

Progettare la cura

Comunicazione, accessibilità e *neurodivergenze* in ambulatorio

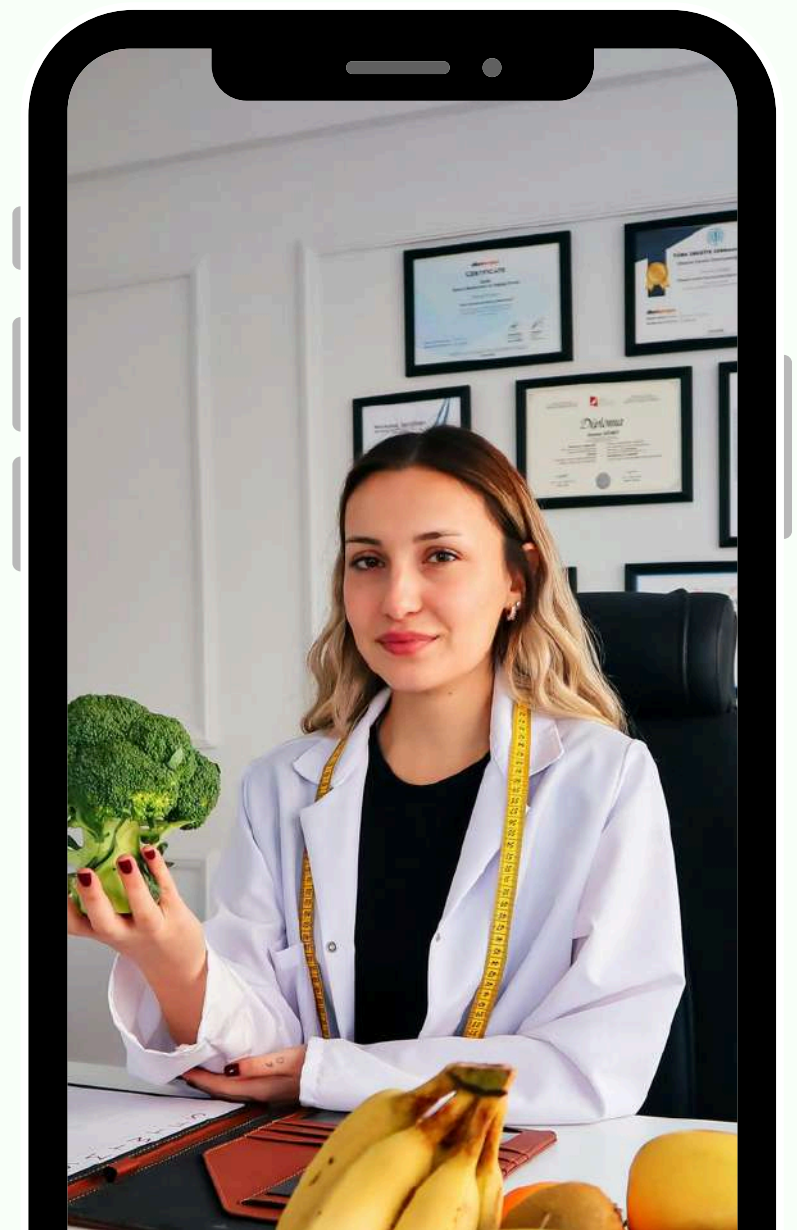
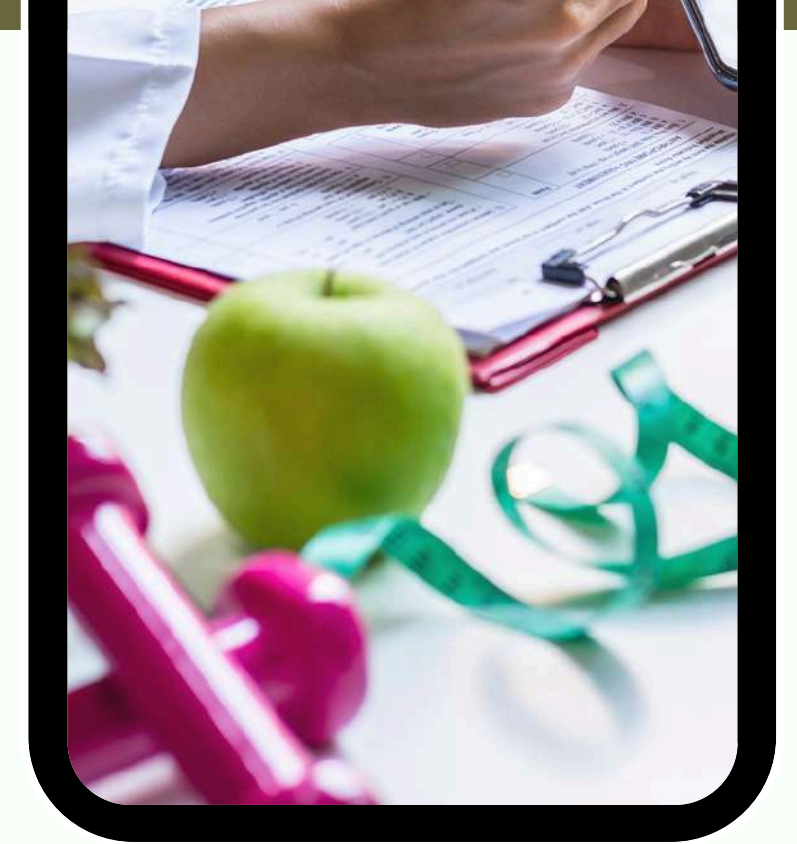
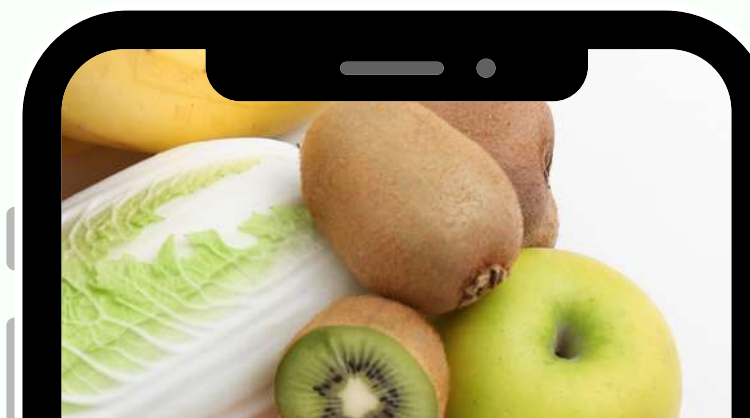
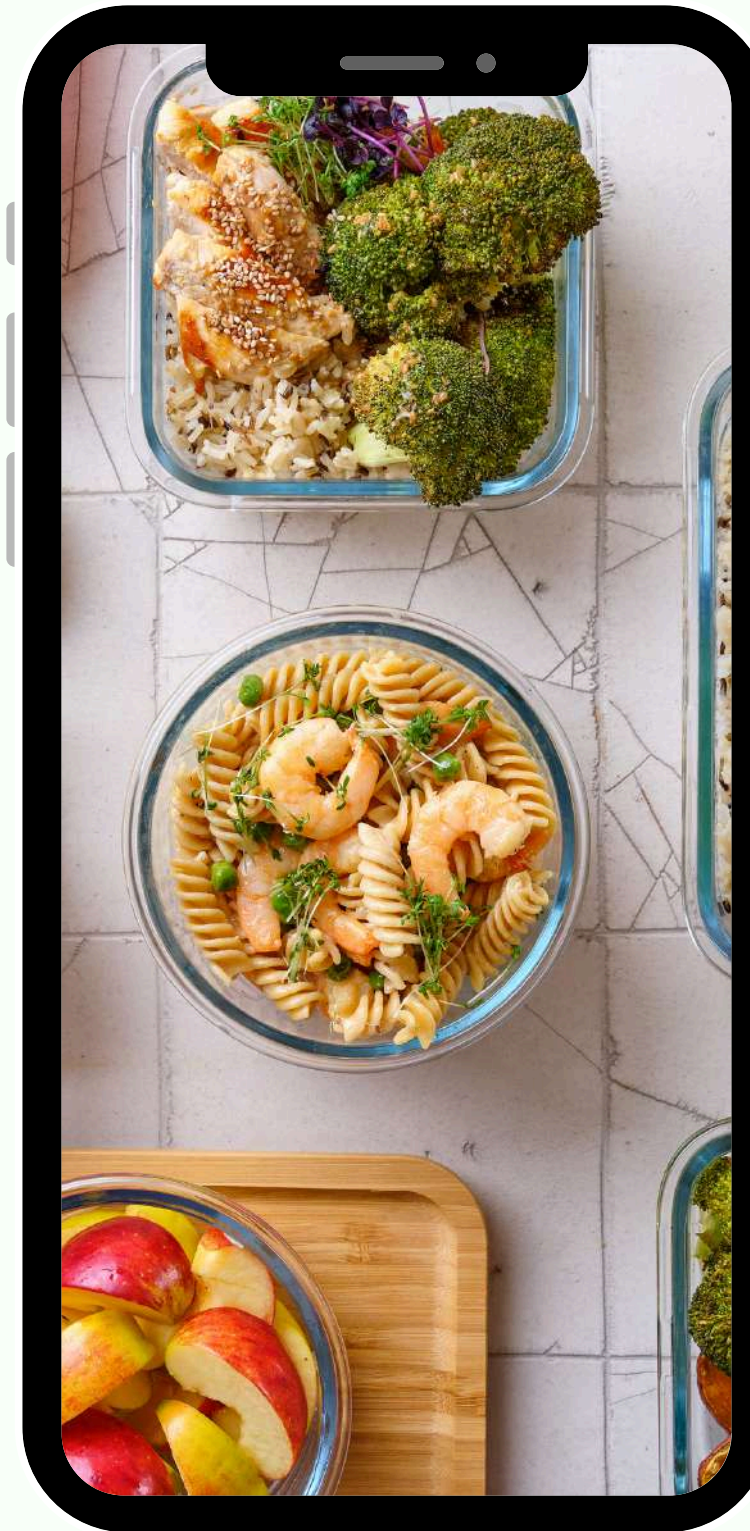
Anche **la forma è sostanza terapeutica**
nel percorso nutrizionale

