

**Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
Facoltà di Psicologia 2**

**L’ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO IN CONDIZIONI
PATOLOGICHE**

A cura di Daniela Fabbretti

**dispense del corso di Psicolinguistica
a.a. 2001 – 2002**

INDICE

1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

- 1.1 LA PROSPETTIVA PSICOLINGUISTICA**
- 1.2 LA PROSPETTIVA NEUROPSICOLOGICA**

2. PROBLEMI E TEMI CONNESSI ALLO STUDIO DELL'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO IN CONDIZIONI PATOLOGICHE

- 2.1 RITARDO-ATIPIA**
- 2.2 INNATISMO-INTERAZIONISMO**
- 2.3 LA FACOLTÀ DI LINGUAGGIO**
- 2.4 LA VARIABILITÀ**

3. TEMI DI RICERCA

- 3.1 IL RITARDO MENTALE**
- 3.2 LA SINDROME DI DOWN**
- 3.3 LA SINDROME DI WILLIAMS**
- 3.4 LA SCRITTURA**

4. APPROFONDIMENTI

- 4.1 L'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO NELLA SINDROME DI DOWN**
- 4.2 L'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO NELLA SINDROME DI WILLIAMS**
- 4.3 LE PRIME FASI DI ALFABETIZZAZIONE NEI BAMBINI CON SINDROME DI DOWN**
- 4.4 LE PRIME FASI DI ALFABETIZZAZIONE NEI BAMBINI SORDI**

1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

1.1 LA PROSPETTIVA PSICOLINGUISTICA

La *psicolinguistica* (o psicologia del linguaggio) è una disciplina relativamente recente. La sua fondazione ufficiale si fa risalire a un famoso Convegno tenutosi nel 1951 presso l'Università dell'Indiana a cui parteciparono linguisti, psicologi, antropologi culturali e informatici. Attualmente può essere definita come la branca della psicologia cognitiva che si occupa del linguaggio. In particolare la psicolinguistica studia i processi psicologici che soggiacciono all'uso del linguaggio ed è caratterizzata da un approccio sperimentale e interdisciplinare che interessa la produzione, la comprensione, lo sviluppo e i disturbi del linguaggio.

Per saperne di più:

Cacciari, C. (2001). *Psicologia del linguaggio*. Bologna: Il Mulino.

Tabossi, P. (1999). *Il linguaggio*. Collana "farsi un'idea". Bologna: Il Mulino.

1.2 LA PROSPETTIVA NEUROPSICOLOGICA

La *neuropsicologia* è la branca delle neuroscienze che si occupa delle relazioni fra cervello e comportamento. In particolare essa elabora e verifica modelli dei processi cognitivi attraverso lo studio dei disturbi e delle difficoltà derivanti da alterazioni del cervello (es. lesioni cerebrali). Inizialmente i modelli della neuropsicologia, elaborati sulla base di studi condotti con persone adulte, sono stati adottati per spiegare i processi cognitivi in generale. L'applicazione di tali modelli ai dati provenienti dallo studio di soggetti in via di sviluppo, però, ha mostrato ben presto dei limiti. Alcuni dati empirici relativi ai disordini evolutivi non potevano essere spiegati da questi modelli e, inoltre, alcuni problemi di ordine metodologico rendevano difficile l'uso dei metodi della neuropsicologia. Da queste premesse ha preso le mosse la *neuropsicologia evolutiva* che, sebbene rimanga fortemente influenzata dalla neuropsicologia cognitiva, ha come obiettivo principale quello di elaborare modelli adeguati ai processi cognitivi di soggetti in via di sviluppo.

Per saperne di più:

Sabbadini, G. (a cura di). (1995). *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Bologna: Zanichelli.

Tabossi, P. (1999). *Il linguaggio*. Collana farsi un'idea. Bologna: Il Mulino.

Vicari, S., Caselli, M.C. (a cura di) (in stampa). *I disturbi dello sviluppo: Neuropsicologia clinica e ipotesi riabilitative*. Bologna: Il Mulino.

