



**Il trattamento  
logopedico nel  
paziente complesso  
con  
Impianto Cocleare**

Aula Magna Giurisprudenza  
Ferrara 5 maggio 2018

Ferrara, 05 maggio 2018



**L'IMPIANTO COCLEARE NEI  
BAMBINI CON BILINGUISMO**

**Log. Paola Benincasa  
U.O.ORL – Ospedale “B.Ramazzini”  
CARPI, A.U.S.L. MO**



*Le cose vere della vita non si studiano nè  
si imparano, ma si incontrano*

*O.Wilde*

# ATTUALITA'

- Nonostante sia ampiamente diffuso a livello mondiale ed europeo **II BILINGUISMO** si configura come un fenomeno relativamente recente\* per il nostro Paese, a seguito di **importanti flussi migratori** di popolazioni provenienti da varie parti del mondo
- Si tratta di una presenza in costante aumento rispetto ai 173 milioni di migranti del 2000, **seppure nel periodo 2010-2015 si rilevano ritmi di incremento minori rispetto agli anni precedenti** (2005-2010 il tasso di crescita annuo: 3% ; 2010-2015 circa 1,9%)



\* fatta esclusione delle realtà dialettali

# ATTUALITA'

- **Un crescente numero di nuovi nati è quindi esposto a più idiomi** ( incremento del 57,6% nati da famiglie straniere rispetto ad un incremento del 22,2% degli italiani al 2015)
- Complessivamente l'utenza straniera in carico ai servizi di NPIA regione ER rappresenta il 17,3% del totale, con punte più elevate per alcune AUSL.
- La distribuzione delle diagnosi rilevate tra i minori non italiani in trattamento è simile a quelle riscontrate tra gli italiani (con prevalenza di disturbi del linguaggio e apprendimento, seguiti da quadri sindromici, ritardi mentali, DGS e autismo)

Tav. 118 - Utenti servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per area di cittadinanza. Regione Emilia-Romagna. Anni 2010-2015(\*)

Cittadinanza area	Anno											
	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	v.a.	%										
Italiani	33.277	87,4	35.279	86,0	38.476	85,4	40.915	84,4	42.257	83,4	43.095	82,7
Stranieri	4.784	12,6	5.733	14,0	6.603	14,6	7.571	15,6	8.403	16,6	9.037	17,3
Totale	38.061	100,0	41.012	100,0	45.079	100,0	48.486	100,0	50.660	100,0	52.132	100,0

(\*) Un minore affetto a due o più Ausl nel corso dell'anno è conteggiato una sola volta.

Fonte: Banca dati Sinpiaer - RER

Diversa incidenza della sordità in queste popolazioni (es. per mancanza di prevenzione in epoca gestazionale o matrimoni tra consanguinei, Thomas e al, 2008; Bajaj e al 2009; Leigh e Crowe 2015)

**Problematiche nuove a livello diagnostico e (ri)abilitativo**

# BILINGUISMO \*

PERSONE CHE UTILIZZANO E HANNO BISOGNO DI  
DUE (O PIU') LINGUE NELLA LORO VITA QUOTIDIANA

(Grosjean, 1992)

Definizione «inclusiva» che, facendo riferimento alla necessità di  
impiego di più lingue nella vita quotidiana, **evidenzia la natura  
adattiva del linguaggio inscindibile dal contesto** nel quale il soggetto  
vive e ha relazioni

BILINGUISMO COME COSTRUTTO DIMENSIONALE E CONTINUO ( Valdés, 2003; Luk,  
Bialystok, 2013)

\* Tratto da « I Bambini Bilingui» a cura di Bonifacci P., Carrocci Editore, 2018)