Relatrice

dott.ssa Claudia Pace

Gruppo Synergo
Responsabile Brand & Comunicazione
Diversity Manager

Docente Universitaria
Esperta di Accessibilità e Didattica



01

Introduzione e visione

Il pre-requisito per il successo

02

Conoscere per capire: nutrizione

Selettività alimentare, interocezione alterata e profili sensoriali

03

Conoscere per capire: interazione

Canali e codici di scambio

04

Takeout

Punti chiave e direzioni d'azione

05

Le parole

Uso consapevole del linguaggio e superamento degli stereotipi

06

Relazione clinica neuro-affermativa

Trasformare le regole etiche, lessicali e comunicative in passaggi pratici e ripetibili

07

Numeri e sommerso clinico

Riduzione dell'invisibilità

08

La visita in 3 dimensioni

Dal pre al post visita: prevenire il sovraccarico sensoriale e cognitivo e offrire un servizio adeguato.

09

Accessibilità visiva per la salute

Quando tipografia, layout e cromia aiutano a ridurre la barriera cognitiva.

10

Universal Design For All

Conclusioni

L'accessibilità cognitiva
non è una concessione o un "*di più*",
ma **il pre-requisito per il successo**
di qualsiasi piano alimentare.

ACCESSIBILITÀ COGNITIVA



[attjessibili'ta].

L'accessibilità cognitiva è **la capacità di rendere ambienti, servizi, informazioni e contenuti digitali facilmente comprensibili e utilizzabili da chiunque**, indipendentemente dalle proprie capacità di elaborazione mentale, memoria o linguaggio.

Per insegnare il latino a Giacomo,
devi conoscere il latino,
ma anche Giacomo.

- Mia madre



Autismo: sensorialità e prevedibilità

Iper-reattività sensoriale (Tratti ARFID)

- La **consistenza**, la **temperatura** e l'**odore del cibo** prevalgono sul sapore.
- I **cibi industriali** spesso rassicurano perché sono identici in ogni morso (zero sorprese).
- Evitare di forzare alimenti con **consistenze miste o imprevedibili** (es. minestrone o frutta con semi).
- Validare e mantenere accessibili i "safe foods" (cibi rifugio).

Cecità interocettiva

- Ritardo o incapacità di decodificare i segnali precoci di fame o sazietà corporea. Si passa **dall'assenza di stimolo al dolore gastrico**.
- Evitare l'istruzione "mangia ascoltando il tuo corpo". Prescrivere **orari fissi basati sull'orologio** o su **timer** per meccanizzare l'assunzione.

Necessità di Invarianza

- La routine rigida **riduce l'ansia** e il carico cognitivo.
- Autorizzare la ripetizione, nei limiti del possibile.

ADHD: esecutività e dopamina

Collasso delle Funzioni Esecutive

- Preparare un pasto "semplice" richiede in realtà **decine di micro-passaggi** (aprire, lavare, sbucciare, cuocere, pulire) che paralizzano chi ha deficit di task initiation.
- **Regola per il piano**: sdoganare verdure pre-lavate in busta, legumi già cotti, snack monoporzione e pasti in un'unica padella (one-pot) per ridurre le stoviglie, o regolare le attività in base alle energie giornaliere e congelare l'eccedente.

Ricerca di Dopamina

- Il cervello in deficit dopaminergico **cerca stimolazione rapida** attraverso zuccheri, carboidrati o texture specifiche.
- Regola per il piano: integrare intenzionalmente alimenti molto stimolanti a livello masticatorio (es. noci, cracker spessi, carote crude) per saziare il bisogno neurologico ed evitare il binge eating serale.

Paralisi Decisionale

- Un frigorifero pieno senza istruzioni genera **blocco cognitivo**.
- Usare **menù a bivi** (Pranzo: Opzione A o Opzione B) che non richiedano di attingere alla memoria di lavoro.



