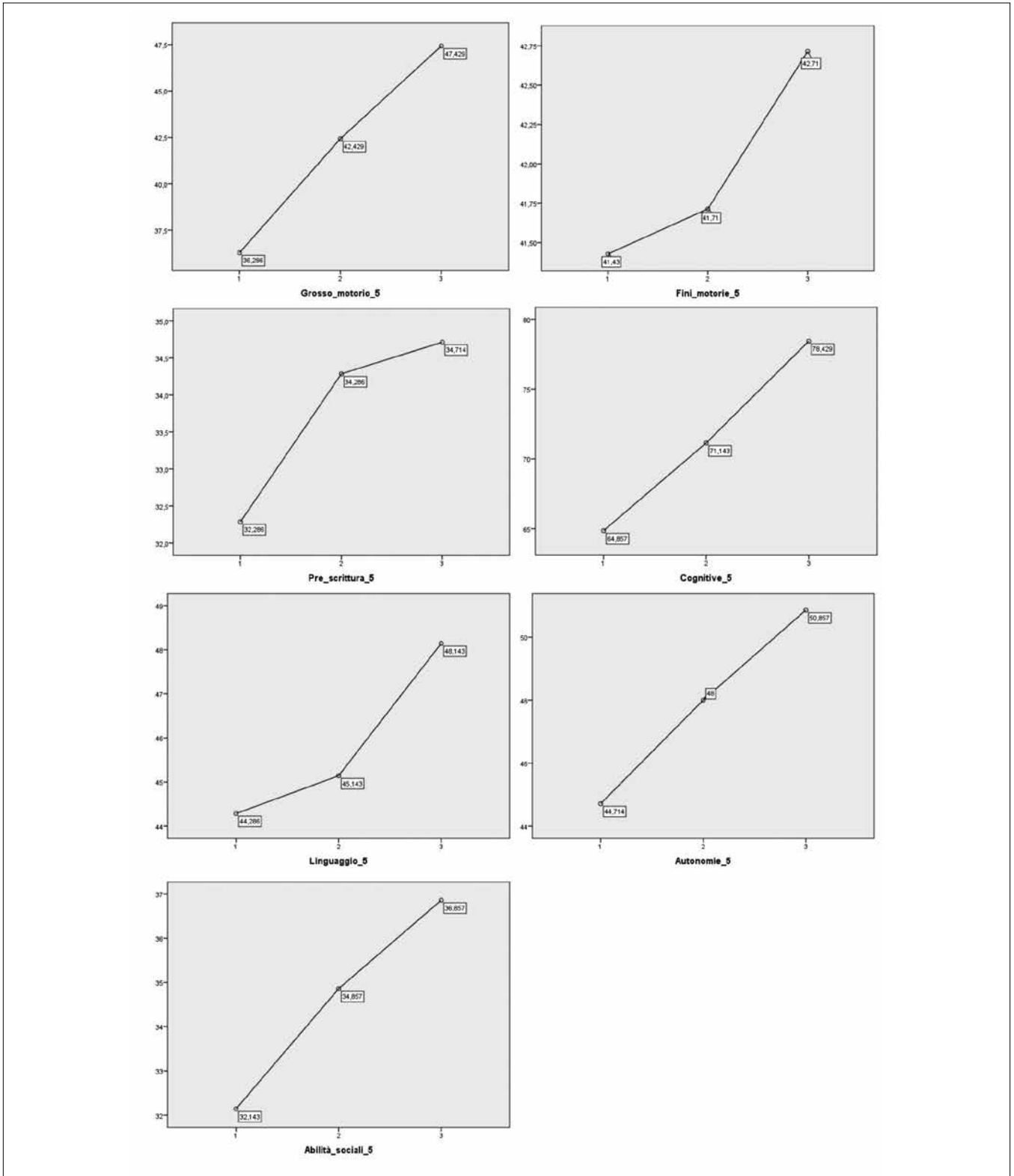


Fig. 5. Gruppo 5 (6-7 anni; 7 pazienti-17,5%); 3 misurazioni ripetute (0-6 mesi-12 mesi).

mesi), per un totale di 3 misurazioni. Tutte le differenze tra le medie tra le varie misurazioni (T0, T1, T2, T3) per ogni *sub-item* e ogni gruppo risultano statisticamente significative ($p < 0,001$).