2. PROBLEMI E TEMI CONNESSI ALLO STUDIO DELL'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO IN CONDIZIONI PATOLOGICHE

2.1 RITARDO-ATIPIA

Uno dei problemi teorici a cui, coloro che studiano l'acquisizione del linguaggio in condizioni patologiche, cercano di dare risposta riguarda la natura stessa dei disturbi che vengono studiati. In particolare i ricercatori si chiedono se il linguaggio che stanno analizzando possa essere descritto in termini di ritardo linguistico o di atipia. L'ipotesi del *ritardo* implica che il linguaggio di un bambino con difficoltà di acquisizione sia solo rallentato rispetto a quello di un bambino normale. I bambini con difficoltà, quindi, attraverserebbero le stesse fasi dello sviluppo linguistico dei bambini normali, ma in tempi diversi. Il loro linguaggio, sebbene paragonabile a quello di bambini più piccoli, non presenta dei tratti distintivi. L'ipotesi dell'*atipia*, invece, prevede che oltre a un generale ritardo il linguaggio dei bambini con difficoltà mostri anche delle caratteristiche qualitative peculiari. Ciò significa che specifici profili linguistici sarebbero riconducibili a specifici quadri clinici.

Quali sono i criteri in base ai quali possiamo distinguere fra uno sviluppo ritardato e uno sviluppo atipico (o deviante)? Caselli e Volterra (1999) riportano i seguenti criteri:

Si può parlare di *ritardo* in presenza di:

- a) prestazioni qualitativamente sovrapponibili a quelle di bambini più piccoli con un normale sviluppo linguistico,
- b) una sequenza di tappe di sviluppo analoga a quella dei bambini normali,
- c) un ritardo nella comparsa del linguaggio e un rallentamento nei ritmi dello sviluppo,
- d) una certa modificabilità della prestazione e possibilità di recupero.

Si può parlare di *atipia* (o devianza) in presenza di:

- a) un ritmo di acquisizione molto rallentato,
- b) cambiamenti molto lenti,
- c) sequenza di tappe di sviluppo non analoga a quella dei bambini normali,
- d) rigidità nell'uso delle regole,
- e) una dissociazione fra le diverse componenti del linguaggio (ad es. fra sintassi e morfologia) e all'interno della stessa componente (ad es. fra morfologia libera e morfologia legata).

Per saperne di più:

Caselli, M.C., Volterra, V. (1999). Acquisire il linguaggio: competenze di base e differenze individuali. In C. Pontecorvo (a cura di). *Manuale di psicologia dell'educazione* (91-114). Bologna: Il Mulino.

2.2 INNATISMO-INTERAZIONISMO

Il linguaggio è innato o appreso? Questa domanda è il fulcro di un dibattito di lunga durata fra gli studiosi del linguaggio. In base a un punto di vista *innatista* (si pensi alla teoria chomskyana) il linguaggio è una facoltà innata (che non può essere appresa) e indipendente dalle altre abilità cognitive. Questa assunzione ha diverse implicazioni teoriche, prima fra tutte il fatto che se i meccanismi di elaborazione del linguaggio sono specifici (*specific-domain*) e non condivisi con altri domini cognitivi (*general-domain*), allora ci deve essere una precisa localizzazione delle strutture cerebrali che si sono evolute in modo specifico per l'elaborazione del linguaggio (si pensi al concetto fodoriano di *modulo* cioè di struttura innata, specializzata e autonoma). Un'altra implicazione di questa posizione è che se il linguaggio è un dominio specifico, allora dovremmo riscontrare delle dissociazioni fra il linguaggio e le abilità cognitive e all'interno del linguaggio fra domini diversi (es. fra lessico e morfologia).