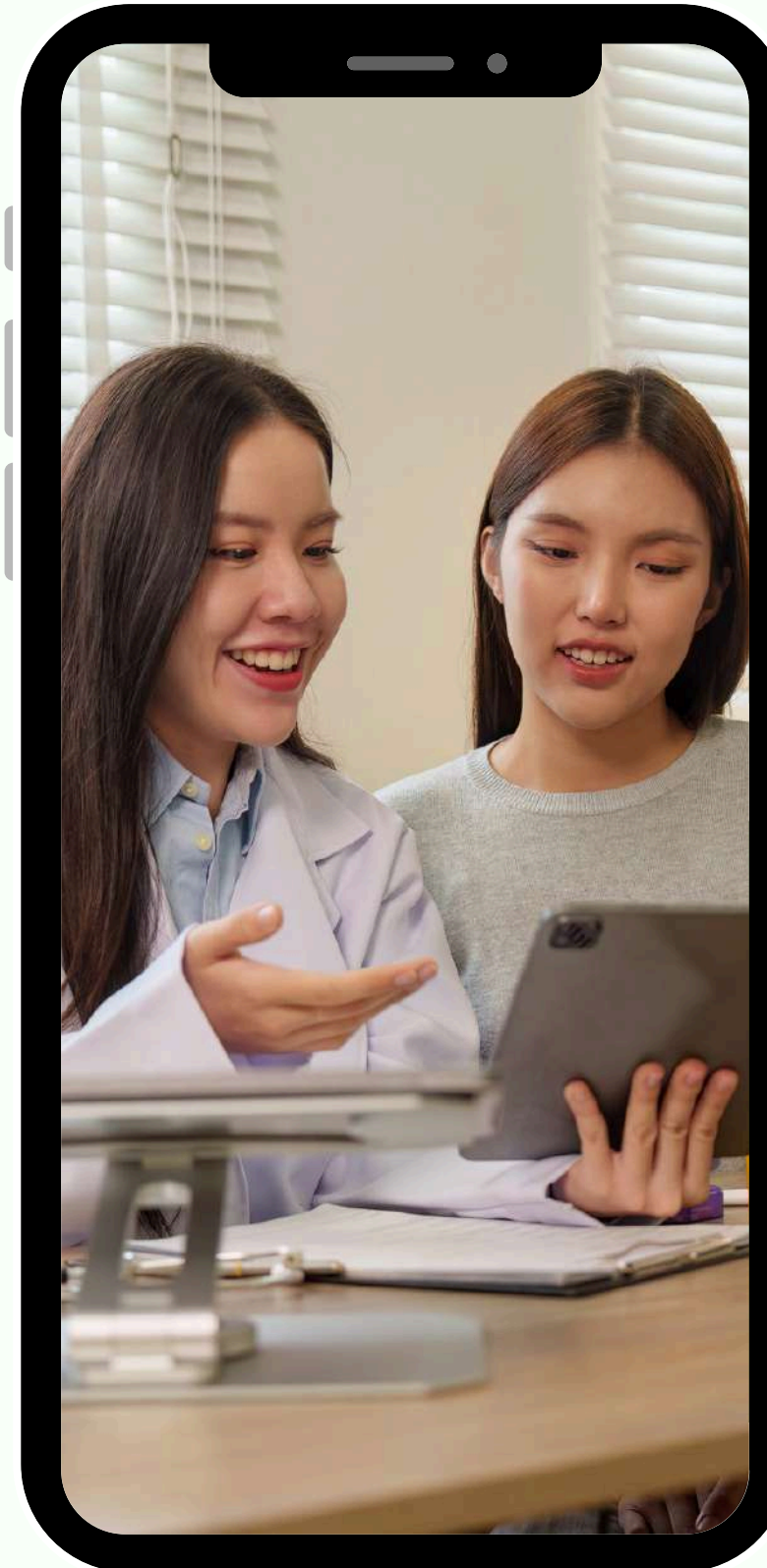
La radice del problema

Double Empathy Problem



Postula che la difficoltà di comunicazione tra persone neurodivergenti e neurotipiche non sia un "deficit" della persona autistica neurodivergente...

ma **un disallineamento bidirezionale**: entrambi faticano a comprendere l'intento dell'altro.



L'intenzione del personale medico

Il personale medico, neurotipico, pensa che usare un tono morbido, opzioni aperte e linguaggio condizionale ("Potrebbe provare a...") sia **rassicurante ed empatico**.

L'interpretazione dei e delle pazienti

Interpreta il **condizionale** come **un'indicazione facoltativa**, l'apertura come mancanza di direzione, e la morbidezza come **assenza di urgenza medica**.

Autismo: letteralità e prevedibilità

Linguaggio Letterale

- Il processamento delle informazioni avviene **dal dettaglio al quadro generale** (bottom-up) e **non tollera metafore**.
- Espressioni come "un filo d'olio", "mangi a occhio" o "una porzione normale" causano cortocircuito.
- Sostituire con **unità oggettive**: "due cucchiaini", "un misurino da 20ml"

Explicitazione delle Intenzioni

- Dichiarare sempre il **"cosa"** e il **"perché"** per spegnere l'iper-vigilanza sociale.
- Invece di iniziare a fare domande a raffica, **anticipa la struttura**: "Ora ti farò tre domande sulle tue colazioni per capire se stiamo usando i grassi giusti. Poi passiamo ai pranzi".

Prevalenza Visivo-Asincrona

- Le istruzioni date a voce spesso "evaporano" o non vengono registrate. **Qualsiasi regola operativa deve esistere su supporto visivo** (testo o icone) da consultare da soli, a casa, con i propri tempi.

ADHD: memoria di Lavoro e sensibilità al giudizio

Bypassare la Memoria di Lavoro

- Consegna **un'informazione per volta**.
- Metti il resto in blocchi grafici (Chunking) che non richiedano lo sforzo del recupero mnemonico.

Ancoraggio Temporale Esterno:

- Il deficit di percezione del tempo (Time Blindness) **annulla istruzioni** come "a metà mattina" o "tra un po'".
- **Usa l'orologio** o le azioni fisiche come inneschi irremovibili: "Alle 10:30" oppure "Appena ti siedi alla scrivania in ufficio".
- Suggerisci l'uso di timer elettronici.

Disinnescare la RSD

- La **disforia sensibile al rifiuto** trasforma una semplice domanda clinica in una condanna morale. Una frase come "Perché non sei riuscito a seguire questa parte?" genera estrema vergogna e ritiro (drop-out).
- Usa **l'indagine neutrale** sul processo:

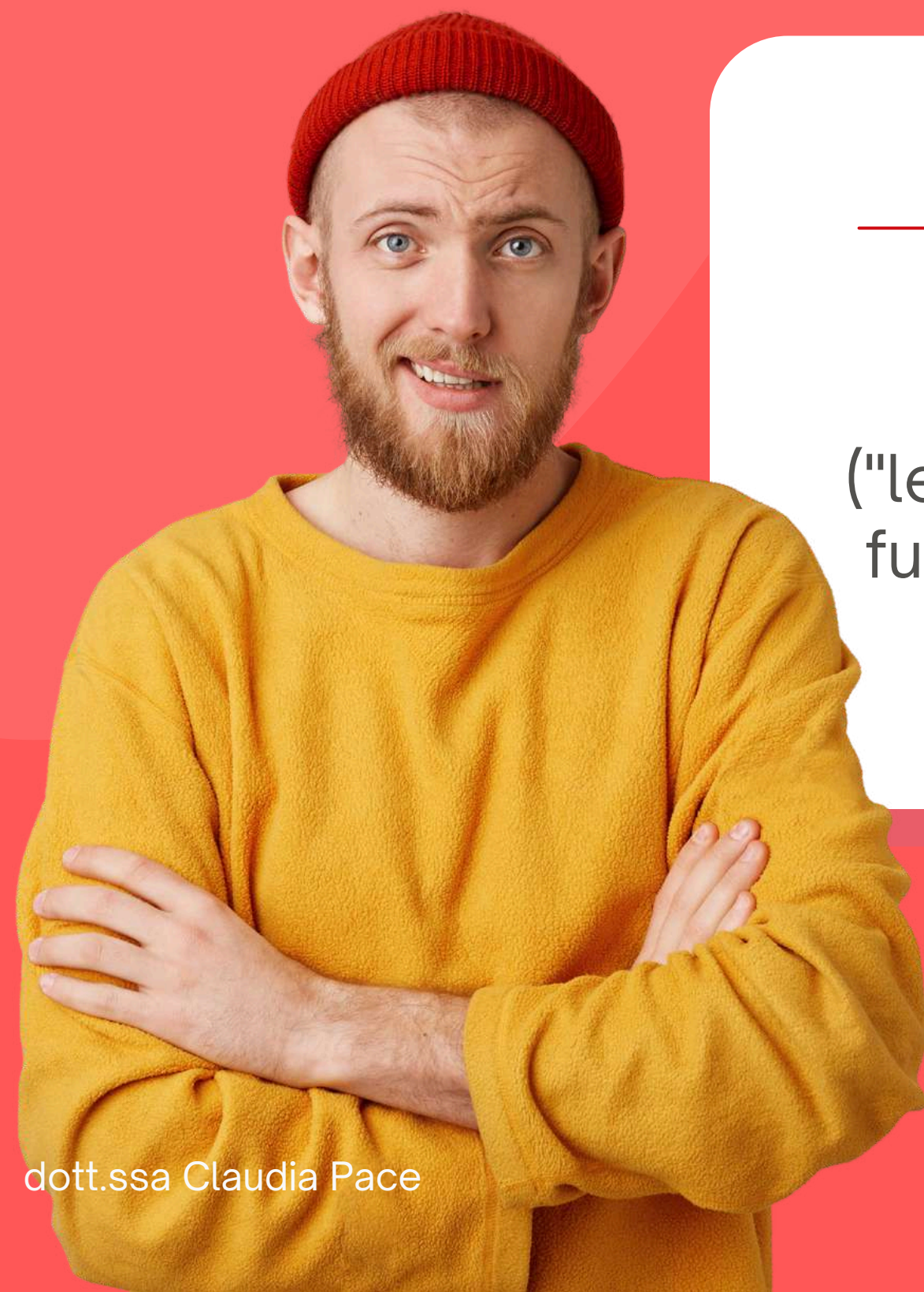
"Ho notato che le cene di questa settimana sono saltate. Quale passaggio ti ha esaurito la batteria?"



ELIMINARE L'AMBIGUITÀ VERBALE

"In caso di fame pomeridiana, faccia uno spuntino leggero con frutta o fibre, ascoltando il suo senso di sazietà."





PERCHÈ FALLISCE?

Richiede decodifica soggettiva ("leggero"), presume un'interocezione funzionante ("ascoltare la sazietà") e apre a infinite opzioni.



L'ALTERNATIVA

"Alle 16:30, scegli tra: A) 1 pacchetto di cracker di segale + 10 mandorle; oppure B) 1 vasetto di yogurt greco bianco."



PERCHÈ FUNZIONA?

Offre parametri quantitativi, opzioni binarie (A o B) e un trigger temporale esplicito che aggira la paralisi decisionale.





L'errore (linguaggio astratto)	Il meccanismo di blocco	La soluzione (linguaggio concreto)
Mangi in modo più equilibrato	Paralisi decisionale - Cos'è l'equilibrio? 50/50? Come lo misuro?	In ogni pasto, la metà devono essere verdure.
Faccia un pasto leggero stasera	Rigidità letterale - "Leggero" si riferisce alle calorie? Alla digestione? Al peso fisico del cibo?	Stasera scelga un piatto a base di pesce bianco o tofu e una porzione di verdura
Cerchi di bere di più	Mancanza di ancoraggio - Quanto è "di più"? Rispetto a ieri? Rispetto al fabbisogno?	Beva due borracce da mezzo litro entro le ore 15:00
Se ha fame , faccia uno spuntino	Interocezione alterata - Non so se è fame o ansia, quindi non mangio"	Alle 16:30 consumi lo spuntino indicato a prescindere dallo stimolo



Takeout

Cosa ci portiamo a casa?

Illusione della flessibilità



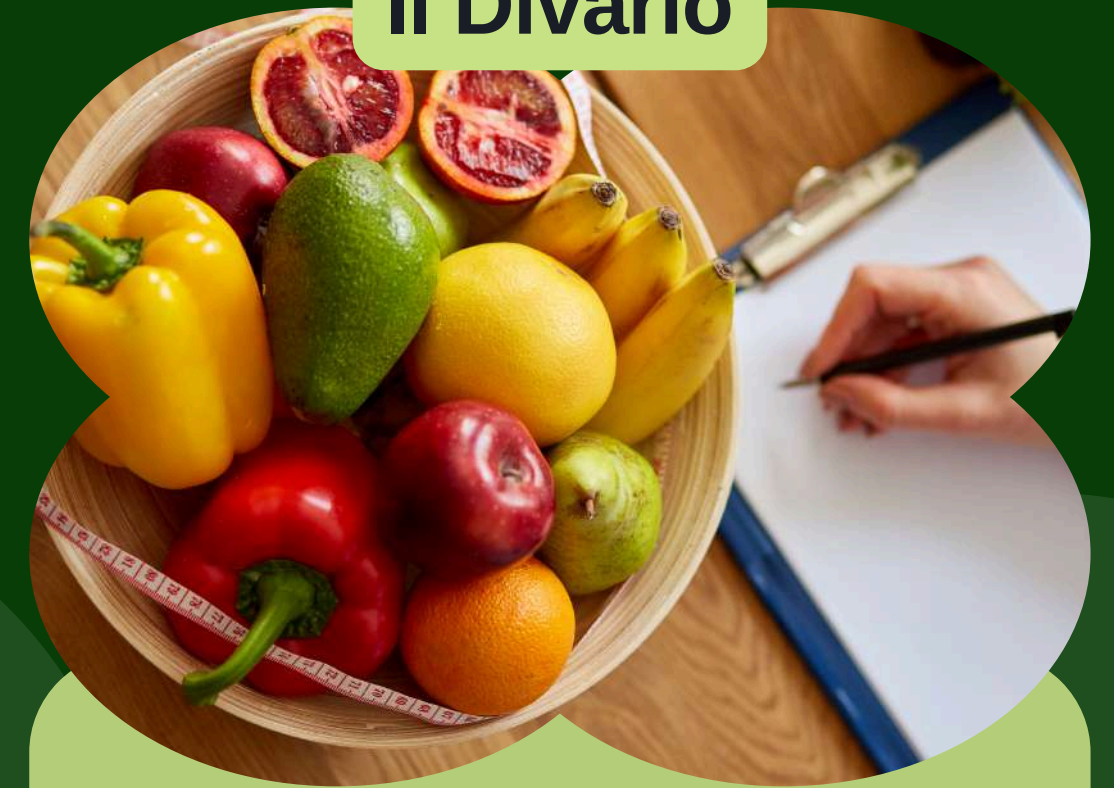
Offrire "molte opzioni sane" per agevolare il paziente **satura in realtà la Memoria di Lavoro**, generando ansia e paralisi decisionale.

