

La parola non nasce in bocca

La tecnologia sta facendo enormi progressi in tutti i settori e quindi è giusto e normale che eminenti chirurghi, audiologi, otorinolaringoiatri, foniatristi, logopedisti, informatici e ingegneri (e, purtroppo, neanche un linguista) sui mass media, sulla stampa specializzata e nei congressi illustrino le enormi potenzialità e i meravigliosi risultati ottenuti con le protesi acustiche e gli impianti cocleari.

Strumenti davvero straordinari dal punto di vista tecnologico, ma, a nostro avviso, non si tiene sufficientemente presente che, agli effetti dell'apprendimento della lingua, le potenzialità della protesi acustica e, soprattutto dell'impianto cocleare, valutate e sperimentate in laboratorio possono non essere le stesse di quelle in situ e, inoltre, i risultati possono essere adeguati ai fini della ripetizione di parole, ma scarsi agli effetti dell'apprendimento della lingua. E' certo, ed è un risultato assolutamente incredibile, che con l'impianto cocleare c'è la possibilità per il sordo profondo di riuscire a ripetere, dopo intensi esercizi, parole in lista chiusa e/o aperta senza l'aiuto della lettura labiale, ma ciò non ha nulla a che vedere con l'apprendimento della lingua. Si ha, insomma, la netta sensazione che fra tutta quella tecnologia e fra tutta quella metodologia si sia perso... il bambino, l'uomo e presi da delirio di onnipotenza, si pensi di poter trascurare le fasi dello sviluppo ontogenetico e filogenetico della lingua e di avere strumenti e metodiche per fare udire e parlare i sordi profondi.

Molti specialisti, specialmente all'inizio della loro attività, non si sentono tali se non utilizzano un metodo o degli strumenti speciali e, fuorviati da una preparazione praticamente solo teorica, sono convinti che la lingua possa essere insegnata.

Successivamente, costretti dall'esperienza, debbono prendere atto di ciò che ognuno di noi può verificare oltre che leggendo qualche libro di linguistica, anche e semplicemente osservando il proprio figlio, cioè che la lingua non si insegna ma si impara. Questo non vuole assolutamente dire che non si debbano utilizzare delle metodiche speciali, ma solo se, come nel caso del sordo profondo prima dell'avvento delle protesi acustiche, non è possibile attuare delle strategie percettive e cognitive per mettere in condizione il bambino di apprendere *naturalmente* la lingua. E' proprio in base a queste considerazioni che da oltre 20-25 anni il nostro approccio abilitativo si fonda su una diversa valutazione delle possibilità e quindi su un diverso *sfruttamento* delle protesi acustiche nell'abilitazione dei sordi profondi prelinguali, cioè di coloro che noi consideriamo essere gli unici sordi *veri*, in quanto, a differenza dei sordi gravi, nemmeno con le protesi più potenti e sofisticate hanno la possibilità di udire e di discriminare i fonemi. Noi riteniamo che gli attuali protocolli, sia quello basato sull'utilizzazione della protesi, (diagnosi precoce, protesizzazione, allenamento acustico, articolazione, lettura labiale, insegnamento di parole e frasi stereotipate, utilizzo precoce della lettura e della scrittura), sia quello basato sull'utilizzo dell'impianto cocleare (detezione, discriminazione prosodica, identificazione, riconoscimento, comprensione) non siano molto diversi perché rispondono alla stessa logica, quella di pensare che la parola intesa come traduzione di un concetto e non di una immagine, possa essere insegnata, possa... *nascere in bocca*. La lingua non si insegna, ma si impara. Con l'allenamento acustico e con l'insegnamento della lettura labiale e dell'articolazione il sordo profondo potrà apprendere e utilizzare funzionalmente parole e frasi stereotipate, ma non raggiungerà mai una competenza linguistica adeguata.

Noi siamo convinti che i sordi profondi prelinguali con un appropriato e precocissimo uso di potenti protesi acustiche analogiche possano imparare *naturalmente* la lingua orale. Ciò è confermato da tanti giovani e meno giovani sordi profondi prelinguali.