In realtà questa visione riduttiva dell'innatismo non è confermata né dai dati empirici (si vedano ad es. i dati sullo sviluppo nella sindrome di Down o nella sindrome di Williams), né dalle recenti scoperte neurobiologiche (si vedano ad es. i dati sulla plasticità del cervello). Attualmente nessuno studioso del linguaggio sarebbe disposto a tornare su posizioni comportamentiste e negare il ruolo dei fattori innati nell'acquisizione del linguaggio. Il problema semmai è capire qual è l'effettivo contributo dei fattori innati in questo processo e il complesso gioco di relazioni fra fattori innati e ambiente. Si tratta, inoltre, di capire il tipo di relazioni che il linguaggio ha con altre abilità cognitive. Un approccio che ha tentato di elaborare modelli che potessero dar conto di questi aspetti e di fornire una spiegazione unitaria dei fenomeni che mettono in crisi l'innatismo è l'approccio *interazionista*. In base a questo approccio il linguaggio sarebbe il frutto dell'interazione fra certi vincoli strutturali e temporali e i problemi che gli individui incontrano nel loro ambiente. In sostanza ciò che sarebbe predeterminato geneticamente non è l'informazione stessa (le rappresentazioni), quanto i vincoli che mediano il nostro rapporto con l'ambiente. L'interazionismo, quindi, non nega i quesiti sul linguaggio posti da chi assume posizione innatiste,

semmai ritiene che ad essi possono essere date risposte alternative che non necessariamente implicano l'innatezza del linguaggio. Tra i tanti argomenti che gli interazionisti oppongono alle argomentazioni innatiste, alcuni riguardano proprio il problema della dissociazione fra il linguaggio e le altre abilità cognitive e della dissociazione all'interno di abilità specifiche interne allo stesso dominio linguistico.

Ad esempio, un deficit linguistico associato a un disordine trasmesso geneticamente non è una dimostrazione che il linguaggio è *specific-domain*? Secondo gli interazionisti questo non è necessariamente vero, dato che possiamo rispondere affermativamente a questa domanda solo se l'alterazione genetica influenza il linguaggio isolatamente. In realtà gli studi condotti con alcune popolazioni speciali (ad es. persone con sindrome di Down e persone con sindrome di Williams) mostrano che i quadri clinici di pazienti con disordini genetici non sono sempre chiaramente dissociati. Inoltre, se potessimo dimostrare che il cervello processa diversamente due aspetti della stessa area linguistica, ad es. i morfemi grammaticali regolari e irregolari, questa non sarebbe la prova di un processamento *specific-domain*? Anche in questo caso, per gli interazionisti, la risposta non può essere affermativa perché incompatibile con i numerosi dati sperimentali sulla plasticità cerebrale (in particolare gli studi sulle lesioni focali). Tali dati, infatti, dimostrano come il linguaggio sia processato da aree diverse del cervello e non localizzabile in un unico punto specifico.

Per saperne di più:

- Bates, E., Elman, J., Johnson, M., Karmiloff-Smith, A., Parisi, D., Plunkett, K. (1998). Innateness and emergentism. In W. Bechtel, G. Graham (a cura di). *A companion to cognitive science* (560-601). Oxford: Basil Blackwell.
(<http://www.crl.ucsd.edu/~bates/private/papers/html>)
- Fanari, R. (2000). Teorie e modelli sull'acquisizione del linguaggio. In M. Orsolini (a cura di). *Il suono delle parole. Percezione e conoscenza del linguaggio nei bambini*. Firenze: La Nuova Italia.
- Volterra, V., Bates, E. (1995). L'acquisizione del linguaggio in condizioni normali e patologiche. In G. Sabbadini (a cura di). (1995). *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Bologna: Zanichelli.

2.3 LA FACOLTÀ DI LINGUAGGIO

L'uomo si distingue dagli animali perché dotato della *facoltà di linguaggio*, cioè della capacità geneticamente determinata di apprendere ed usare la lingua o le lingue a cui è esposto. Questa affermazione può essere compresa, in tutte le sue implicazioni, solo a partire da alcune premesse. In primo luogo bisogna fare una distinzione fra *usare il linguaggio* e *comunicare*. Anche gli animali sono in grado di

comunicare, ma solo l'uomo è in grado di farlo attraverso una lingua. La seconda distinzione riguarda *lingua* e *linguaggio*. Con il primo termine si fa riferimento a un sistema simbolico astratto socialmente determinato, con il secondo ci si riferisce invece alla capacità cognitiva che ci consente di usare una lingua.