L'Ostacolo della Task Initiation



Un'azione che appare singola ("farsi una mela a fette") per una mente neurodivergente equivale a 7-8 micro-passaggi esecutivi **consumando il serbatoio di energia mentale**.

Il Divario



Il professionista spende ore a ottimizzare grammature e macros, ma **la terapia viene abbandonata se il formato di consegna manca di Ergonomia Cognitiva**.

Le parole

e il linguaggio

*Uso consapevole del linguaggio
e superamento degli stereotipi*

Imparare come parlare (meglio)

Identity-First Language vs. Person-First Language



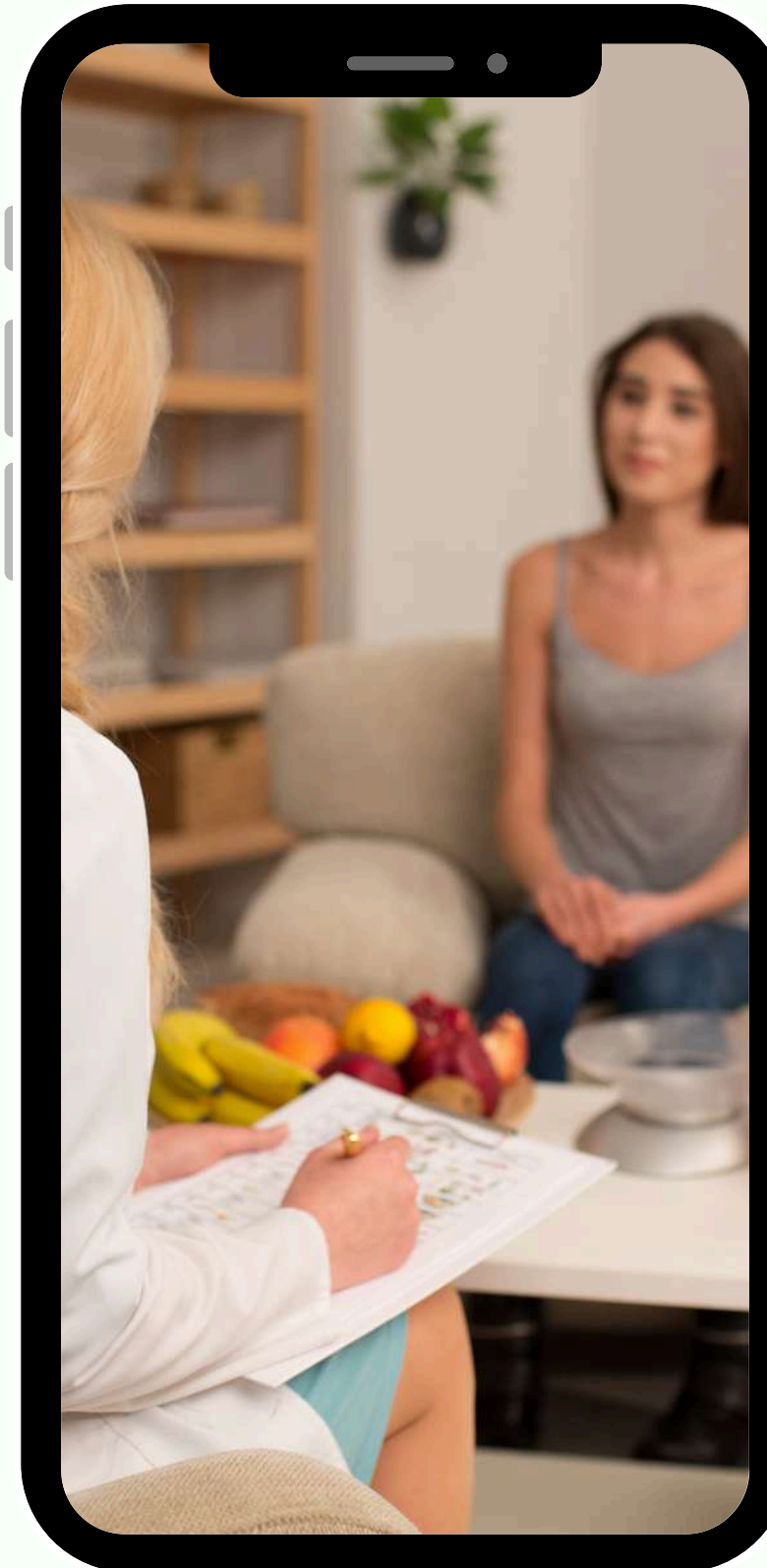
La regola generale

La maggioranza della comunità autistica preferisce **il linguaggio Identity-First** (Linguaggio centrato sull'identità). "Persona autistica" e non "Persona con autismo".



Il motivo

L'autismo è un neurotipo, ovvero l'architettura stessa del cervello. Non è una borsa che si porta con sé o un virus da cui si può guarire. Dire "con autismo" **suggerisce che la persona sia separabile dalla sua neurologia**, implicando che l'autismo sia una malattia aggiunta a un individuo altrimenti "sano".



ADHD

Per l'ADHD a volte si fa eccezione, usando il Person-First Language ("Persona con ADHD" o "Cervello ADHD"), poiché la sigla descrive una specifica dinamica dell'attenzione e dell'iperattività, non un'identità primaria, sebbene l'inglese stia sdoganando il termine ADHDer.



Come capire il modo giusto?

Chiedere non guasta mai. Il modo migliore per sapere cosa preferisce il proprio paziente è... chiederlo!

✗ Da abolire

- "Autismo ad alto funzionamento"
- "Autismo a basso funzionamento"
- "Lieve/Grave"
- "Sindrome di Asperger" (termine superato clinicamente dal DSM-5 dal 2013 e respinto dalla comunità per ragioni storiche e scientifiche).

● Da usare

- "Basso bisogno di supporto"
- "Alto bisogno di supporto".

Perché?

Le etichette di "funzionamento" misurano solo **quanto la persona autistica appaia "normale"** agli occhi della società (il suo livello di mascheramento produttivo), ignorando **il costo interno**. Un paziente considerato "ad alto funzionamento" perché ha una laurea e un lavoro **potrebbe non riuscire a nutrirsi adeguatamente** a causa del burnout e della disfunzione esecutiva.

✗ Da abolire

- "Soffre di autismo"
- "Affetto da ADHD"
- "Paziente colpito da..."
- "Sintomi dell'autismo"
- "Ormai è una moda"
- "Siamo tutti un po' ADHD"

● Da usare

- "È autistico/a"
- "Paziente ADHD"
- "Caratteristiche della neurodivergenza"
- Domande sulle tipicità personali e posizionamento sullo spettro.

Perché?

"Affetto" e "soffre" **posizionano la neurodivergenza come una tragedia clinica e come una modalità univoca di essere**. Le persone neurodivergenti spesso **"soffrono"** a causa di un **ambiente inaccessibile**, dello **stigma** e della **mancanza di accomodamenti**, non per la loro neurologia intrinseca.

Relazione clinica

Neuro-Affermativa

*Trasformare le regole etiche, lessicali e comunicative in **passaggi pratici e ripetibili***

Step 1

Neutralizzazione morale delle azioni

L'errore

"Questa settimana **non ti sei impegnato abbastanza** con il piano."

→ **Colpevolizzazione**

Ossia

Rimuovere il giudizio di valore dai comportamenti del paziente, specialmente quelli legati alla compliance.

L'azione

Usare **il verbo come dato oggettivo**.