DISCUSSIONE

Il presente lavoro dimostra, attraverso un'elaborazione affidabile di dati provenienti da un test standardizzato, che la presa in carico neuropsichiatrica infantile e la terapia psicomotoria hanno un effetto nel promuovere la progressione psicoaffettiva e l'acquisizione di competenze in soggetti con disabilità. In particolare tutte le aree osservate (grosso-motoria, fine-motoria, pre-scrittura, cognitiva, autonomie e abilità sociali) dimostrano sostanziali miglioramenti in un periodo di osservazione longitudinale fino a 18 mesi. Le medie dei punteggi ottenuti alle varie sottoscale dopo 12 e/o 18 mesi risultano statisticamente maggiori rispetto ai punteggi ottenuti all'inizio delle terapie in tutti i gruppi osservati. I dati presentati confermano l'utilità del trattamento psicomotorio in bambini affetti da disabilità. I nostri risultati confermano i dati di altri lavori nazionali, in particolare l'efficacia della terapia psicomotoria è stata valutata in soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico^{13 14}. A questo punto risulta importante sottolineare un limite dello studio. L'assenza di un gruppo di controllo nel disegno dello studio e/o la possibilità di confrontare i nostri dati relativi all'incremento dei punteggi con dei dati di riferimento normativi ci impedisce di districare l'effetto derivato dalle terapie e l'effetto legato alla normale e attesa progressione psicomotoria del bambino. Infatti un'evoluzione di sviluppo e competenze nel bambino è comunque attesa anche se egli è affetto da disabilità. Noi crediamo che i risultati ottenuti testimonino l'effettivo contributo che la psicomotricità garantisce alla crescita psicomotoria e affettiva del bambino, ma sono necessari ulteriori studi che includano un gruppo o più gruppi di controllo (assenza di terapie/altre terapie/popolazione normale) per confermare tali affermazioni in maniera empirica. Restando su un piano speculativo, l'osservazione dei grafici mette in risalto che i miglioramenti in tutte le aree dello sviluppo si osservano già nei primi mesi, ma è soprattutto dopo

un periodo maggiore di intervento (12/18 mesi) che si osservano i risultati maggiori. Tale dato conferma la necessità di interventi intensivi ma soprattutto duraturi. Inoltre tutti i sottogruppi tendono al miglioramento ma sono soprattutto i primi due gruppi a mostrare i benefici maggiori derivanti dal trattamento psicomotorio, questo a dimostrare l'importanza di un intervento instaurato precocemente, nella prima infanzia. Infine si vuole sottolineare il dato interessante della discrepanza tra diagnosi descrittiva effettuata dall'ASL di riferimento e diagnosi nosografica effettuata dal nostro centro di riabilitazione secondo i criteri ICD 9 e 10 e codice della menomazione. Dai risultati emerge che le diagnosi provenienti dall'ASL erano piuttosto eterogenee mentre applicando le diagnosi codificate dagli strumenti di valutazione il quadro diveniva più omogeneo. Le diagnosi maggiormente rappresentate sono state "disturbo misto dello sviluppo" "disturbo del linguaggio" e "ritardo nella crescita" per l'ICD-9; e "disturbo evolutivo specifico misto", "disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio" e "disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza" per l'ICD-10. I codici di menomazione più frequente sono stati: "disturbi dello sviluppo psicomotorio e relazionale" e "disturbi evolutivi della comunicazione". Secondo il nostro gruppo di ricerca questo dato di discrepanza sottolinea le difficoltà con le quali le/i neuropsichiatri infantili si confrontano ogni giorno e che riguardano la mancanza di tempo, strutture, materiali e personale per l'organizzazione di lavoro in *equipe*, con la conseguente necessità di effettuare una diagnosi descrittiva del paziente molto spesso in assenza di possibilità di programmare un approfondimento psicodiagnostico indispensabile alla diagnosi categoriale e strutturale del paziente. Infine un altro limite dello studio è legato alla natura retrospettiva dell'osservazione e alla conseguente impossibilità di costruire un disegno di studio per gruppi di diagnosi omogenei.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro dimostra l'efficacia della psicomotricità in un contesto di terapia riabilitativa. Tutti i pazienti infatti che hanno iniziato un trattamento psi-

