



Culture e Studi del Sociale

CuSSoc

ISSN: 2531-3975

Comunicare gli spazi della salute: il set “Isola dei pittogrammi” per il wayfinding ospedaliero

FIAMMETTA PILOZZI

Come citare / How to cite

PILOZZI, F. (2018). Comunicare gli spazi della salute: il set “Isola dei pittogrammi” per il wayfinding ospedaliero. *Culture e Studi del Sociale*, 3(2), 193-211.

Disponibile/Retrieved from <http://www.cussoc.it/index.php/journal/issue/archive>

1. Affiliazione Autore / Authors' information

Università per Stranieri “Dante Alighieri” di Reggio Calabria, Italy

2. Contatti / Authors' contact

FIAMMETTA PILOZZI: [pilozzi\[at\]unistrada.it](mailto:pilozzi[at]unistrada.it)

Articolo pubblicato online / Article first published online: December 2018



- Peer Reviewed Journal

INDEXED IN
DOAJ

Informazioni aggiuntive / Additional information

[Culture e Studi del Sociale](#)

Comunicare gli spazi della salute: il set “Isola dei pittogrammi” per il wayfinding ospedaliero

Fiammetta Pillozzi

Università per Stranieri “Dante Alighieri” di Reggio Calabria
E-mail: pilozzi[at]unistrada.it

Abstract

The study explores how hospital wayfinding can employ communication design to improve the outpatient experience by using a pictograms based signals system. Communication design might support and empower wayfinding processes in hospitals, where high levels of stress, anxiety and uncertainty can compromise the ability to understand and navigate the environment. The study produced a new set of pictograms for health communication named “Island of pictograms” implemented in the Fatebenefratelli - Isola Tiberina Hospital in Rome. The new set is based on the “HablamosJuntos” set and it represents the first open source set of pictograms for health communication whose comprehensibility has been tested in the Italian cultural (and multicultural) context.

Keywords: Healthcare wayfinding design, Visual communication, Pictograms.

Ciascuno possiede una propria rappresentazione dello spazio circostante ed un’“esperienza interiore” spaziale ad essa indissolubilmente intrecciata (Heller 2012). Nei suoi studi sulla variabilità interculturale, Hall nota come la stessa elaborazione delle informazioni spaziali avvenga, per ogni individuo, in un modo totalmente singolare, dando vita a decodifiche e interpretazioni personali degli stimoli visivi, sonori, olfattivi e tattili, fino a giungere a esperienze soggettive anche delle dimensioni spazio-tempo (Hall, 1969; 1988), sebbene permanga una certa similarità di decodifica nell’ambito degli stessi gruppi culturali, familiari, locali. L’“esperienza visuale” (Faccioli, 2010), pertanto, in relazione al processo di interpretazione degli stimoli visivi e dello spazio che le persone mettono in atto nel proprio muoversi nell’ambiente, è frutto di processi eterogenei che interferiscono fra loro, dando vita ad un esito di comprensione e memorizzazione dell’ambiente che ci circonda che può configurarsi profondamente diverso fra persona e persona. Il processo percettivo prevede la messa in atto di sottoprocessi che chiamano in causa le nostre categorie pregresse di interpretazione della conoscenza e dell’ambiente: selezioniamo gli stimoli che ci appaiono più logici, ci esponiamo a quelli che riducono lo scarto fra le nostre aspettative e la realtà, memorizziamo ciò che ci si mostra come più facile e meno dissonante rispetto alle nostre idee. L’analisi dell’esperienza visuale può rappresentare il punto di partenza per lo studio della “cultura visuale” considerata come “tattica del sapere che serve a studiare la genealogia e le funzioni della vita giornaliera postmoderna” (Mirzoeff, 2002, p.14). È in tal senso che lo studio delle forme visive di comunicazione dell’organizzazione dello spazio può essere incluso a pieno titolo in ambiti di analisi non solo semiotica ma anche sociologica.

Quando si parla di *wayfinding* (letteralmente “trovare la strada”) ci si riferisce al processo di orientamento spaziale che consente la formazione di *mappe* ambientali

in cui ciascuno è in grado di situare se stesso. La cognizione della propria posizione nello spazio è ciò che permette di muoversi, di scegliere la direzione da prendere, di sentirsi a proprio agio anche in un luogo non familiare. I sistemi segnaletici classici, con cartelli direzionali, frecce, targhe identificative, divieti, etc., rappresentano sicuramente gli strumenti più immediati per ‘raccontare’ l’articolazione dello spazio a chi non lo conosce. La segnaletica conduce l’utente a dover produrre una risposta di orientamento, di comprensione delle regole di movimento e di accesso ad esso sottese. È in tal senso che la segnaletica è chiamata a costruire “relazioni” (Mangano, 2008) spaziali, normative, operative, identitarie, fra gli individui e l’ambiente costruito. Un sistema di segnali, infatti:

- è un sistema che ci guida nel muoverci e nel conseguire il nostro obiettivo operativo (in termini di raggiungimento di una meta nel modo più efficace e più efficiente);
- è un sistema regolatore, laddove concede o vieta il movimento e/o l’accesso, e suggerisce il comportamento più opportuno da adottare, sia rispetto alla fruizione dell’ambiente, e delle funzioni in esso presenti, sia rispetto alle norme di convivenza fra le persone che interagiscono in/con quell’ambiente stesso;
- è un sistema “pedagogico”, poiché aiuta nell’apprendimento della configurazione dello spazio e può anche, ad esempio attraverso sistemi che veicolino l’informazione per mezzo di codici multipli (pensiamo all’uso di pittogrammi associati a parole), veicolare significati complessi in modo più facilmente e velocemente comprensibile;
- può rappresentare una forma di espressione identitaria sia in relazione all’utenza sia da parte del soggetto che ne ha voluto l’implementazione, come può accadere, ad esempio, quando in un sistema segnaletico sia ‘scritta’ nei vari supporti la possibilità di accesso, in relazione a spazi e servizi, per determinate tipologie di persone: è il caso in cui all’interno di segnali in cui si usino pittogrammi, nel momento in cui le esigenze dell’utenza appaiono rappresentate nel set di figure utilizzate (pensiamo alle icone dei passeggini o dei fasciatoi negli aeroporti, che indicano la previsione di spazi per i bambini, o alle icone di donne in gravidanza per indicare i parcheggi a queste riservati), l’utenza stessa si percepisca inclusa, rappresentata, determinando così un meccanismo di identificazione fondato sul riconoscimento delle proprie condizioni soggettive nel sistema di figure diffuse nell’ambiente (Pillozzi, 2013a). Al tempo stesso, tale meccanismo produce il riconoscimento, da parte dell’utenza, del fatto che le proprie esigenze siano presenti nell’orizzonte organizzativo del luogo in cui ci si trova, attivando un circolo virtuoso di riconoscimento reciproco di identità.