Questo è, a nostro modesto avviso, il punto sul quale dovremmo concentrare l'attenzione ed eventualmente procedere ad una attenta verifica, poiché se quanto affermato corrisponde a verità dovremmo sicuramente mettere in discussione antiche e nuove certezze in merito al ruolo dell'udito unitamente ai più o meno recenti modelli relativi all'apprendimento della lingua, della lettura e della scrittura e, conseguentemente, agli attuali protocolli di riabilitazione del sordo profondo e non solo.

Ma come è possibile che il bambino sordo profondo possa imparare *naturalmente* la lingua se per definizione con le protesi non ha alcuna possibilità di udire? E, d'altra parte, perché è possibile solo con le protesi e solo se vengono applicate precocemente?

I sordi profondi nemmeno con le protesi più potenti e sofisticate possono udire, ma tutti, se protesizzati precocemente, possono *sentire* e perciò alla base del nostro approccio abilitativo c'è l'uso corretto dell'amplificatore acustico che consente anche al bambino sordo profondo prelinguale di *sentire* e di *sentirsi* e quindi di utilizzare, sia per la comprensione che per l'espressione, la voce che nei bambini piccolissimi non è (e non sarà mai nemmeno negli adulti), solo e semplicemente il *rivestimento* della lingua, ma parte significativa della stessa.

La maturazione della funzione uditiva avviene in due fasi. La prima corrisponde al riconoscimento di una unità in quanto oggetto con tutte le sue connotazioni compresa, necessariamente, anche quella sonora; la seconda consiste nell'uso del *suono* come rappresentazione dell'oggetto. I primi suoni vocalici e consonantici sono già rappresentativi di una realtà. La maturazione della funzione uditiva, quindi, non è legata solo alla ricezione del significante, ma anche alla comprensione del significato del segnale acustico. Il bambino sordo profondo, come tutti i bambini, comincerà a analizzare, classificare, generalizzare, ordinare, sintetizzare, confrontare e, soprattutto, ad *accorparsi* in modo diverso, ma logicamente, le

informazioni iniziando *a far finta che*, a giocare, a inventare, a creare *realtà inesistenti* ed a rappresentarle inizialmente con onomatopée o con *voci-parole-frasi* rese significative soprattutto dall'uso degli elementi sovrasegmentali.

Il bambino sordo profondo, come tutti i bambini, prima deve formarsi il concetto che non può prescindere dalla presenza di tutte le connotazioni (*cum capio*) e, quindi, anche di quella sonora, poi imparerà la *voce-parola-frase* per indicarlo perché *la parola* senza la conoscenza del concetto che la rappresenta è *vuota* e può indicare solo un oggetto *reale* che non consente il dialogo.

Tali *voci-parole-frasi* dovranno essere immediatamente interpretate, rinforzate, ripetute specularmente per farle diventare strumento di conversazione sempre più ricco e adeguato non solo con l'utilizzo di nuove inflessioni modulate, cambi di intensità, frequenza, durata e sequenza, ma anche di vocali e di fonemi che per le loro caratteristiche (altezza, lunghezza, sonorità, discontinuità, silenzio) possono essere più o meno *sentiti e/o visti e/o uditi* a seconda che la sordità profonda sia di primo, di secondo o di terzo grado.

Gli elementi *sentiti e/o visti e/o uditi* sono di fondamentale importanza non solo per l'articolazione, ma anche per la comprensione tanto che ci sono sordi profondi prelinguali di primo grado e addirittura di secondo grado che riescono a conversare al telefono perché comprendono anche senza discriminare e ciò è dimostrato dal fatto che non riescono assolutamente a ripetere e a comprendere al telefono o a bocca schermata non solo non-parole o frasi *matte*, ma neanche parole *vere* se non contestualizzate. "L' emissione vocale, come sostiene Lafon, precede l'audizione, si vocalizza prima di udire". Il bambino sordo profondo non ha problemi di comunicazione, non ha nessun problema di linguaggio, nemmeno di linguaggio vocale se protesizzato precocemente, ma solo problemi di lingua.