# IL BILINGUISMO

## SIMULTANEO

Le due lingue sono apprese simultaneamente sin dalla nascita

## SUCCESSIVO

L1 dalla nascita

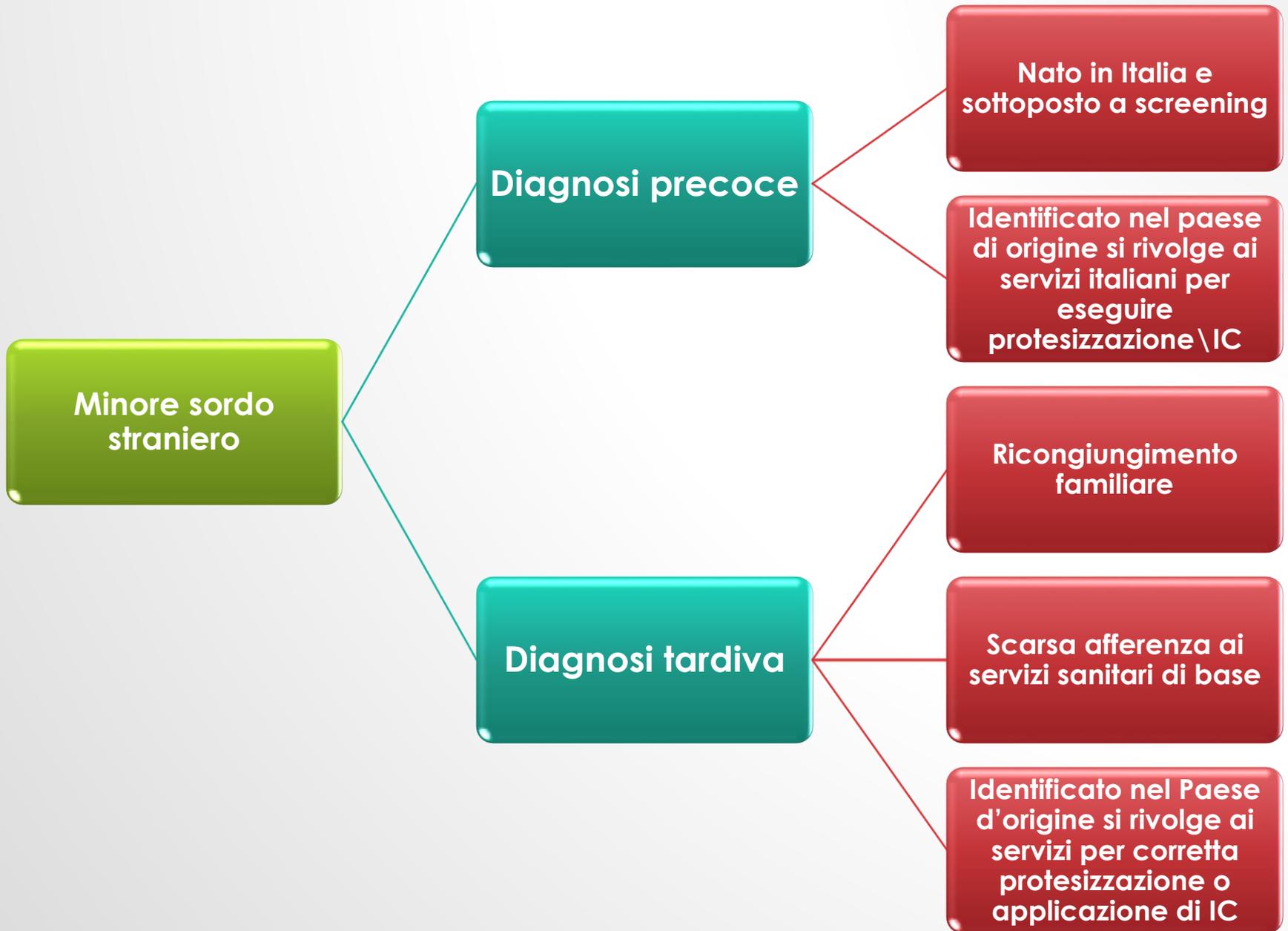
L2 in epoca infantile fino a pubertà (acquisizione precoce)

- Variabili importanti, che incidono sulla velocità e correttezza dell'apprendimento di una seconda lingua sono:

- Personalità
- Attitudine
- Motivazione
- Valorizzazione familiare e sociale di L2



**L'appartenenza ad un gruppo di minoranza **impoverisce spesso le disponibilità sia umane che materiali** da investire nel progetto di intervento, influenzando negativamente gli outcome**