È importante precisare, tuttavia, che il sistema segnaletico è solo una delle componenti di un sistema per il wayfinding (Arthur e Passini, 1992). Quest’ultimo, infatti, può includere le caratteristiche stesse dell’artefatto architettonico come, ad esempio, il modo in cui la luce illumina i percorsi e rende più o meno sicuro l’intercedere, o anche la presenza di percorsi labirintici densi di impedimenti visivi come muri o dislivelli, così come può prevedere, altresì, la disponibilità di un supporto umano o di un device GPS che aiuti a comprendere meglio la conformazione degli spazi e a muoversi con più sicurezza. Inoltre, per sua stessa natura, ogni sistema si misura con l’eterogeneità delle capacità di movimento, di elaborazione dell’informazione, nonché delle competenze ‘di navigazione’ possedute dalle persone: ad impattare sulle tecniche che ciascuno pone in essere per orientarsi sono le caratteristiche legate alla nostra possibilità/impossibilità di comprendere o seguire

determinate indicazioni, che fanno riferimento anche ad attitudini legate, ad esempio, alla condizione psicologica momentanea, all'appartenenza di genere, all'età, al livello di istruzione, etc. In tal senso, dunque, un sistema per l'orientamento, per funzionare, deve necessariamente configurarsi come relazionalmente connotato, ponendosi in grado di funzionare in modo dinamico e 'rispondente' alle domande informative dell'utenza.

Fra i luoghi a più alta criticità in termini di velocità, efficacia ed efficienza delle performance di orientamento degli utenti troviamo sicuramente gli ospedali. Un sistema efficace per il wayfinding ospedaliero, e cioè un sistema per la comunicazione dell'organizzazione dello spazio che rappresenti per l'utente un ancoraggio rassicurante durante la sua esperienza di orientamento, richiede l'apporto progettuale di discipline diverse, nella misura in cui vengano prese in considerazione tutte quelle dimensioni psicologiche, culturali, estetiche, semiotiche, tecnico-costruttive, organizzative, sanitarie, etc., che intervengono nel processo di interazione fra il segnale e un individuo che lo guarda per ricevere una risposta al suo problema di orientamento. Al tempo stesso, sebbene le dinamiche di orientamento e comprensione degli spazi ospedalieri siano solo indirettamente collegate alla dimensione del rapporto medico-paziente, segni, parole, figure inserite nell'ambiente rappresentano un'occasione per generare inedite superfici di incontro in cui provare a colmare quella “dominanza relazionale” (Mangone, 2013) che, oltre a caratterizzare il rapporto fra personale sanitario e pazienti, contraddistingue anche la relazione fra un utente (anche non malato) e uno spazio di cura. Tale dominanza prende forma altresì all'interno di quella “conversazione diseguale” (Orletti, 2000) in cui si attua l'asimmetria linguistica che definisce la relazione comunicativa medico-paziente, asimmetria che si concretizza nei tecnicismi pronunciati, ma anche in quelli scritti nei documenti, nella segnaletica o in tutte le forme di avviso all'utenza diffuse negli spazi ospedalieri: è nella molteplicità di questi ambiti di incontro/scontro fra persone e fra persone e comunicazione degli spazi che si possono consumare situazioni di incomunicabilità e disagio, ancor più se nell'ambito di un contesto multiculturale (Orletti e Fatigante, 2013). Il disorientamento e l'impossibilità di fruire di informazioni, spazi e servizi, anche a causa dell'incapacità di 'leggere' l'ambiente che ci circonda, e con esso le potenzialità di accesso ad esso correlate, può far riferimento alla necessità di rintracciare “soluzioni ponte tra individuo, beneficiario di servizi sanitari e sociali, e istituzioni” (Morsiani, 2015, p.238)¹.

In ospedale l'utente mette in gioco una serie di abilità e competenze cognitivo-procedurali che spesso derivano da conoscenze pregresse degli spazi, delle procedure necessarie per fruire dei servizi offerti, ma anche dei modelli comportamentali da adottare. Tuttavia, indipendentemente da tali conoscenze preacquisite, proprio in relazione al fare esperienza di un luogo così specificatamente connotato, nell'utente si attiveranno processi di apprendimento spaziale e procedurale che lo doteranno di capacità interpretative generali dell'ambiente 'ospedale' a cui potrà attingere ogni volta che si troverà a doversi orientare in un luogo di cura: saranno quasi sempre presenti, infatti, corpi separati per funzione, reparti, corridoi con stanze e con locali infermeria, aree per l'attesa, uffici, ambulatori, bagni, bar, etc. Tutti questi ambiti sono potenzialmente rappresentabili nel sistema segnaletico per mezzo delle parole che li connotano ma, anche, attraverso segni e simboli visivi.

¹ Per una riflessione sulle diverse tipologie di asimmetria informativa fra istituzioni sanitarie e cittadini, ma anche sui processi di empowerment dei pazienti grazie allo sviluppo di nuovi media e di nuove superfici di comunicazione e interazione fra sanità e cittadini, si vedano gli scritti inediti di Achille Ardigò in Cipolla e Moruzzi (2015); si veda anche Ardigò (2010).

L'approccio fondamentale da cui partire, in una riflessione sui sistemi di comunicazione visiva dell'organizzazione dello spazio in una struttura ospedaliera, è quello che considera la condizione di un fruitore di tale spazio come prevalentemente 'viziata' da condizioni emotive non neutre. Orientarsi in un ospedale è un'esperienza che può compiersi in uno stato di ansia pregressa o indotta dallo spazio stesso e dalle funzioni che in esso si espletano. L'esperienza di entrare in una struttura sociosanitaria, può essere accompagnata, spesso, da una condizione emotiva di coinvolgimento e di stress tali da compromettere le capacità che di solito abbiamo di orientarci in spazi dall'organizzazione interna complessa. Sia che ci si muova trovandosi nella condizione di essere pazienti, o che si fruisca dei servizi ospedalieri in qualità di semplici accompagnatori, è possibile che alcune nostre capacità sensoriali, cognitive e performative siano compromesse rispetto alla norma: ciò può essere determinato da un eventuale stato patologico in corso, o dall'ansia tipicamente connessa alle situazioni in cui vi sia preoccupazione per la salute propria o dei propri cari. Pertanto, paura, fretta, soggezione del personale sanitario, sono condizioni in grado di determinare dei deficit operativi nell'ambito del processo di "cooperazione" che tipicamente avviene quando ci si pone nell'atto di comprendere lo spazio e le informazioni in esso veicolate, impedendo una corretta interazione con la conformazione fisica degli ambienti (Pillozzi, 2013b).