L'intervento protesico e abilitativo precoce consente al bambino sordo profondo di non diventare muto, di utilizzare e di monitorare naturalmente il linguaggio vocale che gli permette di soddisfare le sue esigenze comunicative, di percepire le protesi come una parte di se stesso e quindi di utilizzarle in modo automatico, inconsapevole e nei tempi in cui c'è la possibilità che i benefici delle stesse siano integrati oltre che con le capacità neurologiche e cognitive, anche con le necessità emotive, affettive e relazionali. L'apprendimento della lingua sia per quanto riguarda il significante che il significato è il risultato di un'esperienza individuale molto complessa di interazione sensoriale, motoria, spaziale e temporale del bambino con se stesso, con gli altri e con gli oggetti che non si esaurisce e che può prescindere dall'atto dell'udire. Progressivamente il bambino sente, ascolta, percepisce, identifica, riconosce, concepisce, comunica vocalmente, ode e, successivamente, usa la parola.

Il bambino sordo profondo, come tutti i bambini, non è assolutamente interessato ad udire analiticamente, ma sente e percepisce globalmente e mediante l'apporto di tutti i sensi forma il concetto cioè la rappresentazione mentale dell'oggetto che inizialmente esprime con il linguaggio vocale che progressivamente diventerà parola. Il bambino per imparare a parlare deve pensare per concetti non per immagini e la formazione del concetto non può assolutamente prescindere dalla inderogabile necessità di sentire. L'interazione della vocalità, del gesto e del movimento gioca un ruolo fondamentale nell'apprendimento della lingua e dell'articolazione. Solo ed esclusivamente utilizzando il residuo uditivo il bambino sordo profondo può non solo comprendere la *voce-parola-frase*, ma avendo la possibilità di vedere, e soprattutto di sentire e di sentirsi, può apprendere spontaneamente molte caratteristiche delle vocali e delle consonanti ed è in grado di stabilire una relazione fra le emissioni sonore e i movimenti articolatori che le hanno dato origine.

Il bambino sordo profondo non sarà mai in grado di apprendere e di controllare solo uditivamente l'emissione sonora articolata, ma sarà sicuramente in grado di controllare e di memorizzare le caratteristiche sovrasegmentali e i movimenti che consentono quella determinata produzione sonora.

In sintesi noi riteniamo che si debba sempre e comunque partire dalla comprensione che non avviene e non può avvenire solo con l'utilizzo della lettura labiale che è da considerare uno strumento di riconoscimento in quanto fornisce elementi che concorrono a riconoscere la lingua.

E' ampiamente dimostrato che con la sola lettura labiale il sordo profondo prelinguale non può imparare la lingua, ma è altrettanto certo che non ne potrà mai fare a meno, anche se la comprensione non è certamente legata solo alla lettura labiale.

A questo proposito una nostra recente indagine ha chiaramente dimostrato che la lettura labiale non è una abilità propria della persona sorda, e che, mediamente, gli udenti sono più abili dei sordi. Personalmente nonostante oltre quaranta anni di attività con i sordi e nonostante che per tanto tempo abbia *insegnato* la lettura labiale sono un pessimo lettore.

I ragazzi sordi affermano di non sapere se capiscono quello che vedono e sentono o se sentono e vedono quello che capiscono; ciò è vero, se riflettiamo, anche per gli udenti.

Il nostro approccio abilitativo e, soprattutto, i risultati ottenuti giustificano il motivo per il quale noi non consigliamo mai l'impianto cocleare ai sordi profondi prelinguali perché siamo convinti, e l'esperienza ce lo conferma, che non esista un sordo profondo senza turbe associate che non tragga profitto dalle protesi acustiche e che non apprenda la lingua orale che sono le motivazioni maggiormente condivise per cui si ricorre all'impianto.

A questo proposito sarebbe estremamente interessante sapere con quali strumenti e a che età è possibile stabilire che il bambino sordo profondo non trae alcun profitto dalla protesi acustica anche perché ai fini dell'applicazione dell'impianto è considerato star patient il bambino sordo profondo di 24 mesi protesizzato e riabilitato entro i 15 mesi.