# PROBLEMATICHE



# IN GENERALE...

- Grazie alla precocità di intervento e al progresso tecnologico, **attualmente il bambino sordo può contare su un accesso costante e continuo al linguaggio verbale**
- Adeguata rappresentazione dei patterns acustici soprasegmentali e segmentali
- Possibile la ripresa dei processi di **INCIDENTAL LEARNING**, garantendo l'apprendimento quanto più naturale possibile della lingua e quella sovraesposizione che è tanto più fondamentale in presenza di bilinguismo, un tempo non realizzabile (McConkey, Robbins 2007)

# FINO A NON MOLTO TEMPO FA...

- **Esisteva la falsa credenza** che il bilinguismo soprattutto se simultaneo potesse **ostacolare l'acquisizione del linguaggio** a causa della presunta incapacità del bambino di distinguere le diverse lingue alle quali era esposto
- Questa credenza, sostenuta da Volterra e Taeschner (1978) partiva dall'osservazione che i bambini bilingui di 2 anni nelle prime frasi utilizzavano parole di entrambe le lingue
- Hp: esiste un unico vocabolario e un'unica grammatica che si separerebbero solo dopo i 3 anni (con lessico e morfosintassi specifiche) generando solo in quel momento un vero bilinguismo
- Questa **ipotesi è stata contestata da molti lavori successivi** in cui si è dimostrato che L1 e L1a sono separate fin da subito (abilità discriminatorie dei neonati)

# IPOACUSIA E BILINGUISMO

- La radicata e consolidata convinzione che l'esposizione a una seconda lingua possa disturbare e condizionare l'apprendimento del linguaggio **è stata ancora più forte in presenza di ipoacusia severa-profonda**
- Esisteva tuttavia scarsa letteratura in merito
- In ambito audiologico storicamente il BILINGUISMO riguardava la concomitanza di apprendimento lingua orale e lingua segnica

# EVOLUZIONE ETA' DI DIAGNOSI IN ITALIA

PRIMA DIAGNOSI DEFINITIVA DI SORDITA' CONGENITA (DATI AIRS)

ANNO 1996

32-34 MESI

ANNO 2005

8-12 MESI

ANNO 2012

screening uditivo universale  
(regione ER)

Documento regionale (Delibera regionale 694/2011) prevede conferma della diagnosi entro i 3 mesi di vita, definizione dell'assetto protesico e presa in carico riabilitativa entro i 6 mesi di età

ANNO 2017

screening uditivo universale  
entra nei LEA

# RIFLESSIONE ALLA LUCE DELLE CONOSCENZE CLINICHE

- I bambini sordi in passato vivevano **un lungo TEMPO di DEPRIVAZIONE Uditiva nel periodo di MASSIMA PLASTICITA' CEREBRALE**
- **L'amplificazione acustica era spesso insufficiente per veicolare i TRATTI DISTINTIVI** del linguaggio, in particolare i suoni complessi diversificati per intensità e frequenze

# RIFLESSIONE ALLA LUCE DELLE CONOSCENZE CLINICHE

- Questi aspetti hanno talvolta indirizzato i riabilitatori verso scelte di trattamento di tipo gestuale, tanto più laddove vi era scarsa compliance familiare per gli aspetti linguistici ed educativi e/o presenza di comorbidità
- **Anche in chi seguiva una metodologia rigorosamente oralista c'era la consapevolezza delle limitazioni all'accesso allo spettro uditivo del parlato**
- I bimbi sordi costruivano un sistema linguistico interno basato su informazioni uditive incomplete e distorte ,e con la necessità di impiegare il canale visivo (labiolettura e codice scritto )come supplezza funzionale



# RIFLESSIONE ALLA LUCE DELLE CONOSCENZE CLINICHE

- Gli aspetti prosodici e talvolta anche fonoarticolatori restavano alterati con la realizzazione di un eloquio poco fluente e intelligibile
- Spesso la competenza linguistica raggiunta con fatica si collocava a un livello minimo con ricadute negative sulla carriera scolastica e la vera inclusione sociale
- **NON SI CONSIDERAVA MINIMAMENTE DI ESPORRE IL BAMBINO SORDO PROTESIZZATO A PIU' AMBIENTI LINGUISTICI (verbali)**
- **RICHIESTA ALLA FAMIGLIA DI UNA COMUNICAZIONE RIGOROSAMENTE MONOLINGUE**