Rendere facilmente leggibile e comprensibile uno spazio potenzialmente ostile significa, pertanto, concepire un sistema di wayfinding design che contribuisca a generare percezioni di familiarità, anche grazie ad una particolare attenzione al comfort visivo e all'accessibilità informativa, intesa sia come accessibilità fisica motoria che di tipo sensoriale. L'istituzione che abbia cura di presidiare tali contesti si mostrerà come più attenta alle necessità del singolo, più inclusiva delle differenze di potenzialità di accesso e, in generale, più accogliente. In tal senso, un sistema per il wayfinding improntato alle regole del *design for all* (Accolla, 2008; 2009; Stefan, 2012) si offre come una straordinaria superficie per l'esercizio di pratiche virtuose di attenzione verso l'utenza e, conseguentemente, come piattaforma di veicolazione di identità e valori aziendali/istituzionali (Carpman & Grant, 2016; Jones, 2013). Pertanto, nella misura in cui il sistema di wayfinding sia in grado di andare incontro alle esigenze dell'utenza più svantaggiata, risulterà non solo più efficace, ma costituirà uno strumento di umanizzazione del servizio ospedaliero. Alla luce di tutto ciò, si comprende facilmente come sia opportuno gestire il tema dell'orientamento in un'ottica di qualità del servizio: ciò comporta la necessità di un profondo cambiamento nelle pratiche di progettazione e di acquisto dei supporti: un sistema segnaletico non può avere inizio e fine nel processo di scelta e implementazione di un modello standardizzato "da catalogo", processo che di solito si compie nell'ufficio acquisti dell'ospedale, a fronte di proposte commerciali presentate da parte, solitamente, delle ditte produttrici degli artefatti, in seguito a sopralluoghi veloci e sommari. Fortunatamente, negli edifici di nuova costruzione, la segnaletica è ad oggi pensata e gestita come parte integrante del progetto di design architettonico e, spesso, al sistema segnaletico stesso possono essere integrati appositi device per l'orientamento indoor (totem interattivi, touch screen, app per dispositivi mobili) in grado di guidare l'utente nella sua esperienza di orientamento e di fruizione degli spazi e dei servizi (Oldenburg, 2017; Kim et al., 2015). In tali ambiti, è importante presidiare la coerenza visiva nel contesto della transizione transmediale (ad esempio, dal materiale informativo cartaceo, alle schermate dei totem informativi, alle forme di comunicazione segnaletica di orientamento più classica), rendendo la maggior parte degli

stimoli il più possibile coordinati e dialoganti l’un l’altro, in materia di stile, colori, layout, così da generare quelle che Grossman (2006) definisce “esperienze ponte”².

La ricerca oggetto di questo contributo riguarda lo studio effettuato per la definizione di un set pittografico per la comunicazione ospedaliera, nonché la progettazione e l’implementazione di un sistema segnaletico all’interno di un edificio storico, il complesso dell’Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina di Roma: per migliorare la comunicazione dell’organizzazione dello spazio in un edificio dalle forme precostituite e rigide, caratterizzato da strutture a volte labirintiche e dalla stratificazione di interventi architettonici che hanno avuto luogo nel corso di centinaia di anni, è stato necessario concepire un sistema che fondasse la propria efficacia prevalentemente su strumenti pensati ad hoc, in grado di gestire le criticità che possono nascere in un processo di orientamento spaziale all’interno di un edificio vincolato, con origini cinquecentesche e con una connaturata complessità morfologica, elemento fortemente impattante nella definizione di un nuovo sistema visivo per il wayfinding.

1. Un nuovo set pittografico per la comunicazione dell’organizzazione dello spazio ospedaliero: “L’Isola dei pittogrammi” dell’Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina di Roma

Come è stato già osservato, l’incontro fra l’utente e il pittogramma pone in essere un rapporto informativo con il quale, attraverso l’interpretazione dell’immagine, è possibile risalire al sistema di identità, valori, regole di convivenza connessi al soggetto comunicante che sia proprietario o, in qualche modo, afferente al luogo in cui il pittogramma è, più in generale, il sistema di comunicazione visiva iconico di cui questo è parte integrante, insistono (Pilozi, 2013b). Lo studio condotto ha avuto l’obiettivo di individuare un set di pittogrammi implementabili in un sistema di segnaletica ospedaliera, comprensibili dal maggior numero di persone, in grado di orientare l’utenza alla fruizione dei servizi offerti. Nello specifico, come già accennato, il set pittografico esito del progetto di ricerca “L’isola dei pittogrammi”, ha

² Rosati in tema di bridge experience, anche e soprattutto con riferimento al passaggio fra ambienti informativi virtuali e reali, sottolinea che «[...] nella complessità dello scenario attuale risulta di importanza strategica garantire una continuità di interazione uomo informazione in quei contesti, canali, mezzi appartenenti a una stessa azienda, ente o istituzione. In questo modo, l’utente ritroverebbe lo stesso modello organizzativo e di interazione in tutti gli ambienti di quell’azienda o ente, con importanti ricadute: senso di familiarità e minore stress cognitivo; assenza della necessità di apprendere ogni volta un modello organizzativo diverso; rafforzamento del senso di identità (per l’azienda) e del senso di appartenenza (per l’utente).