Nella nostra affermazione iniziale sono contenute, inoltre, alcune implicazioni. In quale modo la facoltà di linguaggio è geneticamente determinata? A questa domanda ha cercato di rispondere il dibattito fra innatisti e interazionisti (cfr. paragrafo precedente). La facoltà di linguaggio può esprimersi solo attraverso una specifica modalità linguistica? I dati provenienti dallo studio delle lingue visivo-gestuali utilizzate dalle persone sorde hanno dimostrato che la facoltà di linguaggio è indipendente dalla modalità linguistica. Infatti, i bambini sordi se esposti ad una lingua dei segni possono imparare a segnare nello stesso modo in cui, i bambini udenti, imparano a parlare.

Per saperne di più:

Tabossi, P. (1999). *Il linguaggio*. Collana farsi un'idea. Bologna: Il Mulino.

2.4 LA VARIABILITÀ

Chiunque si occupi di linguaggio in generale si confronta con il problema della *variabilità* dello sviluppo. Bates *et al.* (in stampa) hanno distinto diversi tipi di variabilità nell'ambito dello sviluppo linguistico normale:

- a) La variabilità cross-linguistica. Ci sono differenze nell'apprendimento di lingue diverse che riguardano sia il tipo, sia i tempi delle principali tappe dell'acquisizione del linguaggio.
- b) La variabilità nell'apprendimento della stessa lingua. Ci sono forti differenze individuali fra i soggetti che apprendono la stessa lingua, tali differenze possono riguardare sia il ritmo con cui vengono raggiunte e attraversate certe fasi, sia lo stile di apprendimento (analitico/globale).

La variabilità, quindi, è un fatto costitutivo dei normali processi di acquisizione del linguaggio, ma diventa particolarmente evidente se si osservano le prestazioni di soggetti che, per diversi motivi, incontrano delle difficoltà nell'imparare a parlare.

Per saperne di più:

Bates, E., Thal, D., Finlay, B., Clancy, B. (in stampa). Early language development and its neural correlates. In I. Rapin, S., Segalowitz (a cura di). *Handbook of*

3. TEMI DI RICERCA

3.1 IL RITARDO MENTALE

Il ritardo mentale è una condizione complessa caratterizzata da un deficit cognitivo alla cui definizione, però, concorrono altri fattori. Infatti, il ritardo mentale è associato e determina un disturbo complessivo della personalità e della capacità di adattamento. La diagnosi di ritardo mentale viene fatta da persone esperte sulla base di criteri condivisi e convenzionali. Tre sono le principali classificazioni di riferimento:

- β La classificazione dei disturbi mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- β La classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10).
- β La classificazione dell'Associazione Americana per lo studio del Ritardo Mentale.

Secondo Masi e Stella (1995) il DSM-IV condivide con gli altri sistemi di classificazione i seguenti tre criteri diagnostici:

- a) funzionamento cognitivo significativamente al di sotto della norma;
- b) un'importante compromissione del comportamento adattivo in almeno due delle 10 aree definite dal manuale (capacità comunicative, capacità di cura personale, capacità di vita domestica, capacità sociali, capacità d'uso delle strutture delle comunità, capacità di autoregolazione, capacità di tutela della propria salute e incolumità, capacità di utilizzare in contesti funzionali gli apprendimenti scolastici, l'impiego del tempo libero e il lavoro);
- c) insorgenza entro i 18 anni d'età.