# ATTUALMENTE



- Si presenta quindi una **nuova popolazione di portatori di IC e HA** molto disomogenea e con esigenze educative diverse
- **L'intervento** su questi soggetti **è più complesso** a causa delle variabili extrauditiva (di tipo culturale, linguistico, socio-educativo), per cui è necessario **considerare valori e credenze specifiche** di ogni famiglia al fine di garantire un intervento adeguato ( Leigh and Crowe, 2015)
- **Il contesto familiare** non è sempre in grado di stimolare adeguatamente le esigenze linguistiche del bambino ipoacusico sia per dinamiche sociali (rapporti chiusi, solo con connazionali), sia per scarsa competenza dei genitori in L2 (lingua nella quale avviene il percorso di trattamento del bambino)

# COMPLESSITA'

- Inerenti a tutto il vissuto del bambino e della sua famiglia in una nuova terra, culturalmente diversa dal loro Paese di origine:
  - Usi, consuetudini sociali
  - Maternage e visione dell'infanzia
  - Ruoli di genere
  - Stili comunicativi
- Tutto ciò influenza la capacità di adesione alle indicazioni terapeutiche (McConkey, Robbins 2007; Nicastri, Bosco, 2011)

# LA LETTERATURA...

- 1° analisi critica del fenomeno: Levi e coll.2001
- Waltzman e al.2003
- McConkey Robbins e al 2004
- Thomas e al 2008
- Teschendorf e al.2011
- Corti, Guarnaccia, Genovese 2012
- Dettmann S. e coll. 2013
- Deriaz M. e al. 2014
- Wu D. e al. 2015
- Mahon M e coll. 2016
- Bunta et al. 2016
- Forli e coll. 2018

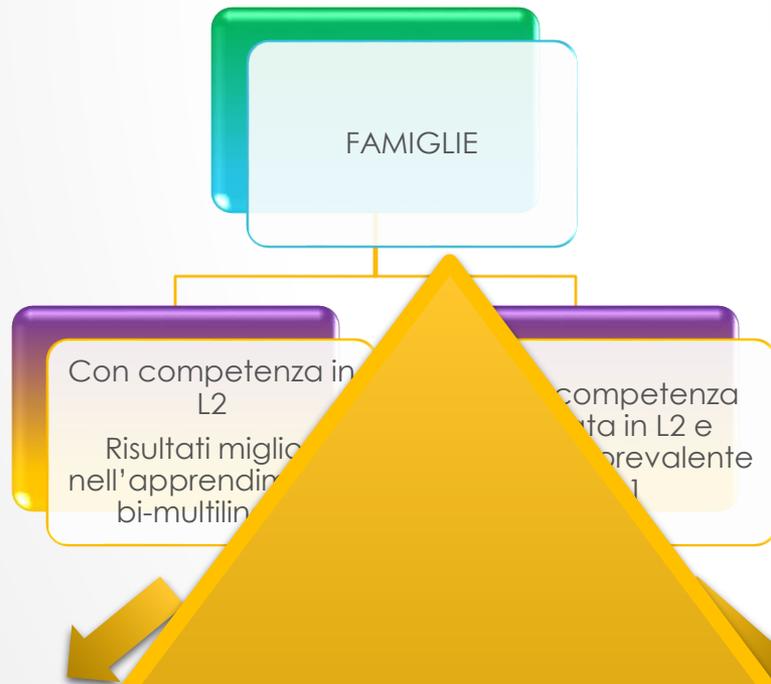
***Sebbene ci siano alcuni risultati discordanti tra i differenti studi (a seconda del paradigma specifico affrontato) la letteratura più recente evidenzia che l'esposizione simultanea a più lingue NON costituisce una CONTROINDICAZIONE PER LO SVILUPPO delle performance percettivo verbali e comunicativo-verbali***

**MODIFICATE LE INDICAZIONI ALLE FAMIGLIE**, adottando un approccio più realistico e culturalmente bilanciato per **permettere alla famiglia di esporre il proprio bambino ad una stimolazione linguistica ricca ed equilibrata in tutte le lingue** (concetto di «Cultural Competence» Mahon e coll, 2016)