Pensate alla fatica che spesso facciamo quando dobbiamo trovare un ufficio all’interno di un palazzo della pubblica amministrazione, o un ambulatorio medico o un reparto in un ospedale. Se il sito web di questo soggetto, la segnaletica all’interno dell’edificio, e perfino le brochure o i biglietti da visita del personale fossero concepiti secondo un medesimo e unico modello organizzativo e interazionale, questo agevolerebbe enormemente la vita di tutti. [...] ancora oggi invece la cosiddetta corporate identity si limita spesso al design dell’identità visiva, elemento sicuramente essenziale ma che non esaurisce l’aspetto dell’identità. Nell’identità di un’azienda o ente rientrano anche l’organizzazione dei flussi informativi interni ed esterni, l’organizzazione della conoscenza, l’interazione con gli utenti. [...] È chiaro che la peculiarità che ogni canale possiede implica un approccio specifico, ma questa diversità specifica non comporta l’annullamento dell’identità di insieme. Non si tratta infatti di riproporre soluzioni visive o di interfaccia tali e quali nei diversi contesti, questo sarebbe un errore. Si tratta – al di là delle specifiche differenze di interfaccia – di mantenere costante il modello di interazione uomo informazione. Ciò che è costante e unitario è il modello di architettura informativa, non quello visivo; questo comporta, in definitiva, un mutamento dell’approccio stesso al design: un passaggio dal design del singolo artefatto al design del processo» (Rosati, 2007, pp. 95-96).

riguardato il processo di ridefinizione e implementazione del sistema segnaletico dell’Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina di Roma (Fig. 1). L’edificio, costruito su rovine di epoca precristiana, è riconducibile all’opera ispiratrice di San Giovanni di Dio, fondatore dell’Ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli, considerato il precursore dell’ospedale moderno³.

Il sistema ha previsto la progettazione di una segnaletica ‘a doppia articolazione’ (con componente verbale e iconica). Il doppio codice consente di migliorare l’accessibilità delle informazioni contenute nei segnali, soprattutto alla luce della frequente scarsa comprensibilità di alcune terminologie mediche che spesso non sono evitabili a ragione di normative regionali riguardanti i meccanismi di accreditamento delle strutture ospedaliere. L’utilizzo dei pittogrammi sembra andare incontro a quella che Pinotti e Somaini definiscono come la “svolta iconica” dell’ultimo ventennio, «[...] caratterizzata da una nuova centralità delle immagini, della visione e del visibile in un ampio arco di discipline umanistiche e scientifiche» (2016, p. XIV). Utilizzare massicciamente i pittogrammi nei sistemi per il wayfinding in luoghi come stazioni, ospedali e aeroporti, in una società multiculturale, significa poter contare su elementi straordinariamente più comunicativi delle parole (Calori, 2007) – pur tenendo presente la connotata ambiguità semantica delle icone – in considerazione del fatto che le immagini, posando sulla similarità con l’oggetto che rappresentano, richiedono la messa in campo di competenze di decodifica comunque meno complesse di quelle che occorrono per decodificare un messaggio esclusivamente verbale denso di tecnicismi. Nell’indicazioni delle funzioni dell’ospedale, termini quali “Odontostomatologia” o “Reparto solventi” rappresentano la norma e costituiscono vere e proprie barriere alla comprensione dell’informazione, laddove, ad esempio, vi sia la fruizione degli spazi di cura da parte di un’utenza multiculturale o, comunque, con scarse competenze linguistiche di tipo tecnico: in tal senso, posizionare il pittogramma di un grosso dente vicino al termine “Odontostomatologia” significherà, dunque, offrire un supporto immediato al processo di interpretazione dell’informazione.

Fig. 1 - L’Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina.



Nell’ambito della ricerca, l’Ospedale è stato studiato attraverso un approccio multidisciplinare che ha consentito di partire dallo speciale tipo di relazione che si instaura fra un utente e un luogo di cura, concentrando l’attenzione sulla comuni-

³ Per un’analisi del rapporto dell’Istituzione ospedaliera del Fatebenefratelli con il contesto romano e con l’Isola Tiberina si vedano, in particolare, Plateroti (2000), Micheli (1985), Magliozzi (1983, pp. 238-252).

cazione ambientalmente diffusa a livello visivo. Il lavoro ha dunque affrontato il tema dell’Ospedale come simbolo, ma anche dei simboli dell’Ospedale stesso. Partendo dall’analisi della relazione ospedale-città come esperienza e come esito delle pratiche d’uso dello spazio (Li Calzi, Bellini e Del Boca, 2007; Totaforti, 2018; 2017) si è giunti a considerare i simboli, le figure, le icone che più di altre consentissero di rappresentare visivamente le funzioni e i servizi dell’ospedale stesso, anche e soprattutto con riferimento alla sua caratterizzazione di luogo di incontro multiculturale. Su quest’ultimo ambito in particolare si è consolidata, nello specifico, la caratterizzazione del sistema come di uno strumento di miglioramento dell’accoglienza e dell’accessibilità con riferimento all’utenza multiculturale e con scarsa competenza linguistica. Tale caratterizzazione, se da un lato risponde alle esigenze di un ospedale nel centro storico di Roma, che vede un buon flusso anche di turisti stranieri fra la sua utenza, va anche incontro alle esigenze della committenza, l’Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio, che ha fra i suoi valori proprio quello dell’accoglienza multiculturale. L’Ospedale, luogo identitario per i romani, e la cultura dell’organizzazione complessa in esso ospitata, hanno così imposto al gruppo di progettazione un continuo lavoro di aggiustamento e taratura del *concept* del sistema di wayfinding, anche portando alla rinuncia di una serie di soluzioni tecnologiche ottimali ma non praticabili a causa dei vincoli connaturati alle caratteristiche spaziali, morfologiche, storiche e funzionali dell’edificio. Il progetto che ne è scaturito ha restituito, così, la complessità delle istanze comunicative legate sia al luogo, sia alla sua identità storica, sia alle sue necessità connesse alla natura di istituzione erogatrice di un servizio di sanità pubblica e privata.