Riteniamo, quindi, che il bambino sordo profondo prelinguale pur utilizzando, come ognuno di noi, strategie percettive e cognitive diverse, possa e debba apprendere la lingua *naturalmente* con la protesi acustica e successivamente, divenuto postlinguale, valutare la possibilità dell'impianto cocleare.

La valutazione dei risultati dei soggetti impiantati non deve, a nostro avviso, prendere in considerazione i bambini (ma fino a che età sono bambini?) e gli adulti, ma i sordi profondi prelinguali e postlinguali a secondo che conoscano o non conoscano la lingua a prescindere dall'età, poiché è certo che con l'impianto cocleare c'è la possibilità di riconoscere la lingua acquisita, ma è ancora, a nostro avviso, da verificare su gruppi omogenei di bambini sicuramente sordi profondi prelinguali che si possa apprendere. D'altra parte il protocollo proposto anche con l'utilizzo dell'impianto cocleare tende ad insegnare la lingua e l'esperienza ci conferma che con l'esercizio e in tempi più o meno lunghi il sordo profondo prelinguale di qualunque età con l'impianto riesce a udire, a ripetere e a utilizzare parole e frasi senza l'aiuto della lettura labiale.

E' un risultato straordinario e comprendo l'entusiasmo, le aspettative e le gratificazioni che una tale conquista può suscitare negli operatori e soprattutto nei genitori, tuttavia non si può fare a meno di sottolineare quanto Humbolt scrive. "L'apprendimento del linguaggio da parte del bambino non si riduce ad accumulare parole, riporle nella memoria e riprodurle con le labbra balbettando, ma è piuttosto lo sviluppare della facoltà linguistica" ciò significa che ripetere, riconoscere e utilizzare parole e frasi insegnate poche, tante o tantissime che siano non significa raggiungere una adeguata competenza linguistica, ma solo una più o meno funzionale competenza verbale che non va certamente sottovalutata e che in certe situazioni, utilizzando i vecchi strumenti per la *demutizzazione*, può e deve rappresentare l'obiettivo fondamentale da raggiungere. Le diverse e sofisticate modalità di stimolazione (monopolare, bipolare e a massa comune) così come le diverse strategie di codifica (sequenziali, parallele, digitali e analogiche, anche se risultato di una elaborazione digitale), ovviamente non riescono a sostituire un efficacissimo analizzatore di tipo biologico come la coclea e quindi gli elementi fonetici che arrivano al paziente possono essere sufficienti per integrare e quindi riconoscere la lingua conosciuta, ma sono comunque suoni *fisici, cocleari, insignificanti* e non suoni *psico-acustico-fisiologici* indispensabili per l'apprendimento della lingua. Il processo di apprendimento della lingua è filogeneticamente e ontogeneticamente strutturato e non può essere compensato nel suo aspetto deficitario con metodi e con strumenti che forniscono una informazione precisa, ma non *con-senti-ta* e, quindi, non compresa in quanto estranea al processo stesso. Considerate le straordinarie potenzialità del cervello e le enormi capacità di compenso fra le diverse aree cerebrali, noi non neghiamo la possibilità che ci siano sordi profondi prelinguali impiantati che raggiungono una adeguata competenza linguistica, ma riteniamo che agli effetti dell'apprendimento *naturale* della lingua le protesi acustiche diano al bambino sordo profondo prelinguale un numero di informazioni molto superiore all'impianto cocleare.

Per il sordo profondo prelinguale cioè colui che è privo del *magazzino* linguistico, la parola udita con l'impianto, così come la parola letta sulle labbra, è senza significato e non è, come spesso si sostiene, come per gli udenti, una parola di una lingua sconosciuta, perché tali soggetti mancano di qualunque esperienza linguistica che sta alla base di tutte le lingue al di là dei loro diversi significanti.

I risultati ottenuti con un uso appropriato delle protesi acustiche hanno chiaramente dimostrato che la capacità di comprendere il significato dei suoni della lingua non è direttamente proporzionale alla capacità di udirli, ma alla possibilità e capacità di integrare con tutte le modalità sensoriali e cognitive tutti gli attributi dei segnali acustici ricevuti a tutti i livelli del sistema uditivo.