TAB. II. Diagnosi a confronto tra ASL inviante e sistemi di classificazione (ICD-9, ICD-10 e cod. menomazione) utilizzati dal centro di riabilitazione.

Diagnosi ASL 40 ss		Diagnosi ICD-9 39 ss		Diagnosi ICD-10 40 ss		Cod. menomazione 40 ss	
Descrizione	N (%)	Descrizione	N (%)	Descrizione	N (%)	Descrizione	N (%)
Ritardo dello sviluppo psicomotorio	5 (12,5)	3155	15 (37,5%)	F83	20 (50%)	MEE07	18 (45%)
Ritardo del linguaggio	4 (10%)	3153	8 (20%)	F80	8 (20%)	MEE08	12 (30%)
Ritardo psicomotorio	2 (5%)	78342	4 (10%)	F94	3 (7,5%)	MEE11	3 (7,5%)
Ritardo dello sviluppo psicomotorio con particolare compromissione del linguaggio	3 (5%)	3124	2 (5%)	R62	3 (7,5%)	MEE13	2 (5%)
Altri	26 (65%)	3140	2 (5%)			MEE15	2(5%)
		Altri	9 (23%)	Altri	6 (15%)	Altri	5(12,5%)

comotorio hanno sperimentato una crescita e maturazione psicoaffettiva con acquisizione di competenze. Ulteriori studi che prevedano il confronto con un grup-

po di controllo o con gruppi che ricevono differenti terapie sono comunque necessari per confermare tali studi.

Bibliografia

- Coste JC. *La psicomotricità*. Firenze: La Nuova Italia 1981.
- Albanese A, Pavan B. *Quale psicomotricità*. Livorno: Edizione del Cerro 1987.
- Pisaturo C. *Appunti di psicomotricità: la pratica psicomotoria nella clinica neuropsichiatrica dell'età evolutiva*. Padova: Piccin 1996.
- Camerini GB, De Panfilis C. *Psicomotricità dello sviluppo*. Roma: Carocci 2003.
- Carli L, Quadrio A. *Clinica della psicomotricità*. Milano: Feltrinelli 1981.
- Lapierre A, Aucouturier B. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*. Roma: Armando Editore 1985.
- Aucouturier B, Darrault I, Empinet JL. *La pratica psicomotoria. Rieducazione e terapia*. Roma: Armando Editore 1984.
- Aucouturier B. *Il metodo Aucouturier. Fantasmia d'azione e pratica psicomotoria*. Milano: Franco Angeli 2005.
- Aucouturier B, Lapierre A. *Psicomotricità e terapia*. Padova: Piccin 1982.
- Zanibelli G. *Elementi fondamentali di psicomotricità*. Padova: Piccin 1978.
- Rosano M. *La psicomotricità nell'età evolutiva. Semeiotica per l'intervento riabilitativo*. Padova: Piccin 1992.
- Sanford AR, Zelman JG. *LAP Learnig Accomplishment Profile*. Trento: Erickson 1994.
- Gison G, Bonifacio A, Minghelli E. *Autismo e psicomotricità: Strumenti e prove di efficacia nell'intervento neuro e psicomotorio precoce*. Trento: Erickson 2012.
- Broggi F, Bonifacio A, Gison G. *L'intervento neuropsicomotorio nel trattamento precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico: strumenti di valutazione e prove di efficacia*. 4° convegno internazionale Autismi. Centro studi Erickson 2014.

CORRISPONDENZA

Gennaro Catone, Don Orione Piccolo Cottolengo, via Donnalbina 14, 80134 Napoli - E-mail: catog@libero.it