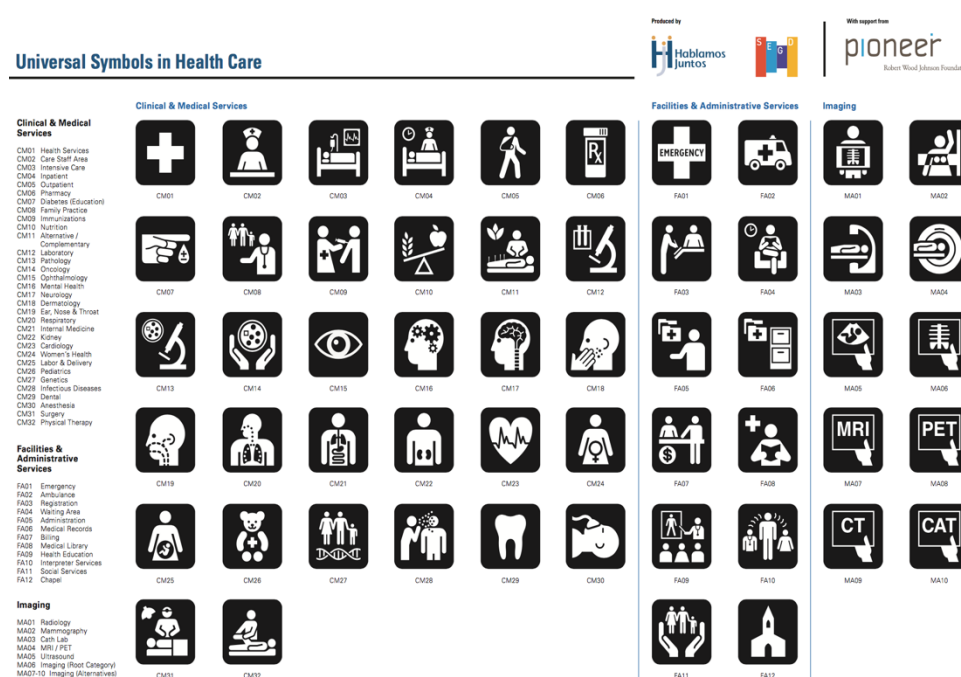
La ricerca è stata condotta attraverso un percorso di design partecipato con il quale si è giunti alla definizione di un set di pittogrammi *open source* in cui, per ciascun “referente” (termine utilizzato nella standardizzazione ISO, con cui, anche nello studio condotto, si indicano aree di afferenza medica, specialità e servizi vari), si è giunti a definire il pittogramma corrispettivo. Oltre alla comprensibilità dei pittogrammi è stato condotto anche uno studio sulla comprensibilità della lingua ‘segnaletica’ utilizzata all’interno dell’ospedale (Rati, 2018): ciò ha permesso di intervenire, altresì, sulla sostituzione di alcuni termini con parole più facilmente interpretabili e memorabili (ad esempio, il caso della sostituzione della denominazione “Reparto solventi” con “Reparto a regime privato”). Quello che è emerso è un modello operativo in cui, al percorso di design, si è unito un processo di ricerca-azione, in cui hanno trovato uno spazio di considerazione non soltanto le ragioni dell’utenza, ma anche quelle dell’organizzazione (dal management agli operatori sanitari). Ciò ha determinato l’inclusione, nell’iter di compimento delle decisioni aziendali, di strumenti operativi ‘*evidence based*’, che hanno rappresentato una via inedita per procedere ad un’azione che, nella maggioranza dei casi, avviene in termini di decisioni basate su caratteristiche di conformità a standard di qualità o di performance estetica.

1.1 La ricerca: da “*HablamosJuntos*” a “*L’Isola dei pittogrammi*”

Il progetto nasce con l’obiettivo scientifico primario di testare efficacia e comprensibilità nel contesto culturale italiano di un set pittografico per il wayfinding ospedaliero già testato e implementato nel design della segnaletica di numerosi ospedali statunitensi, il set *Universal Symbols in Health Care* (USHC), più cono-

sciuto con il nome di set “HablamosJuntos”⁴: esito di una ricerca iniziata nel 2002 – e che ad oggi continua a costituire il punto di partenza per numerosi studi a livello internazionale, in contesti culturali di vario genere (Lee *et al.*, 2014; Joy Lo *et al.*, 2016) – ha avuto lo scopo di definire un sistema per il superamento delle barriere linguistiche nell’accesso alle informazioni ambientali negli ospedali per gli utenti LEP (*Limited English Proficiency*), fra cui un’alta percentuale di cittadini di origine ispano-americana. Il progetto, finanziato dalla Robert Wood Johnson Foundation, è nato con lo scopo di superare i sistemi segnaletici multilingue, attraverso l’uso di segnali con codice a doppia articolazione: verbale e iconico. Il set, frutto di uno studio durato oltre sei anni, conta oggi più di 54 simboli per la comunicazione in ambiente sanitario (Fig. 2) ed è l’unico strumento per la comunicazione visiva nel wayfinding ospedaliero ad essere stato validato su larga scala.

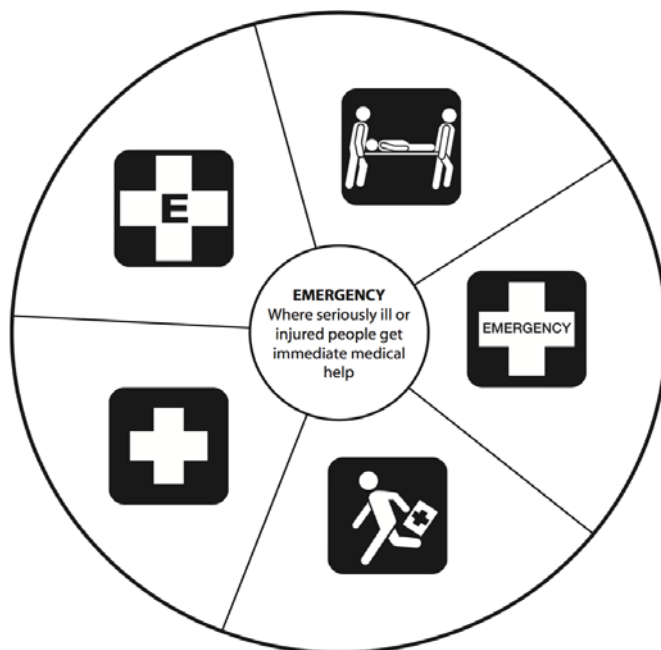
Fig. 2 - Set di pittogrammi emersi dalla ricerca “HablamosJuntos”



Ogni simbolo è l’esito di una valutazione di comprensibilità effettuata per mezzo di un test basato su un sistema sviluppato da Harm Zwaga (1988; 1999) e in uso anche nell’ambito dell’*International Organization for Standardization (ISO)*, che mostra il referente posizionato al centro di una “ruota a raggi parlanti” (Fig. 3). La circolarità della griglia di valutazione della rappresentatività fa in modo che ogni simbolo venga percepito con uguale rilevanza.

⁴ La documentazione completa della ricerca è disponibile su <https://segd.org/hablamos-juntos-universal-health-care-symbols>.