# FATTORI MAGGIORMENTE PREDITTIVI DEGLI OUTCOMES FINALI

- Precocità della diagnosi e dell'intervento protesico-abilitativo
- Accesso ad adeguata riabilitazione **PERCETTIVO-VERBALE**
- Presenza di disturbi associati

- **STATUS SOCIO-ECONOMICO-CULTURALE** (possibilità di raggiungere i centri di audiologia e le sedi di trt; adeguata gestione della tecnologia in uso; possibilità di inclusione sociale nella comunità infantile; Concezione diversa della disabilità in generale e di quella uditiva in particolare ...)
- Grado di **COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA** nel percorso ri-abilitativo, in primis possibilità di accedere ad un adeguato counselling per condividere aspettative ed obiettivi (ruolo degli interpreti adeguatamente preparati. Mahon e al 2016)
- Grado di competenza della famiglia nella lingua del paese ospitante



FAMIGLIE

Con competenza in L2  
Risultati migliori nell'apprendimento bi-multilingue

Con competenza in L1 e L2  
risultati prevalenti in L1

- **Situazione più frequente nelle nostre realtà territoriali**
- non si potrà realizzare un bilinguismo simultaneo
- tuttavia l'indicazione più efficace è quella di **supportare l'impiego della lingua d'origine**

- Possibilità di ascoltare frequentemente le diverse lingue
- **Beneficiano dei contesti emotivo-relazionali e contesti significativi**
- Presa in carico differente dai bambini monolingue
- **Accortezza su alcune tematiche alla L1**

**Il coinvolgimento dei genitori è fondamentale nel lavoro con i bambini bilingue: la quantità e la qualità di input che i bambini ricevono in ogni lingua determinerà poi la competenza che potranno sviluppare**

sviluppo comunicativo e acquisizione ottimale si può realizzare solo quando si riesce pienamente un bilinguismo che possa dare un bilinguismo e fare esprimere la qualità della relazione durante la vita. (Stein e al.)

# CRITICITA'

- problemi di comunicazione (tra codici diversi, tra due diverse culture)
- L'importanza della presenza dei mediatori culturali:  
mediatore non significa interprete (necessario personale trained)
- Il trattamento inteso come **INTERVENTO ESTESO** (risorse socio-sanitarie)



# LA NOSTRA REALTA' TERRITORIALE

- Il fattore del bilinguismo cambia la modalità di presa in carico del soggetto.

- G  
pr  
in  
pr

Il mantenimento della lingua e della cultura di origine è fondamentale nel sostenere e facilitare l'acquisizione di una nuova lingua (Filtzinger, 2005)

- N

Un gruppo di lavoro specializzato sul bilinguismo in ambito dei ritardi/disturbi di linguaggio, **il gruppo LIP (Lingua Intercultura Pensiero, 2005)**, al fine di garantire un'equità di trattamento in queste tipologie di pazienti.

# NECESSARIO UN INTERVENTO PIÙ COMPLESSO E ARTICOLATO

## Approfondimento delle conoscenze della cultura di provenienza

- Documentazione pregressa
- Mediatore culturale

## Incontro preliminare per presentare ai familiari il percorso (ri)abilitativo

- Presa di coscienza dei compiti educativi e delle necessità del b\o
- Corretta gestione della tecnologia protesica
- Fornire opportunità di comunicazione al b\o

## Analisi modalità di interazione bambino-familiari

- Videoanalisi :
- Attenzione condivisa
- Contatto visivo, prossemica, gestualità spontanea
- Contatto fisico
- Uso della voce, frequenza e modalità di uso della voce
- Attenzione e risposte dell'adulto ai tentativi comunicativi del b\o
- Pause e alternanza del turno

## Partecipazione dei familiari alle sedute di trattamento:

- Pianificazione sistematica della seduta di trattamento con l'identificazione di una o due strategie da far sperimentare direttamente al genitore
- Stimola il genitore a porsi in maniera più attiva e creare occasioni per generalizzare
- Musica e voce cantata