D'altra parte, se così non fosse, come è possibile che un sordo profondo prelinguale impiantato, non importa se bambino o adulto, abbia tante difficoltà non diciamo a parlare, ma a ripetere immediatamente seppure non correttamente suoni, vocali, parole, quando un sordo postlinguale dopo poche settimane è in grado di conversare al telefono?

Noi non abbiamo una grande esperienza per quanto riguarda l'abilitazione dei soggetti sordi prelinguali impiantati poiché non lo consigliamo prima di tutto perché preferiamo aspettare che siano... postlinguali e, magari, in grado di dare il loro consenso, ma anche per altri motivi relativi ai criteri di selezione, ai problemi di scelta dell'impianto, alle difficoltà del mappaggio, ai problemi e alle precauzioni che l'utilizzo di un impianto comporta, agli effetti collaterali e, soprattutto, ai rischi a distanza del suo utilizzo. Questo non toglie che i genitori dei bambini che frequentano il nostro Centro non siano informati su questo argomento e quando qualcuno decide di procedere all'impianto, noi, mentre inizialmente ci impegnavamo al massimo per ottenere il migliore risultato possibile collaborando e mettendo scrupolosamente in atto il protocollo e le indicazioni degli Operatori del Centro dove era stato impiantato, attualmente utilizziamo il nostro protocollo. Naturalmente il nostro giudizio sui risultati raramente coincide con quello degli operatori dei Centri che effettuano il controllo per la diversa modalità di valutazione degli stessi.

La comprensione, a nostro avviso, non è il rovesciamento speculare dell'espressione e quindi non è determinata solo dal Patto dell'udire, ma dall'integrazione e dall'interazione di ciò che viene sentito e udito con le esperienze e le conoscenze e dalle capacità di memoria e di previsione del significato di ciò che si ascolta nel contesto verbale e situazionale.

La valutazione effettuata con tests standardizzati che fan no sostanzialmente riferimento alle categorie di percezione verbale di Moog e Geers non ci convince nel modo più assoluto... ripetere, dopo estenuanti allenamenti, alcune parole non è da noi considerato un grande risultato, poiché, come sostiene M.L. Burini una *vera* esperta in quanto portatrice di impianto cocleare e collaboratrice di ricerca dell'Università di Perugia, "se il cervello non riesce a far compattare i suoni con la memoria che di essi possiede e con il significato conseguente che ha nell'archivio dell'esperienza di udente, non può attribuire loro un senso, cosicché non avviene il riconoscimento. Se avviene uno stop su un solo termine, anche isolate, il cervello sembra incepparsi, non riesce a districarsi dai suoni e rumori successivi. Per quanti sforzi possa fare l'interlocutore per ripetere chiaramente le parole, tutto risulta vano perché il cervello oppone un diniego". Pur essendo convinti che il vero e più *disabilitante* handicap del sordo profondo non sia la sordità, ma l'assenza della lingua, noi, *oralisti* convinti, non possiamo non essere favorevoli alla ricerca genetica e all'uso dell'impianto cocleare che hanno l'obiettivo di *vincere* la sordità e, quindi siamo molto interessati a conoscere i risultati che si ottengono con i sordi profondi prelinguali (prelinguali, ripetiamo, nel senso che, al momento dell'impianto, non comprendono e non si esprimono con la lingua), ma non ci sembra che esistano casistiche statisticamente significative e dati longitudinali a medio e lungo termine relativi ai risultati linguistici ottenuti con gruppi omogenei di bambini sordi profondi sicuramente prelinguali e quindi nemmeno perilinguali. Cosa ben diversa con gli impiantati postlinguali. L'impianto cocleare è una formidabile protesi di riconoscimento che agevola e consente il riconoscimento della lingua. Anche i nostri pazienti sono più o meno soddisfatti dei risultati ottenuti, ma anche con loro, comunque, noi partiamo dalla comprensione che agevoliamo con tutto ciò che è possibile, lettura labiale, scrittura, lettura, gestualità, mimica, presenza degli oggetti, contesto ecc. Il paziente in brevissimo tempo capisce... che capisce meglio di prima. Solo successivamente, come sostiene M.L. Burini "il cervello confronta ciò che ha compreso con la stringa di suoni/rumori da cui avrebbe dovuto comprendere e si stupisce a volte chiedendosi perché non sia riuscito a capire, altre volte continuando a non trovare riscontro tra quanto udito e il senso acquisito altrimenti.