Fig. 3 - Esempio della ruota test ideata da Zwaga



A differenza dell’esperienza americana, il progetto “L’Isola dei pittogrammi” ha avuto alla base la necessità di conciliare le esigenze del gruppo di ricerca con quelle di un ospedale specifico, mentre in “HablamosJuntos” il set è risultato l’esito di uno studio che ha affrontato problemi legati a un determinato segmento della popolazione, i LEP. Inoltre, in “HablamosJuntos” la scelta dei “referenti” è il risultato di un’ulteriore fase di test con l’utenza, mentre nel set “L’Isola dei Pittogrammi” (IdP), i referenti sono frutto di una scelta concordata fra management, Direzione sanitaria e direttori di reparto dovuta:

- all’impossibilità, per vincoli legati ai regolamenti per l’accreditamento pubblico, di utilizzare referenti non allineati con la terminologia prevista dal Servizio Sanitario Regionale;
- alla necessità di testare solo i pittogrammi dei referenti relativi alle aree e funzioni significative per l’Ospedale Fatebenefratelli, con l’obiettivo di ottimizzare tempi e risorse.

La ricerca italiana ha prodotto un set di 130 pittogrammi (Figg. 4-6), un numero decisamente superiore rispetto al set HJ (Fig. 2).

La fase test, che ha coinvolto 200 utenti, ha rilevato il livello di comprensibilità di 5-6 pittogrammi per ciascuno dei referenti di area medica, di funzione o di servizio presenti all’interno dell’Ospedale, per mezzo della stessa scheda sviluppata da Zwaga e implementata dall’ISO (Fig. 7)⁵.

⁵ La somministrazione del test è avvenuta su un campione non rappresentativo di 200 individui, selezionati attraverso una modalità di “campionamento per quote”: partendo dall’ultimo dato Istat sulla popolazione italiana totale residente al 1 gennaio 2017, sono state individuate rispettivamente la composizione del campione e delle relative quote, scegliendo di utilizzare le variabili dell’età e del genere, e di escludere dal campione la fascia d’età compresa tra 0 e 15 anni, poco significativa per lo scopo della ricerca. I dati relativi alle percentuali delle tre fasce d’età scelte sono stati scorporati determinando le rispettive percentuali relative, così da individuare l’esatta composizione del campione: 96 uomini e 104 donne, di cui 70 intervistati nella prima fascia d’età compresa tra i 16 e i 39 anni, 82 intervistati nella seconda fascia d’età compresa tra i 40 e 64 anni e 48 intervistati nella

Fig. 4 - Set pittografico "Isola dei Pittogrammi".



terza fascia con oltre 65 anni; il questionario è stato somministrato in modalità "faccia a faccia", nel corso di quattro mesi (dal febbraio al maggio 2016). Per non arrecare disturbo ai pazienti e all'attività del personale sanitario, le interviste sono state effettuate in prossimità dell'ingresso, all'esterno e nei chiostri dell'Ospedale.

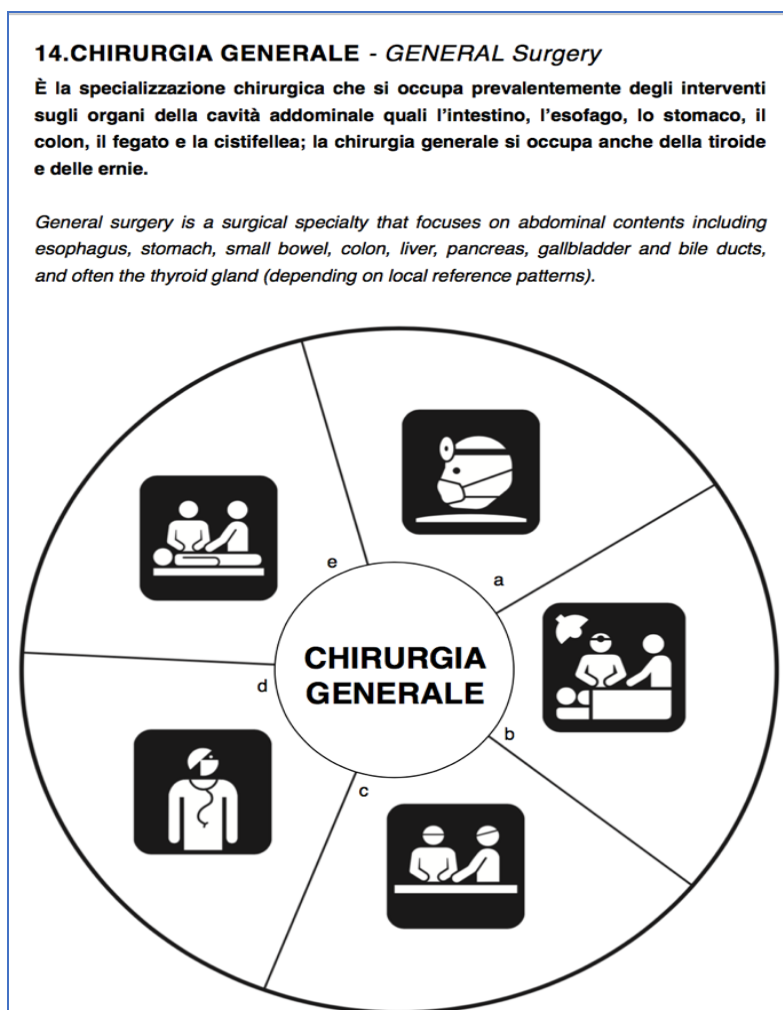
Fig. 5 - Set pittografico “Isola dei Pittogrammi”.



Fig. 6 - Set pittografico "Isola dei Pittogrammi".