# IL TRATTAMENTO

## (PRINCIPI GENERALI)

- **Linee guida internazionali (IALP, 2011):** l'optimum per i bambini logopatici multilingue è l'intervento di uno o più logopedisti madrelingua nelle diverse lingue a cui sono esposti i bambini...
- Importanza di un'attenta analisi del contesto sociolinguistico
- *Il trattamento bilingue aiuta a mantenere e promuovere le competenze del bambino nella propria lingua madre e lo sostiene nell'apprendimento della lingua di maggioranza* (Roseberry-McKibbin, 2002; Thordardottir, Weismer e Smith, 1997)
- **Non ci sono evidenze che l'approccio bilingue nel trattamento possa penalizzare l'apprendimento di bambini con disabilità** (Gutiérrez - Clellen, 1999)
- In generale importante individuare l'atteggiamento della famiglia verso la propria lingua d'origine (livello di competenza, quali e quanti input linguistici riceve il bambino dai genitori; IALP, 2011)

# IL TRATTAMENTO (PRINCIPI GENERALI)

- Deve partire da una base **derivata dai dati sulla famiglia**: informazioni anamnestiche sul bambino, sul contesto comunicativo-linguistico nel quale vive, progetto di vita\aspettative dei genitori (questionari); visione della malattia\disabilità; ruolo della donna (attivo-passivo)
- **APPROFONDIRE LE CONOSCENZE DELLA CULTURA DI PROVENIENZA**
- **ASSENZA DI MATERIALE linguistico TESTUALE APPLICABILE (ad eccezione del questionario PVB) e di personale impiegabile secondo quanto previsto dalle direttive IALP** nella realtà italiana, in cui il fenomeno multilinguismo è legato a flussi migratori recenti e non a convivenza prolungata tra comunità linguistiche differenti (I.Venero e coll, 2014)
- **ATTENERSI A PRINCIPI GENERALI** (stimolazione uditiva e uditivo-verbale; enfatizzare le occasioni di atti comunicativi significativi in contesto ecologico; parent coaching )
- Attivazione dei servizi di supporto territoriale socio-sanitari (tra i quali: corsi di lingua italiana per i genitori)
- Stretti contatti con il team scolastico
- Intervento più complesso e articolato: **DISPONIAMO DI ADEGUATE RISORSE????**

# ATTIVITA'

## CONVERSAZIONE

attraverso materiali illustrati\* in entrambe le lingue (quaderni lessicali, libricini figurati, ascolto di storie...);

possibile generalizzazione in ambito scolastico e familiare

## Risorse tecnologiche ed editoriali:

- Reperimento sul web di materiali in biblioteche multiculturali\multilingui (audiobook) in doppia lingua
- Favole tradizionali delle diverse culture
- Materiali in commercio per l'apprendimento della L2 (es.LIBRI MODIFICATI)

## Collaborazione indiretta:

- Familiari
  - Mediatori culturali o tutor
  - Membri della stessa comunità
- Opportunamente informati sulle attività mirate all'incremento in L1, con monitoraggio e revisione, da parte del logopedista

**Programmi per i genitori:** coinvolgendo i genitori nella dimostrazione delle attività da svolgere e di come poterle riportare all'interno della propria competenza linguistica e specifica culturale; prevista la pratica attiva, visione video, materiali scritti, mediazione di altri genitori, feedback continui in rapporto a istruzioni specifiche

\*derivata dall'esperienza condotta in Friuli Venezia Giulia, in ambito dei disturbi del linguaggio: creazione di libri plurilingui per la scuola infanzia in collaborazione con un tecnico logopedista (lingue: arabo, albanese, spagnolo, francese e inglese)

# WORKING WITH BILINGUAL CI CHILDREN AND FAMILIES

AMY MCCONKEYROBBINS, NATASHA WEN

## PARENT COACHING

- Give more written notes/info
- Clinician model in English
- Parent re-do in 2ndlang
- Clinician feedback
- **Simple homework** (worksheet, pictured assignments) **every session**
- **Eng. Vocab for parents** (Google Translate App –keep it simple )
- Re-establish their critical role in child's success
- **FAMILIES LEARN GOOD COMMUNICATION TECHNIQUES IN THEIR LANGUAGE**
- Encourage parents to learn majority language as a gift to their child –to navigate system –not to speak to child