Dopo aver fatto molti tentativi inutili, applicandomi al solo linguaggio, mi sono convinto che la strada per ricominciare a comprendere la lingua parlata passi attraverso il recupero di un'armonia, anche se sia priva delle caratteristiche proprie dell'armonia degli udenti, in quanto nel mio caso — ma posso ritenere che sia vero per altri pazienti — non esiste armonia; l'armonia ha una propria vita solo come ritmo". Il trattamento consiste pertanto in un sempre più adeguato mappaggio e nel seguire il difficile adattamento, anche psicologico, all'impianto cocleare facendo loro notare e sperimentare che possono cominciare a fare meno della lettura labiale ed eventualmente in caso di difficoltà aiutandoli a riconoscere e a identificare parole particolarmente difficili non con la ripetizione, ma con l'utilizzazione e il riconoscimento delle stesse in diverse frasi e diversi contesti.

Per concludere noi pensiamo che, in particolare per i sordi prelinguali, gli interrogativi, così come le risposte relative non solo a chi, quando, come, dove e perché, ma anche alla scelta dell'impianto, alle difficoltà del mappaggio, alla scelta dell'orecchio da impiantare, alla previsione del successo, agli effetti collaterali, ai rischi a distanza siano ancora veramente tante, troppo diverse e quindi, evidentemente, molto più legate alle convinzioni di ogni singolo gruppo che a reali standard oggettivi.

Per questi motivi noi pensiamo che non possa ancora essere considerato un intervento di routine e che sia molto difficile per i genitori o per il paziente sottoscrivere consapevolmente e convintamente il proprio consenso se viene fornita una informazione completa, precisa e personalizzata di tutte le conoscenze e le non conoscenze attualmente disponibili. Noi riteniamo, quindi, anche per evitare in particolare ai genitori dei bambini sordi profondi angoscianti pellegrinaggi, aspettative miracolistiche e, per motivi diversi, ma sempre e comunque devastanti sensi di colpa, sia indispensabile, senza nulla togliere alla pur necessaria sperimentazione, che venga attivato un protocollo unico a livello nazionale. Prima di concludere vorremmo sottolineare che noi crediamo che non esistano metodi (ma quanti ce ne sono stati e quanti ce ne sono? Meno male che per varie ragioni raramente vengono utilizzati rigidamente!) per imparare a parlare, se non quello *naturale*. Questo non significa assolutamente che sia sufficiente *ispirarsi* al modello di sviluppo naturale di apprendimento della lingua e crediamo che sia evidente a tutti che un tale approccio abilitativo comporta moltissimo lavoro specifico (non speciale) in quanto il bambino va attivamente e progressivamente seguito dal punto di vista sanitario, abilitativo, educativo, affettivo, relazionale e sociale.

E' assolutamente indispensabile superare le tradizionali metodologie *modulari* e *passivizzanti*, anche se ci rendiamo perfettamente conto che è molto difficile perché la *ricetta*, l'*eserciziaro* non solo da momentanee certezze agli operatori e ai genitori, ma consente facilmente la *riabilitazione a distanza* con periodico *tagliando di controllo* eseguito magari con calibratissimi e miratissimi tests, non tenendo presente che il bambino *funziona* molto meglio della somma delle sue singole parti più o meno deficitarie. Non è il *sordo bambino*, ma il *bambino sordo* che deve essere preso in carico in tutti i suoi aspetti sociali, sanitari, educativi affettivi e relazionali e quindi il compito degli operatori diventa estremamente più difficile e necessariamente interdisciplinare.