"Vedo che questa settimana è stato difficile seguire il blocco del pranzo. Quale passaggio operativo ti ha bloccato?"

Il fallimento non è del paziente, ma dello strumento prescrittivo che non era calibrato sulle sue risorse.



Step 2

Validazione immediata della sensorialità

L'errore

"Dai, **sforzati** di assaggiare i broccoli, è questione di **abitudine**."

→ **Delegittimazione**



Ossia

Non mettere mai in dubbio il dolore sensoriale o il rifiuto interocettivo del paziente. Se un sapore o una consistenza genera rifiuto, è un limite fisiologico, non psicologico.

L'azione

"Se la consistenza del broccolo lessato ti provoca nausea, lo eliminiamo dalle opzioni. Non devi forzare il tuo sistema nervoso. Cerchiamo le vitamine in alimenti con consistenza croccante, se la tolleri meglio."

Step 3

Esplicitazione delle "Regole non scritte"

Ossia

Le persone neurodivergenti spendono enormi energie per decodificare cosa il professionista si aspetta da loro. Dichiarare le regole del gioco all'inizio della visita per abbassare le difese.

L'errore

Aspettarsi che il paziente **sappia quando parlare**, quando sedersi, o che **debba mantenere il contatto visivo** per dimostrare attenzione.

L'azione

"Mentre parlo prenderò appunti a computer. Se ti aiuta a concentrarti, **sentiti libero di guardare altrove** o di manipolare un antistress (fidget toy/stimming), non ho bisogno che tu mi guardi negli occhi per sapere che mi ascolti."



Step 4

Indagine sul Costo Energetico

L'errore

"Perfetto, hai
**mangiato
esattamente** come
da scheda."

Ossia

Non valutare l'aderenza a un piano solo chiedendo "L'hai fatto?".
Valuta quanto è costato farlo. Una persona autistica può seguire una
dieta alla perfezione mascherando lo sforzo, per poi crollare in burnout
totale (autistic burnout) il mese successivo.

L'azione

"Hai seguito la scheda. Su una scala da 1 a
10, **quanto ti ha prosciugato mentalmente
preparare e consumare questi pasti?** Stiamo
erodendo troppe energie che ti servono per
lavorare o vivere?"



Step 5

Accordo sull'Accomodamento Ragionevole

L'errore

Considerare i **cibi pronti come uno "sgarro"** o una debolezza.



Ossia

Sancire ufficialmente che l'uso di scorciatoie non è "barare", ma è una strategia di adattamento legittima (Accomodamento Ragionevole ex Convenzione ONU).

L'azione

Autorizzare formalmente l'efficienza. "Il nostro obiettivo è che tu assuma tot fibre. Se questo significa comprare le carote già tagliate in busta o i fagioli in scatola per evitare i passaggi esecutivi, **va benissimo**. Non stai barando, stai **gestendo le tue risorse**."

Step 6

Linguaggio Operativo If-Then Planning

Ossia

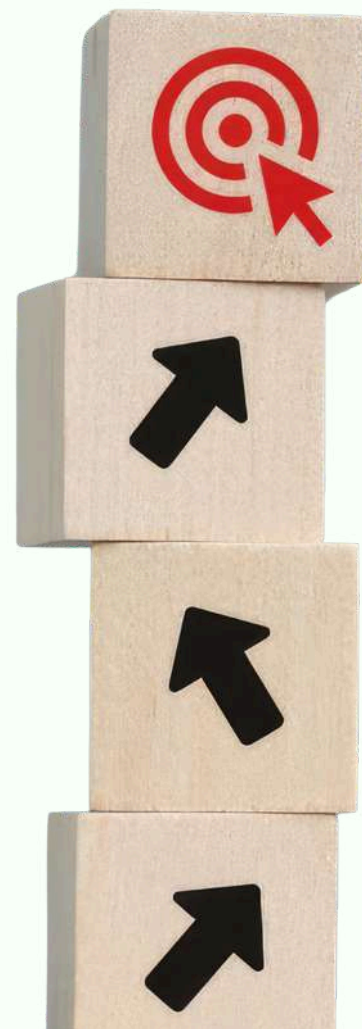
Sostituire i consigli generali con sequenze condizionali (Implementation Intentions).

L'errore

"Faccia **attenzione alle ipoglicemie** nel tardo pomeriggio."

L'azione

“**SE** sente stanchezza improvvisa o irritabilità tra le 16 e le 18, **ALLORA** beva il succo di frutta che ha nello zaino.”



Il fallimento terapeutico non è quasi mai rifiuto delle cure, ma l'esito di istruzioni che si scontrano con la disfunzione esecutiva.

Numeri

e Sommerso Clinico

Riduzione dell'invisibilità.

Impatto



Circa **1 persona su 5** è **neurodivergente**. Chi progetta servizi esclusivamente per menti neurotipiche sta escludendo il 20% della propria sala d'attesa.

Comorbidity



Tra il **30% e il 70%** di **sovrapposizione clinica tra criteri autistici e tratti ADHD**. I pazienti spesso presentano bisogni complessi e contrastanti.

Bias diagnostico



La maggioranza dei pazienti adulti accede agli ambulatori **priva di diagnosi formale**, portando con sé decenni di "diet culture" fallimentare e **masking** (mascheramento).

La visita

In 3 dimensioni

*Dal pre al post visita: **prevenire il sovraccarico sensoriale e cognitivo** e offrire un servizio adeguato.*