# CONCLUSIONI

- Il complesso fenomeno migratorio globale , che ha visto un incremento notevole nel nostro Paese nell'ultimo decennio, pone **diverse criticità a livello sociale, educativo e sanitario**
- L'operatore sanitario è chiamato **a modificare e adattare la presa in carico e le proposte di cura in funzione di una nuova utenza** estremamente complessa ed articolata per diversi aspetti, in primis quello culturale (percezione della malattia, credenze, possibilità di adesione al progetto terapeutico)
- La gestione dell'ipoacusia infantile in contesto plurilingue per il nostro Paese è un ambito relativamente nuovo rispetto ad altri Paesi in cui vi è un radicato bilinguismo (es.Canada) **e non sempre gli operatori sanitari dispongono di adeguata preparazione e adeguati strumenti per poter attenersi all'equità della presa in carico e del trattamento**

# CONCLUSIONI

- La letteratura presente in materia è ancora esigua, tuttavia dimostra che la **condizione di bilinguismo non è penalizzante rispetto alla possibilità di adeguato sviluppo percettivo verbale e linguistico in bambini ipoacusici portatori di protesi acustiche o impianto cocleare**
- A differenza di quanto avveniva in un passato “recente” , forti dei dati prodotti in letteratura e dell’atteggiamento spontaneo delle famiglie bilingue con bambini ipoacusici, si è maturata la consapevolezza della **necessità di NON INIBIRE l’utilizzo della lingua nativa dei genitori e adattare le modalità di trattamento e counseling parentale a seconda delle differenze linguistiche e culturali specifiche**
- Tuttavia esistono **ELEMENTI DI CRITICITÀ** che possono condizionare l’evoluzione delle abilità linguistiche del bambino (progetto di vita familiare, adeguate risorse socio-economiche, possibilità di raggiungere i centri audiologici e di riabilitazione, inserimento in comunità scolastica, rete sociale, competenza dei genitori nella lingua del paese ospitante, presenza di disabilità associate)

- Necessità di maggior conoscenza delle specificità culturali con le quali ci confrontiamo in modo tale da poter garantire l'equità del trattamento e una giusta distribuzione delle risorse umane e materiali da mettere in atto
- Necessità di formazione del personale sanitario in questo ambito
- **Necessità di sviluppare nuovi strumenti** per una più equa valutazione e cura (monitorare l'evoluzione e competenza nelle due o più lingue)
- Necessità di una stretta collaborazione tra centri di audiologia e territorio

# POSITION STATEMENT

## SUPPLEMENT TO THE JCIH 2007 POSITION STATEMENT: PRINCIPLES AND GUIDELINES FOR EARLY INTERVENTION FOLLOWING CONFIRMATION THAT A CHILD IS DEAF OR HARD OF HEARING

### JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, ASHA 2013

- Goal 5: All children who are D/HH and their families from culturally diverse backgrounds and/or from non-English-speaking homes have access to culturally competent services with provision of the same quality and quantity of information given to families from the majority culture.

#### Recommendations

1. Identify the number of families who speak or sign a language other than English in the home and the percentage of families using non-English languages by native language.

2. Identify the number of families who speak English and are culturally diverse, including the areas of cultural diversity (African American, Hispanic/Latino, Asian American or South Pacific Islander, or American Indian/Native American).

3. Develop **a plan for ensuring access to information for families** whose native language is not English that is comparable to information provided to native English-speaking families by providing resources in the family's home language(s). Steps should include the following:

- **Identify the number of EI providers capable of providing EI services directly in a language other than English.**

- Identify the number of families receiving services that include **participation by regular and trained interpreters** (knowledgeable about the parent-infant curriculum).

- **Develop materials that are available in the home language(s) of the child or that can be adapted** (not just translated from one language to another) to the particular culture and language of the family.