Sempre in base al DSM-IV, si differenziano i seguenti livelli di ritardo cognitivo in base alla gravità della compromissione del Quoziente Intellettivo (QI):

<u>lieve</u>	QI compreso tra 50/55 e 70
<u>medio</u>	QI compreso tra 35/40 e 50/55
<u>grave</u>	QI compreso tra 20/25 e 35/40
<u>profondo</u>	QI inferiore a 20/25

E' stato stimato che circa l'85% dei ritardi mentali è di tipo lieve. Al di là delle classificazioni e dei criteri diagnostici il ritardo mentale costituisce un quadro molto complesso e ancora poco conosciuto. Ciò è dovuto, da un lato alla disomogenità dei quadri clinici associati al ritardo mentale (si veda, ad esempio, il confronto fra le prestazioni di persone con sindrome di Down e persone con sindrome di Williams) e, dall'altro, alle difficoltà metodologiche che si incontrano nello studio del ritardo mentale (si pensi, ad esempio, alle complesse interazioni fra fattori neurobiologici e fattori psicosociali o ai problemi legati alla misurazione e valutazione delle prestazioni).

Lo studio del ritardo mentale offre un contributo importante alla conoscenza dei processi cognitivi. In particolare il confronto fra soggetti con ritardo mentale di diversa eziologia e il confronto fra soggetti con ritardo mentale e soggetti normodotati, rendono disponibili dati importanti per la definizione di modelli dello sviluppo e del processo cognitivo (ad esempio su quali sono i rapporti fra cognizione e metacognizione) e la definizione stessa di un modello di intelligenza (l'intelligenza come sistema integrato o settoriale).

Per saperne di più:

Masi, G., Stella, G. (1995). Neuropsicologia del ritardo mentale. In G. Sabbadini (a cura di). (1995). *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva* (505-538). Bologna: Zanichelli.
Sito dell'Associazione Psichiatrica Americana (<http://www.psych.org>)
Sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization) (<http://www.who.int/>)
Sito dell'Associazione Americana per lo studio del Ritardo Mentale (<http://www.aamr.org>)

3.2 LA SINDROME DI DOWN

La *Sindrome di Down* deve il suo nome a Langdon Down, un medico inglese che nel 1866 per primo la riconobbe. Si tratta di una sindrome genetica dovuta ad un'anomalia cromosomica. La forma più diffusa (95% dei casi) è la *trisomia 21 libera completa* definita dalla presenza di cellule contenenti tre cromosomi 21 anziché due. Molto meno diffuse sono le forme di *trisomia 21 libera in mosaicismo* (2% dei casi) e la *trisomia 21 da traslocazione* (3% dei casi). La prima è caratterizzata dalla presenza di alcune cellule normali con 46 cromosomi e da altre cellule con 47 cromosomi (cioè con un cromosoma 21 in più). La seconda, invece, è caratterizzata dalla presenza di un corredo cromosomico integro dal punto di vista numerico in cui, però, parti del materiale genetico della coppia 21 sono presenti in altri cromosomi.

Oggi in Italia un bambino su 800 nasce con la Sindrome di Down e si stima che la popolazione totale comprenda circa 40.000 persone (Fonte: Associazione Italiana Persone Down). Le cause della sindrome non sono a tutt'oggi ancora note e l'unico dato certo, su cui concordano i ricercatori, è una evidente correlazione fra l'incidenza della sindrome e l'età materna: quanto più la gravidanza si verifica in età avanzata tanto più elevato è il rischio che il nascituro sia affetto dalla Sindrome di Down.

L'aspetto esteriore dei bambini con Sindrome di Down appare marcato da alcune caratteristiche distintive tra cui: il tipico taglio degli occhi a mandorla; bocca piccola e aperta con protusione della lingua; orecchie piccole con attaccatura bassa; macchie particolari nell'iride; mani corte e tozze con indice, medio e anulare della stessa lunghezza; palmo della mano con un'unica piega. Alla sindrome, inoltre, sono spesso associati altri problemi tra cui cardiopatie, disturbi dell'udito e della vista.