Ciò non solo non toglie all'importanza e alla necessità dei vari specialisti, anzi li valorizza poiché debbono mettere a disposizione di tutti le proprie conoscenze e discutere, concordare e mettere in atto sia a livello teorico che pratico le strategie operative di compenso e gli interventi più idonei affinché il bambino sordo profondo possa *funzionare* e vivere nella propria famiglia e nel proprio ambiente in una situazione di benessere conditio sine qua non affinché apprenda ed utilizzi la comunicazione vocale e verbale facendone, in sequenza, un uso affettivo, ludico, pratico, rappresentativo e infine dialettico. "E solo la lingua che ci fa eguali" scriveva Don Milani.

In questo momento in cui viene promossa una politica non patologica della sordità che ritiene che la persona sorda non sia un individuo deficitario che necessita di diagnosi, protesizzazione e interventi abilitativi/educativi, ma una persona *normale* semplicemente con un approccio al mondo differente, in questo momento in cui si parla insistentemente di mondo, di popolo, di cultura, di lingua, di orgoglio e di autodeterminazione dei Sordi (con la S maiuscola, naturalmente!), ci fa estremamente piacere constatare che, al di là dell'utile discussione e dell'indispensabile confronto sulle metodiche e sugli strumenti più idonei da utilizzare, possiamo affermare che il sordo profondo prelinguale ha la possibilità di comprendere ed esprimersi con la lingua orale di tutti e quindi di convivere *normalmente* insieme a tutti.

Non siamo così ingenui da pensare ad una società dove tutti sono *buoni, uguali e normali* e proprio per questo riteniamo che il nostro compito così come quello di una società civile non sia quello di imporre un'assurda *normalizzazione*, ma quello di offrire a tutti pari opportunità per *sfruttare* al massimo le proprie potenzialità e solo successivamente valorizzare le diversità come fattore dinamico di sviluppo sociale e culturale e di adattamento reciproco fra gruppi e individui che di volta in volta liberamente si formeranno e si sceglieranno.

Giuseppe Gitti - C.R.O. - Firenze

BIBLIOGRAFIA

Arslan E., Gcnovse E., Turrini M.: Gli impianti cocleari, I CARE, N. 2, Anno 23, 1998

Bouvet D.: La parola del bambino sordo, Masson, Milano 1986

Bronte M.C.T.: Il percorso logopedico ottimale nell'educazione-rieducazione del bambino sordo, Acta Phoniatria Eacina, Vol. 19 fasc. 3, 1997

Bruner J.S.: Prime fasi dello sviluppo cognitivo, Armando Editore, 1972

Burdo S. (a cura): La sordità infantile, Masson, 1998

Burdo S., DC Simone M.: Indicazioni a confronto: protesi acustica e impianto cocleare, Acta Phoniatria Eatina, vol. 21 N. 1-2, 1999 Burini M.E.: Una nuova "edizione" dell'ascolto?, I CARE, N. 3 Anno 28, 2003

Camaioni E.: La teoria di J. Piager, Giunti Barbera, 1981

Camaioni E., Volterra V., Bares E.: La comunicazione nel primo anno di vita, Boringhieri, 1986

Caselli M.C., Massoni P., L'educazione al linguaggio del bambino sordo, I CARE, Anno 12, N. 4, 1987

Caselli M.C., Maragna S., Pagliari Rampelli E., Volterra V.: Linguaggio e sordità, La Nuova Italia, 1994

Chomsky N.: La grammatica generativo-trasformativa, Boringhieri, Torino, 1970

Chomsky N.: Linguaggio e problemi della conoscenza, il Mulino, 1998

Cuda D., Caroggio A.: Sordità infantile profonda, Ed. Santa Croce, Parma, 1997

De Filippis A. (a cura di): L'impianto cocleare nelle sordità gravi e profonde, Ed C.R.O., Firenze 2003

De Filippis Cippone A.: Nuovo manuale di logopedia, Ed. Erickson, Trento, 1998

Fodor J.A., La mente modulare, il Mulino, Bologna

Geers A.E.: Comunicazione totale e metodo audio-orale nell'insegnamento ai bambini audiolesi, *Pedagogia clinica*, 1990