- **4.Ensure that families from diverse cultures participate in and feel comfortable giving feedback about services received**, by providing diverse communication mechanisms including face-to-face feedback or surveys in the home language(s), buddy systems and peer mentors from culturally diverse groups, community leaders who can serve as cultural brokers and advisers, and consistent interpreters who are trained in the EI curricula specific to families with children who are D/HH.
- **5.Develop professional in-service training** that includes information about providing services to families who do not speak English. This training should include such topics as cultural differences in attitudes and beliefs about disability, behaviors that may be considered offensive by other cultures, avoidance of cultural stereotypes, and different cultural expectations of medical, allied health, and educational professionals. Training should also **include beliefs about being deaf and hard of hearing not as a disability but as a cultural and linguistic difference**.
- **6.Monitor the developmental progress of children who are acquiring languages other than spoken English**. For some of the more common languages, such as Spanish, there are a few developmental instruments that can be used. As developmental assessments become available in other languages, they should be incorporated into EI programs to assist families in monitoring their child's progress and determining whether the choices made are facilitating success in communication for their child who is D/HH. (see [www.sci.sdsu.edu/cdi/adaptations\\_ol.htm](http://www.sci.sdsu.edu/cdi/adaptations_ol.htm) for **the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories in other languages**).

# TAKE HOME MESSAGE

Sostenere la lingua della famiglia, **LA LINGUA DEL CUORE** (A.Mc.Robbins, 2007) permette di

- ✓ Mantenere la propria identità e non vivere la propria cultura come subordinata (cittadini di serie B)
- ✓ Esposizione a un contesto comunicativo linguistico ricco in ogni suo aspetto (formale, pragmatico, emozionale es. story telling familiare, ricca di particolari dei quali non sempre l'equivalente di traduzione mantiene le stesse sfumature e significato profondo)
- ✓ Una buona esposizione a L1 sembrerebbe avere ricadute positive sull'evoluzione della L2 che a sua volta è la base per una buona carriera scolastica e adeguato inserimento sociale
- ✓ **Ricaduta del pensiero e delle conoscenze scientifiche in ambito sociale**

# BIBLIOGRAFIA

- Bonifacci P. (a cura di) " I bambini bilingui. Favorire gli apprendimenti nelle classi multiculturali", Carrocci editore, Roma, 2018
- Bosco E., Nicastrì M. " L'impianto cocleare in bambini sordi immigrati di prima e seconda generazione. Problematiche valutative e riabilitative", in Logopedia e Comunicazione, Vol.7, n.1 , gennaio 2011
- Farneti D., Nadalini A., Guarnaccia MC., Genovese E. " Sviluppo delle abilità comunicativo precoci in bambini ipoacusici bilingui" in Patrociniò D., Schindler A. (a cura di) " I disturbi della comunicazione nella popolazione multilingue e multiculturali", ed. Franco Angeli, Milano, 2014
- Formigoni P. e coll., "Piccoli sordi in terra straniera: bilinguismo e sordità", in "Ipoacusie preverbalì: orientamenti riabilitativi", a cura di G.Paludetti, L.D'Alatri, Acta Phoniátrica Latina, vol.33, fasc.1-2, ed. La Garangola, Padova, 2011
- Gintoli G., Vernerò I., "Culture, infanzie, sordità: il logopedista e il bambino sordo straniero", I CARE, nº4, Ottobre-Dicembre 2013
- Gintoli G., Vernerò I., " In quale lingua riabilitare", in Patrociniò D., Schindler A. (a cura di) " I disturbi della comunicazione nella popolazione multilingue e multiculturali", ed. Franco Angeli, Milano, 2014
- Guarnaccia MC., D'Adamo C., Artioli FL., Genovese E. " Evoluzione delle abilità comunicative nel bambino bilingue con protesi ed impianto cocleare", in Patrociniò D., Schindler A. (a cura di) " I disturbi della comunicazione nella popolazione multilingue e multiculturali", ed. Franco Angeli, Milano, 2014
- Nicastrì M., Bosco E., Mancini P., Traisci E., "La sordità nel bambino multilingue\multiculturali" in Patrociniò D., Schindler A. (a cura di) " I disturbi della comunicazione nella popolazione multilingue e multiculturali", ed. Franco Angeli, Milano, 2014
- Salvadorini R. "I disturbi primari di linguaggio nel bambino multilingue\multiculturali", in Patrociniò D., Schindler A. (a cura di) " I disturbi della comunicazione nella popolazione multilingue e multiculturali", ed. Franco Angeli, Milano, 2014
- Zanetti D. e coll. "La riabilitazione di bambini sordi bilingue con impianto cocleare", I CARE nº1, Gennaio – Marzo 2012