Fig. 7 - Esempio di scheda di test perla comprensibilità del set IdP



Per i referenti già validati nello studio americano, si è proceduto al test utilizzando le ruote contenenti lo stesso match di pittogrammi. Per i referenti ancora privi di un pittogramma validato e non inclusi nel set SEGD, si è optato per definire 4, 5 o 6 pittogrammi per referente, seguendo un percorso di design partecipato articolato in tre fasi:

- 1) la prima fase ha visto l'effettuazione di quattro focus group, con 6 persone ciascuno (il primo focus ha coinvolto tre medici e tre infermieri; il secondo 6 pazienti; il terzo 6 amministrativi; il quarto 6 persone scelte in modo casuale) in cui i partecipanti hanno prodotto, per ciascun referente, un disegno stilizzato che sintetizzasse visivamente il concetto espresso dal referente stesso;
- 2) recepiti gli stimoli dei focus, tre designer hanno raccolto la serie di pittogrammi più diffusi in relazione a ciascun referente, sviluppandone ulteriori in base alle indicazioni provenute dal focus, per un totale di 12 pittogrammi-stimolo;
- 3) sono stati effettuati altri quattro focus, con persone diverse ma appartenenti alle stesse categorie, per giungere alla definizione dei pittogrammi stimolo definitivi da inserire nelle ruote test.

In modo proporzionale alle quote di soggetti individuate, ciascun individuo ha valutato non più di 28 ruote, per altrettanti numeri di referenti, al fine di ridurre un carico troppo alto di stress negli intervistati, che avrebbe, a sua volta, compromesso

il giudizio espresso.

Rispetto al set statunitense, si sono registrate forti differenze nella selezione dei pittogrammi relativi ai referenti Oncologia e Farmacia. Per il pittogramma di Farmacia il codice americano è risultato quasi totalmente incomprensibile agli italiani e perfettamente comprensibile agli intervistati di origine anglosassone. Per il pittogramma di Oncologia, laddove nel set “HablamosJuntos” viene usato un cerchio fra due mani, contenente dei puntini (simboleggianti le cellule) di cui uno di colore diverso, in quello italiano troviamo il nastro simbolo della lotta ai tumori: tale esito è il frutto della sedimentazione nell’immaginario collettivo del contenuto visivo dei messaggi che negli ultimi vent’anni, in Italia, sono stati veicolati dalle varie associazioni per la prevenzione e la lotta ai tumori (Figg. 8).

Fig. 8 – Pittogrammi indagati nella ricerca per il referente Oncologia.



Fra gli interventi di modifica richiesti dal personale medico e delle direzioni, i più decisi sono stati quelli sul pittogramma di Psicologia e di Ostetricia. Per il pittogramma di Psicologia, non è stata accettata, come in linea con l’identità del luogo, una figura che ritraesse la mente della persona come un ingranaggio. Per i frati, infatti, anche il pittogramma si è rivelato essere immagine della ‘persona’. Per tale ragione si è preferito utilizzare una figura che ritraesse, all’interno della testa, un puzzle (opzione che, per l’utenza, era risultata tuttavia la seconda per comprensibilità, rispetto a quella con l’ingranaggio, indicata invece dalla maggioranza come la più comprensibile; Fig. 10). Per il pittogramma di Ostetricia, originariamente raffigurante un profilo di donna in gravidanza con il feto visibile in trasparenza, si è preferito utilizzare un pittogramma in cui quest’ultimo comparisse (Fig. 9), con l’obiettivo di non urtare la sensibilità delle pazienti con gravidanze patologiche con esito incerto.

Figg. 9-10 – Pittogrammi concordati per i referenti PS Ostetricia (destra) e Psicologia (sinistra).



Spostando l’attenzione sulla terminologia della segnaletica, è importante evidenziare come anche la scelta dei termini da adottare sia, e sia stata nello studio, in grado di rappresentare una superficie di cambiamento, di confronto e, a volte, anche di scontro fra istanze diverse, istanze legate alle identità, ai ruoli, alle gerarchie (si pensi alla decisione, presa dalla Proprietà dell’Ospedale, di eliminare i titoli “Prof.” e “Dott.” dalle targhe contenenti i nomi dei direttori di reparto; Fig. 11).

Fig. 11 - Segnali identificativi



Il cambiamento di una terminologia può, infatti, generare resistenze, soprattutto laddove gli interventi segnaletici facciano emergere e determinino la necessità di razionalizzazioni nell'organizzazione dello spazio e delle funzioni in esso erogate, impattando, a volte, su procedure e prassi organizzative consolidate, e, dunque, sul personale. Le nuove forme di organizzazione visiva della comunicazione (che hanno incluso anche nuovi layout per gli avvisi all'utenza in linea con le caratteristiche grafiche e cromatiche della segnaletica, al fine di contribuire a creare un maggior ordine visivo all'interno dell'ospedale) hanno comportato, infatti, ad esempio, nuove procedure per l'autoproduzione di materiale informativo per l'utenza, il divieto dell'uso dell'"A4 selvaggio" appeso sui muri utilizzando cerotto per medicazione ma anche l'apprendimento di nuove denominazioni delle funzioni (Fig. 12) Anche per queste ragioni è stato necessario partire dal coinvolgimento della dirigenza, del personale medico e dei coordinatori di reparto per aggiornare le definizioni risultate obsolete, per mappare le destinazioni d'uso e tutti quei processi organizzativi che, a vario titolo, potessero avere qualche impatto sul sistema segnaletico. In tal senso la ricerca-azione, caratterizzata da una doppia anima (sociologica e di wayfinding design), si è misurata sia con lo spazio fisico che con quello sociale relativo all'utenza interna, diventando così, in aggiunta, un'occasione di apprendimento organizzativo (Albanese et al., 2014; Butera, 2009; Neumann, 2000; Simone 2016) e di revisione delle pratiche di gestione dei flussi e delle procedure di accesso a luoghi e servizi⁶.

⁶ «[...] il ragionamento sulla definizione di un sistema di comunicazione per l'orientamento destinato all'utenza determina, a livello dell'organizzazione, un processo di metacognizione della propria articolazione nello spazio, e del modo in cui tale articolazione si mostra all'utenza stessa, stimolando la riflessione su quanto la configurazione in essere sia voluta e funzionale o frutto semplicemente di prassi consolidate; ciò comporta un'assunzione di consapevolezza sia sulla funzionalità e sulla correttezza del layout, sia sulle eventuali esigenze di correzione rispetto a situazioni rivelatesi irrazionali, poco comprensibili per l'utenza, o semplicemente non più attuali nel descrivere la reale situazione in atto. [...] In un contesto pesantemente regolato in termini procedurali, come è l'Ospedale, anche la più piccola trasformazione procedurale è potenzialmente in grado di impattare su una lunghissima catena di responsabilità, con risvolti molto spesso anche sul piano amministrativo, operativo e legale, e non solo della prassi organizzativa. Un esempio può essere quello della razionalizzazione della numerazione dei letti: questa, esaminata dal gruppo di ricerca in funzione della definizione della segnaletica di reparto, è risultata in alcuni casi non intuibile dall'utenza poiché non organizzata in modo sequenziale. [...] La numerazione dei letti nelle stanze è, ovviamente, un'informazione molto utile per l'orientamento dell'utenza, e tale situazione ha determinato, per molto tempo, un deficit di comprensione nei visitatori, che spesso vagavano in cerca di un numero di letto in una sequenza illogica di numerazione. Al momento della riorganizzazione dei numeri, si sono presentate criticità di natura operativa molto rilevanti: rinumerare i letti ha significato, infatti, modificare l'associazione numero-paziente sia all'interno dei record informatici, sia a livello di cartelle cliniche cartacee, con il rischio di errori nella somministrazione dei farmaci, o nell'esecuzione

Fig. 12 – Porta avvisi fissi; porta avvisi variabili.