Dal punto di vista evolutivo la Sindrome di Down appare caratterizzata da un ritardo mentale di gravità variabile (ricordiamo inoltre che essa è la causa più frequente di ritardo mentale) da uno sviluppo ritardato nelle diverse aree dello sviluppo (area psicomotoria, area linguistica, area cognitiva, ecc.). Tuttavia è stata riscontrata un'estrema variabilità nelle competenze delle persone con Sindrome di Down e alcuni dati sembrano portare evidenze all'ipotesi di uno sviluppo non solo ritardato, ma anche con qualche disomogeneità qualitativa .

Per saperne di più:

Contardi, A., Vicari, S. (1994). *Le persone Down. Aspetti neuropsicologici, educativi e sociali*. Milano: Franco Angeli.

Sito dell'Associazione Italiana Persone Down (<http://www.aipd.it>)

3.3 LA SINDROME DI WILLIAMS

La *Sindrome di Williams* (detta anche di Williams-Beuren) è stata scoperta solo nel 1961, quando per la prima volta un medico neozelandese la descrisse.

Ogni 20.000 nati 1 è affetto dalla sindrome, ma la stima è sicuramente in difetto dato che la sindrome è ancora poco conosciuta e solo da pochi anni si dispone di un test diagnostico efficace. La sindrome, di origine genetica, è dovuta alla microdelezione del braccio lungo del cromosoma 7.

L'aspetto esteriore delle persone con sindrome di Williams appare marcato da alcuni dismorfismi facciali: sopracciglia rade; narici anteverse; pienezza periorbitale; epicanto (piega cutanea che ricopre l'angolo interno dell'occhio); labbra grosse e prominenti, ecc. e dalla statura bassa. Alla sindrome sono associate: voce roca;

anomalie cardiovascolari (in particolare stenosi aortica sopravvalvolare), renali, endocrine e scheletriche; anomalie visive e iperacusia.

Da un punto di vista evolutivo la sindrome è caratterizzata da un ritardo mentale medio-lieve (mediamente con QI di 50) anche se la variabilità è elevata. Lo sviluppo dei bambini con Sindrome di Williams sembra essere caratterizzato da una dissociazione fra il linguaggio (che risulterebbe più avanzato) e le altre abilità cognitive (che risulterebbero più compromesse soprattutto per quanto riguarda aspetti visuo-motori e visuo-spaziali). In realtà, i ricercatori non concordano pienamente su questo punto e, studi più recenti, hanno rivelato un quadro ben più complesso in cui solo alcuni aspetti sembrano essere preservati (ad es. la fluenza fonologica) ed altri più compromessi (ad. es. aspetti morfologici). Infine, lo sviluppo sembra essere caratterizzato da un ritardo, ma anche da un'atipia.

Per saperne di più:

Gainotti, A., Vicari, S. (a cura di) (1999). *La sindrome di Williams. Aspetti clinici e riabilitativi*. Milano: Franco Angeli.

Sito dell'Associazione Italiana Sindrome di Williams
(<http://www.sindromediwilliams.com>)

3.4 LA SCRITTURA

Scrivere, oltre che una pratica sociale, è un'attività complessa che richiede l'integrazione di competenze cognitive generali (percezione, memoria, ecc.) e di diverse conoscenze (linguistiche, testuali, enciclopediche, ecc.). I bambini, nella nostra cultura, entrano precocemente in contatto con la scrittura. Ciò li predispone a sviluppare precise ipotesi di essa e a costruirsi un bagaglio di conoscenze prima ancora di iniziare un percorso di scolarizzazione (in cui la scrittura sarà oggetto di insegnamento formale).

Se si vogliono affrontare i processi di acquisizione della scrittura si deve tenere a mente la distinzione fra *sistemi di scrittura* e *lingua scritta*. Un sistema di scrittura è l'insieme delle norme e delle convenzioni con cui i suoni della lingua parlata e il parlato stesso vengono rappresentati da segni grafici ; la lingua scritta è "ciò che viene prodotto attraverso il mezzo scritto" (Halliday, 1992) e che non corrisponde ad una trascrizione del parlato, bensì ha precise caratteristiche strutturali e specifici modi di produzione.