L'esperienza della cura

Ricordare le 3 Fasi della Visita



Prima

COSTRUIRE PREVEDIBILITÀ

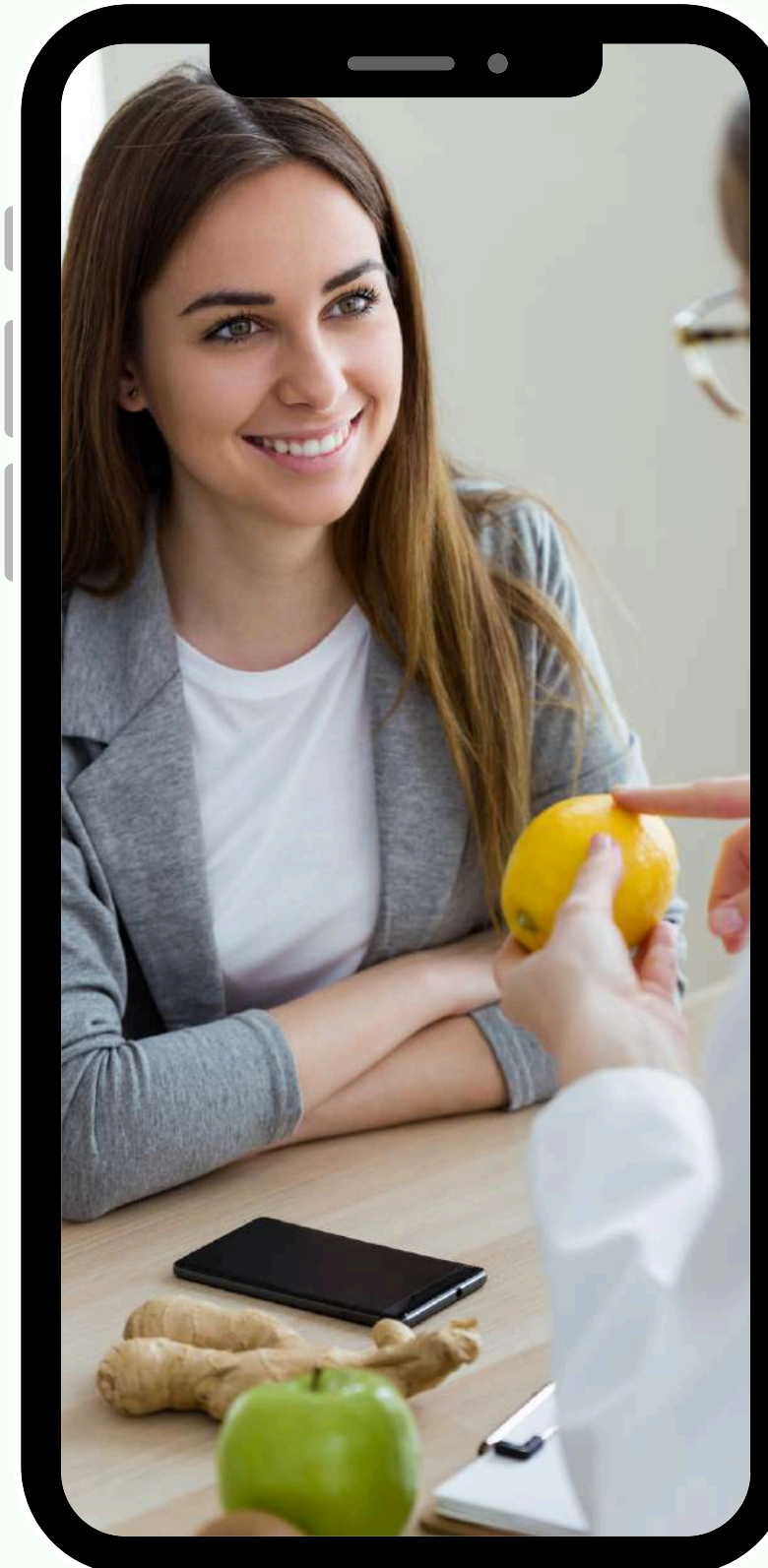
La gestione dell'ansia anticipatoria e la mappatura dell'ignoto. Il consumo di energie inizia giorni prima della seduta. Dare informazioni chiare già dalla prenotazione.



Durante

CONCRETEZZA E CO-PROGETTAZIONE

Preferire l'eliminazione delle astrazioni verbali e l'uso dell'Habit Stacking (agganciare le nuove abitudini a routine già esistenti, es. "prendi l'integratore appena accendi il bollitore").



Dopo

CONFINI E DOCUMENTI

Strutturare la scheda dietetica da referto medico a **strumento ergonomico quotidiano** e definire in modo rigido ma sicuro delle regole di ricontatto.

Approfondiamo!

1 FASE

2 FASE

3 FASE

Il prima



Il costo energetico dell'ignoto



Per un cervello neurodivergente, **un ambiente e una procedura sconosciuti richiedono un massiccio sforzo di ipervigilanza**. Il paziente arriva in ambulatorio con la batteria cognitiva già in riserva.

Mappare lo spazio fisico



Fornire **istruzioni sensoriali preventive** disinnesca l'allarme neurologico. (es. "La sala d'attesa è silenziosa, illuminata a neon. Suoni il campanello e attenda seduto, verrà a chiamarla l'assistente").

Mappare il tempo clinico



Inviare via mail **le tappe della visita**: 1. Anamnesi (15 min) 2. Misurazioni fisiche (specificando se ci sarà contatto tattile per abbattere l'iper-sensorialità) 3. Restituzione (10 min). Cosa porterà a casa il paziente?



Eliminare le sorprese significa **conservare l'energia mentale del paziente affinché possa investirla nella comprensione della terapia**, non nella sopravvivenza ambientale.

1 FASE

2 FASE

3 FASE

Il durante

Evitare il Recupero Mnemonico

Sostituire il **colloquio aperto con Menù Visivi**. Il paziente sceglie **indicando icone o immagini**, non attingendo a una memoria di lavoro spesso compromessa.



Habit Stacking (Ancoraggio)

Creare nuove azioni dal nulla fallisce. L'unica strategia sostenibile per l'ADHD è **ancorare la nuova regola a un automatismo inviolabile** (es. "Bevi i due bicchieri d'acqua esattamente mentre aspetti che il caffè salga la mattina").



1 Eliminare incomprensioni significa **conservare l'energia mentale del paziente affinché possa investirla nella memorizzazione della terapia**, non nella conversazione.

1 FASE

2 FASE

3 FASE

Il dopo

Il Fallimento della Carta



Note a penna, frecce a margine e post-it **creano un labirinto visivo**. Il disordine grafico innesca immediata Demand Avoidance (Evitamento Estremo delle Richieste). Ricorrere a proforma organizzati.

La Tecnica del Chunking



Suddividere l'informazione in blocchi chiusi, logici e geometrici. **Un box per la colazione**, fisicamente e visivamente distanziato dai box dei pranzi o degli spuntini, ulteriormente divisi tra loro.

Digital First



Niente colonne dense di testo o tabelle da scorrere orizzontalmente. Il paziente deve poter consultare gli ingredienti mentre è distratto nella corsia del supermercato, in un tempo massimo di 3 secondi.



Una comunicazione chiara e delle consegne prevedibili da seguire **riducono il carico cognitivo e aumentano il benessere dei pazienti** e la valutazione del servizio in generale.

1 FASE

2 FASE

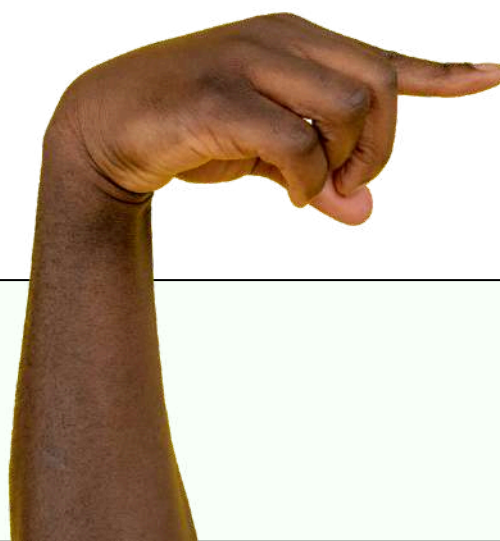
3 FASE

Il dopo - *Patto di contatto*

L'Errore del

"Mi scriva per qualsiasi dubbio":

Questa formula genera due reazioni estreme nella neurodivergenza:



- **Iper-comunicazione:** il paziente, paralizzato dal dubbio su dettagli microscopici (es. "La zuccina va pesata cruda o cotta?"), scrive di continuo per rassicurazione (Rejection Sensitive Dysphoria).

- **Drop-out (Abbandono):** il paziente, per il terrore di disturbare il medico senza un motivo "abbastanza grave", non chiede aiuto, si blocca e abbandona la terapia in silenzio.



1

Definire i confini operativi **non è un atto di distacco**, è una fondamentale protesi cognitiva che libera il paziente dal calcolo sociale dell'appropriatezza.

1 FASE

2 FASE

3 FASE

Il dopo - *Patto di contatto*

Alternativa

Funzionale



Canale Univoco: "Per dubbi sulla dieta, scrivimi solo via e-mail (non WhatsApp)."