Gitti G.: *Sentire segni*, Ed C.R.O., Firenze, 1992

Gitti G.: *I sordi sentono*, Ed C.R.O., Firenze, 2000

Gitti G.: *Abilitazione, educazione e integrazione della persona sorda profonda (i sordi... sentono)*, Comunicare, FIADDA Ed., Genova

Humboldt W.: *La diversità delle lingue*, a cura di D. Di Cesare, Laterza, Bari, 1991

Izzo R., Mansi N., De Maio V., Cortile A.: *Selezione e valutazione dei candidati*, *Acta Phoniatica Italiana*, Vol. 21 Fasc. 1-2, 1999

Lafon J.C.: *Lo sviluppo del linguaggio e la motricità*, *L'educazione dei sordomuti*, 2° him., 1977

Lenneberg E.G., *Fondamenti biologici del linguaggio*, Boringhieri, Torino, 1971

Levi G.: *Incorporazione e interiorizzazione della protesi nella riabilitazione in età evolutiva*, *I CARE*, N. 2, Anno 6, 1982

Maragna S.: *La sordità*, Hoepli, 2000

Marschak M.: *Il bambino con handicap uditivo e lo sviluppo della sua personalità*, *Juvenilia*, Milano, 1995

Moog J.S., Geers A.E.: *Gli impianti cocleari: cosa ci si può attendere*, *I CARE*, N. 4, Anno 19, 1995

Paoli V.: *Oltre l'ostacolo*, Ed C.R.O., Firenze, 1995

Piaget J.: *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, *La Nuova Italia*, 1973

Pinker S.: *L'istinto del linguaggio*, Mondadori, 1994

Robertson I.H.: *Il cervello plastico*, Rizzoli, Milano, 1999

Schrager O.E., D'Elia N.: *La funzione uditiva e le abilità sensoriali uditive*, *I CARE*, N. 1, Anno 13, 1988

Schindler A., Spadola Bisetti M.: *Il consenso informato in foniatría e logopedia*, *Acta phoniatica latina*, Vol. 23. fasc. 2-3, 2001

Schindler O., Di Gioia E., Travalca Cupillo B., Mora R., Vernero I.: *Prolegomena all'euristica delle differenti strategie (e correlati) impiegate negli impianti cocleari*, *I CARE*, N. 3, Anno 21, 1996

Schindler O., Vernero E.: *L'impianto cocleare nei bambini sordi prelinguali*, *I CARE*, N. 2, Anno 20, 1995

Schindler O., Scindler A.: *Indicazioni a confronto: protesi acustica o impianto cocleare?*, *Acta Phoniatica Italiana*, Vol. 21. fasc. 1-2, 1999

Simone R.: *Fondamenti di linguistica*, Editori Laterza, 1998

Tavani T.: *Impianti cocleari e problemi etici, in impianto cocleare multicanale*, Masson, 1994

Tombolini A., Barbieri M.: *Aggiornamento in tema di impianto cocleare*, *Acta Phoniatica Italiana*, 1994

Tranchino G., Mesolella M., Motta S., Motta G.: *La protesizzazione delle sordità profonde*, *Acta Phoniatica Italiana*, Vol. Fasc. 1-2, 1999

Tranchino G.S., Motta S., Motta G.: *Aspetti etici e legali*, *Acta Phoniatica Italiana*, Vol. 21. fasc. 1-2, 1999

Travalca Cupillo B., Tedeschi A., Cammerosi M.G.: *Cenni riabilitativi dell'adulto e del bambino con impianto cocleare*, *Acta Phoniatica Italiana*, 1994

Vecchio O., Castaldo E., Motta G.: *Le strategie riabilitative nel trattamento delle sordità profonde*, *Acta Phoniatica Italiana*, Vol. 21 Fasc. 1-2, 1999

Vygotskij E.S.: *Pensiero e linguaggio*, Barbera Universitaria, Firenze, 1997

Zaghis A., Todini E. (a cura di): *L'impianto cocleare in Italia, oggi*, Amplifon, Milano, 2002