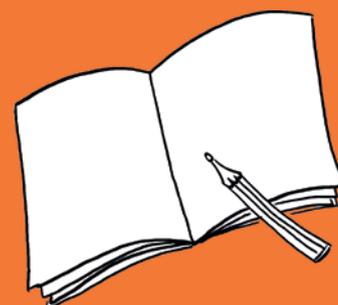


CAPITOLO 6

PERCORSI EDUCATIVO-
DIDATTICI, SUSSIDI
E STRUMENTI NELLA
DISABILITÀ UDITIVA



MATERIALE
ONLINE **5**



Approfondimento: L'ORALISMO

Sara Trovato

Con l'educazione oralista, i bambini sordi vengono avviati direttamente alla lingua orale.

In effetti, l'oralismo si è affermato in Europa a partire dal 1880, in contrapposizione alle lingue dei segni e il principio educativo su cui si basa è che la lingua orale debba essere l'unica lingua del bambino sordo. La trasmissione del linguaggio, nell'oralismo, avviene tramite la pratica logopedica. La logopedia educa i bambini sordi, fin da piccoli, a percepire la lingua orale attraverso gli altri sensi. Durante la logopedia, il bambino sordo impara a distinguere l'articolazione della parola sulle labbra altrui (lettura labiale) e a modulare la propria voce percependone le vibrazioni con le dita sul proprio collo, ecc. Il mestiere di logopedista richiede una preparazione specifica, ed è distinto da quello di insegnante.

Ricordiamo che tutti i bambini sordi, anche impiantati con impianto cocleare o segnanti, partecipano a delle sedute logopediche, seppure modificate secondo le specificità.

Sappiamo che l'oralismo può essere efficace. Uno studio di Geers e Moog (1989) conferma tra l'altro che, sebbene con un'ampia variabilità nei risultati, una percentuale di bambini educati con il metodo oralista impara la lingua orale. Questo successo però non si estende al 100% dei bambini. In realtà, a quei genitori che decidono per l'oralismo, oggi viene sempre meno proposta la protesi acustica esterna e sempre più l'impianto cocleare, un apparecchio che capta le onde sonore e viene impiantato chirurgicamente sul capo del bambino e nella sua coclea. Nonostante i passi da gigante che la tecnologia cocleare ha compiuto negli ultimi decenni (attestati anche dai progressi linguistici dei bambini impiantati: Guasti et al., 2012; Caselli et al., 2012; Geers, Moog e Biedenstein, 2009), neanche l'impianto cocleare assicura il successo nel 100% dei casi. In più, alcuni bambini sono esclusi dalla possibilità di ricevere un impianto cocleare sulla base della condizione della loro coclea. A proposito dei bambini che vengono impiantati, una meta-analisi, cioè uno studio che rende conto dei risultati di molte altre pubblicazioni scientifiche, ha quantificato i rischi dell'impianto cocleare esaminando i risultati delle operazioni chirurgiche su 125 bambini sotto i 12 mesi. Valutandoli in termini di complicazioni chirurgiche, lo studio riportava: «8,8% di complicazioni chirurgiche, con un 3,2% di incidenti di maggior grado di severità. [...] Il rischio di complicazioni di maggiore entità nei bambini più grandi varia tra il 2,3% e il 4,1%» (Vlastarakos et al., 2010).

I fattori di successo dell'impianto cocleare sono di natura medica e logopedica (ma non solo) e sono stati enumerati i fattori che determinano il successo dell'oralismo con protesi.

Alcuni studi ci dicono che esiste una proporzionalità diretta tra residuo uditivo e abilità di acquisizione della lingua orale (Quigley e King, 1980, cit. in Mayberry, 2002).

Altri studi (Meadow-Orlans, 1987; Geers e Moog, 1987) hanno individuato i «tipi» di ragazzi sordi con cui l'oralismo con protesi acustica dà i migliori risultati. Alcuni tra i fattori di successo individuati sono stati:

- un'educazione mirata a partire da un'età precoce (prima della scuola dell'infanzia);
- il successo degli apparecchi acustici;

- il successo della logopedia;
- un elevato coinvolgimento dei genitori (Meadow-Orlans, 1987);
- la capacità di discriminare con l'udito gli andamenti del parlato;
- un elevato quoziente di intelligenza non verbale;
- alto sostegno in una famiglia, che deve avere strumenti culturali adeguati per informarsi e acquisire competenze di insegnamento (Geers e Moog, 1987).

Per quanto riguarda poi la capacità di acquisizione delle abilità di lettoscrittura nei *ragazzi oralisti*, uno studio ha trovato che i fattori che predicano lo sviluppo di buone abilità di lettura sono la competenza nella lingua orale, le misure di udito e la precocità dell'intervento riabilitativo (Geers e Moog, 1989, p. 83). Sottolineo che lo studio riguardava soltanto i ragazzi oralisti.

La ragione principale per raccomandare anche la lingua dei segni (oltre che la lingua orale) è per non correre rischi e assicurarsi un adeguato sviluppo linguistico e cognitivo del bambino sordo, anche nel caso in cui il bambino ricadesse nella percentuale di insuccessi dell'oralismo con protesi o nelle complicanze dell'impianto cocleare.