Si deve a Ferreiro e Teberosky (1979) uno dei modelli più diffusi delle fasi di acquisizione della lingua scritta in generale e del sistema di scrittura in particolare.

Dopo una prima fase di differenziazione fra il disegno e la scrittura, si possono distinguere i seguenti livelli:

Livello presillabico: la scrittura è interpretata principalmente come scrittura di nomi in cui non c'è corrispondenza fra un nome e un segno.

Livello sillabico: il bambino scopre che i segni sulla carta stanno al posto delle parole dette e viene stabilita una corrispondenza fra i segni grafici e i suoni della parola (in questo caso le sillabe).

Livello sillabico-alfabetico: il bambino oscilla, all'interno della medesima scrittura, fra l'attribuzione di un valore sillabico e l'attribuzione di un valore alfabetico ai segni scritti.

Livello alfabetico: il bambino stabilisce una corrispondenza biunivoca fra le lettere e i suoni della lingua parlata. Ad un grafema corrisponde un fonema.

Imparare a scrivere, però, non significa solo acquisire un sistema di scrittura significa anche, e soprattutto, familiarizzarsi con gli usi della lingua scritta. La scrittura con cui i bambini si confrontano, e da cui traggono le loro ipotesi sul sistema, non è un oggetto astratto. I bambini la incontrano sempre all'interno di contesti significativi, nel giornale di mamma e papà, nel libro illustrato che viene letto tutte le sere, sui cartelloni pubblicitari nella strada, sulle vetrine di negozi, sulle confezioni dei prodotti del supermercato, ecc. E i bambini sembrano precocemente sensibili alle caratteristiche della lingua scritta arrivando ben presto a sviluppare diversi generi testuali e a differenziare ciò che si dice da ciò che si scrive.

Per saperne di più:

Pontecorvo, C., Fabbretti, D. (1999). Apprendere un sistema di scrittura, apprendere una lingua scritta. In C. Pontecorvo (a cura di). *Manuale di psicologia dell'educazione* (pp.173-194). Bologna: Il Mulino.

Zuccheromaglio, C. (1991). *Gli apprendisti della lingua scritta*. Bologna: Il Mulino.

4. APPROFONDIMENTI

4.1 L'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO NELLA SINDROME DI DOWN

Caselli, M.C., Marchetti, C., Vicari, S. (1994). Conoscenze lessicali e primo sviluppo morfosintattico. In A. Contardi, S. Vicari (a cura di). *Le persone Down. Aspetti neuropsicologici, educativi e sociali* (28-48). Milano: Franco Angeli.

Fabbretti, D., Pizzuto, E., Vicari, S., Volterra, V. (1994). L'acquisizione del linguaggio: caratteristiche della produzione verbale. In A. Contardi, S. Vicari (a cura di). *Le persone Down. Aspetti neuropsicologici, educativi e sociali* (49-67). Milano: Franco Angeli.

4.2 L'ACQUISIZIONE DEL LINGUAGGIO NELLA SINDROME DI WILLIAMS

Pezzini, G., Volterra, V., Ossella, M.T., Sabbadini, L. (1999). Abilità linguistiche. In A. Gainotti, S. Vicari (a cura di). *La sindrome di Williams. Aspetti clinici e riabilitativi*, (101-121). Milano: Franco Angeli.

4.3 LE PRIME FASI DI ALFABETIZZAZIONE NEI BAMBINI CON SINDROME DI DOWN

Stella, G., Biancardi, A. (1994). L'apprendimento della scrittura. In A. Contardi, S. Vicari (a cura di). *Le persone Down. Aspetti neuropsicologici, educativi e sociali* (68-80). Milano: Franco Angeli.

4.4 LE PRIME FASI DI ALFABETIZZAZIONE NEI BAMBINI SORDI

Pace, C., Pontecorvo, C., Skliar, C., Volterra, V. (1994). Le prime ipotesi dei bambini sordi sulla lingua scritta. *Età Evolutiva*, 48, 22-41.