Tempistiche: "Rispondo dal lunedì al venerdì, tra le 12:00 e le 13:00."



Casistiche Precise: "Scrivimi se: 1) Hai una reazione fisica avversa, 2) Non trovi un alimento specifico al supermercato, 3) Hai perso più di 2 kg in una settimana."



Definire i confini operativi **non è un atto di distacco**, è una fondamentale protesi cognitiva che libera il paziente dal calcolo sociale dell'appropriatezza.

Accessibilità

Visiva per la salute

*Quando tipografia, layout e cromia
aiutano a **ridurre la barriera cognitiva.***

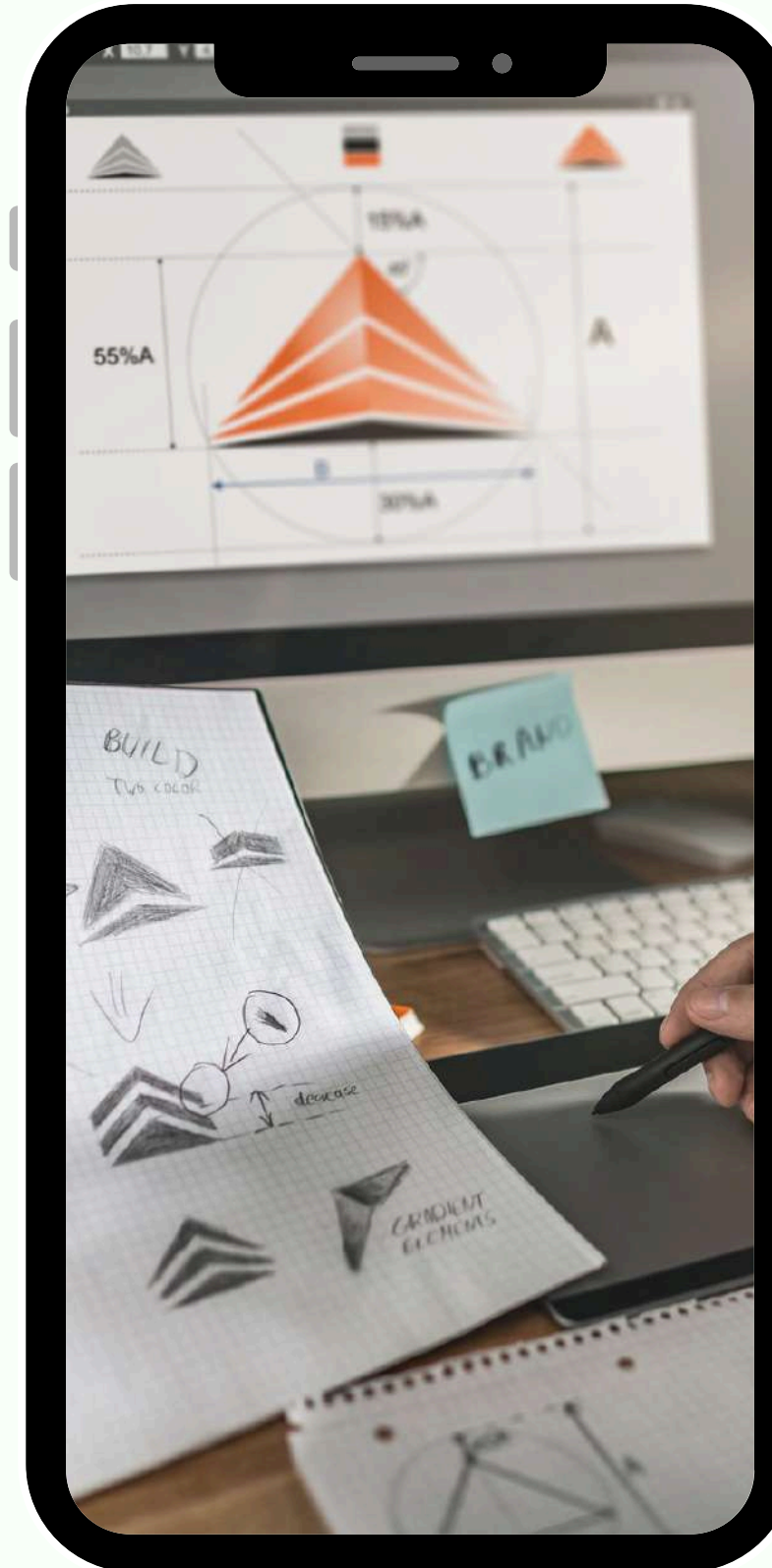
Tipografia e Colore: Standard Visivi per la Neurodivergenza



Il cervello neurodivergente non "legge" linearmente da sinistra a destra; **scansiona la pagina a blocchi alla ricerca di parole chiave**. Il design deve guidare questo salto visivo.



Tipografia ad alta leggibilità: utilizza **font bastoni** (Sans-Serif - Evita ad esempio il Times New Roman). Corpo testo minimo grandezza 12-14pt, interlinea 1.4-1.6.



Usare il **grassetto solo sulle alcune 2-3 parole dell'azione** (es. Scegli 1 opzione:). **MAI** usare blocchi di testo in maiuscolo (annulla le sagome delle parole, rallentando drasticamente la decodifica).



Limitare la palette a massimo **3 colori utilizzati come veri e propri "cartelli stradali"** (es. Riquadri Blu = Pasti Principali; Riquadri Arancioni = Alternative di Emergenza). Il colore **deve trasmettere un'informazione**, non fare decorazione.

Visual Design per la Salute

- Illegibile a colpo d'occhio
- Richiede sforzo per l'estrazione del dato
- Troppe informazioni
- Mancanza di gerarchia visiva
- Mancanza di contestualizzazione visiva

Il confronto

- Contrasto evidente
- Gerarchia visiva
- Contestualizzazione visiva
- Glorno e luogo in evidenza
- Iniziativa come concettualmente secondaria, screening come primario per il target
- Contrasti chiari, divisioni a blocchi



L'Improvvisazione NON Basta

Rendere un documento accessibile non significa "usare Canva per farlo più carino". Significa **applicare rigorosi standard di usabilità, psicologia cognitiva e Information Design**.

Non per altro **la comunicazione è un mestiere** che richiede una formazione specifica, con **approfondimenti su accessibilità**.



Team Multidisciplinari

Il Medico-Nutrizionista si concentra sull'eccellenza bio-chimica e diagnostica.

L'Esperto in comunicazione, fornitore del professionista o interno alla struttura medica, **progetta l'interfaccia** (il formato, il lessico, la gerarchia) attraverso cui quella terapia verrà fruita.

Non il cugino "bravo con il pc".



ROI per le strutture sanitarie

Non esistono luoghi che necessitano di maggiore accessibilità come i luoghi sanitari.

Affidarsi a una comunicazione accessibile **abbatte drasticamente il tempo** speso in follow-up per chiarimenti banali, riduce i no-show (appuntamento saltati) e incrementa il tasso di successo dei piani alimentari e dei servizi medici.

Ciò che è indispensabile per la sopravvivenza
di un paziente neurodivergente, è uno
straordinario beneficio clinico per chiunque.

Universal Design for All

Progettare la cura

Grazie

Relatrice

dott.ssa Claudia Pace

Gruppo Synergo

Responsabile Brand & Comunicazione
Diversity Manager

Docente Universitaria
Esperta di Accessibilità e Didattica