Un esempio interessante di come tali processi di apprendimento si siano declinati in azione, nell’ambito dell’autoproduzione di supporti di comunicazione visiva, è l’iniziativa presa dai dipendenti del back-office dell’ufficio “Ritiro referti” (vedi Fig. 13) che, pur non essendo tenuti a rispettare, per le proprie comunicazioni interne inerenti la comunicazione organizzativa, i codici visivi della segnaletica esterna, hanno scelto di autoprodurre delle lettere in carta da utilizzare per l’identificazione delle caselle dell’archivio utilizzando i codici visivi del sistema segnaletico. Ciò ha dimostrato come, gli interventi portati avanti dai ricercatori attraverso continui briefing con i dipendenti abbiano condotto questi ultimi ad adottare comportamenti di ‘compliance’ con il lavoro di ricerca svolto, “confermando l’importanza della ‘socializzazione’ alla qualità visiva che i ricercatori, attraverso il continuo relazionarsi con l’utenza interna, hanno in parte contribuito a sviluppare” (Pilozzi & Torresan, 2018, p.166).

Fig. 13 – Imitazione del nuovo sistema segnaletico, in autoproduzione, con l’adozione dello stesso carattere e set cromatico.



di pratiche mediche. Ciò ha impattato anche sul progresso, in relazione allo storico della vita del reparto. La revisione della numerazione dei letti ha coinvolto, pertanto, il personale amministrativo della Direzione sanitaria, i tecnici informatici, il direttore e il coordinatore del reparto, gli infermieri e gli operatori che consegnano i pasti, l’azienda manuttrice del corpo elettrico multifunzionale, su cui erano montati i vecchi numeri, per la rimozione in sicurezza di questi ultimi, i pazienti ricoverati e le relative famiglie, che hanno collaborato affinché non si verificassero errori nello scambio dei numeri degli armadietti corrispondenti ai letti. Pertanto, ogni intervento è stato attuato considerando sempre che la richiesta di una modifica nelle procedure, fatta al singolo, sotto il profilo delle pratiche di comunicazione con l’utenza, avrebbe attivato un meccanismo di coinvolgimento a costellazione dell’intero ambiente organizzativo» (Pilozzi & Torresan, 2018, pp. 129-131).

La produzione e l’implementazione del sistema ha richiesto circa un anno e mezzo, a causa di continui cambiamenti nella destinazione d’uso degli spazi, cambiamenti che hanno portato a modificare in itinere il design e l’organizzazione del sistema di wayfinding. Quella che ha avuto luogo, fino al gennaio 2018, va considerata come la prima fase del progetto. Nella seconda fase, infatti, si andrà ad effettuare un test dell’intero sistema, a distanza di un anno dalla sua implementazione definitiva, in relazione:

- alla sua efficacia nell’orientare gli utenti a trovare la propria meta;
- alla sua efficacia nel correggere la gestione dei flussi e aumentare la comprensione dell’organizzazione dello spazio;
- alla capacità dei pittogrammi di veicolare informazioni complesse, al loro livello di memorabilità, al gradimento registrato in quanto medium di comunicazione, nonché alle dinamiche comportamentali attivate dal nuovo stimolo visivo.

Fig. 14 - Direzionale da parete



In relazione al terzo punto, mentre è già stata investigata la funzione e l’efficacia delle informazioni graficizzate in modo più complesso, quali le infografiche⁷, per la comunicazione della salute negli spazi ospedalieri (Arcia, 2015, pp. 174-183), non si rilevano studi sulla potenzialità dell’uso dei pittogrammi per il wayfinding di produrre forme di *health-literacy*, considerando la capacità di questi di veicolare informazioni e promuovere alfabetizzazione rispetto ai tecnicismi che contribuiscono a produrre quelle forme di “conversazione diseguale” (che si potrebbe definire ‘ambientale’) cui si è accennato sopra. I test effettuati per la definizione del set, infatti, hanno dimostrato come la segnaletica a doppio codice (nelle Figg. 14-15 è possibile osservare alcuni esempi dei cartelli direzionali e dei totem implementati nel progetto) faccia in modo che la parola venga ‘aiutata’ dall’immagine, o viceversa: prevalentemente, è il pittogramma ad arrivare laddove la parola risulti troppo complessa; al tempo stesso, se l’immagine risulta poco decodificabile, la parola funziona da rinforzo, anche se non se ne conosce bene il significato, aumentando la possibilità che si possa intuire il contesto semantico a cui il segnale si riferisce. Ciò che si andrà ad indagare nella II fase dello studio sarà proprio la portata di tale processo cooperativo, che potrebbe essere in grado di attivare percorsi di alfabetizzazione alla salute grazie all’esposizione a terminologie

⁷ Sul ruolo delle infografiche nella comunicazione dell’informazione, in modo facile e intuitivo, di processi complessi, si vedano Di Cairo (2013) e Bottazzini, Gotuzzo (2014).

mediche “visualizzabili” e concretizzabili, e, dunque, maggiormente comprensibili e accessibili da un’utenza allargata.

Fig. 15 – Riepilogativo di ingresso in prossimità del desk accoglienza



Bibliografia di riferimento

- Accolla, A. (2009). *Design for All. Il progetto per l'individuo reale*. Milano: FrancoAngeli.
- Albanese, O., Doudin, N.A. e Martin, D. (2014). *Metacognizione ed educazione. Processi, apprendimenti, strumenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Arthur, P. e Passini, R. (1992). *People, Signs and Architecture*. Toronto: McGraw-Hill.
- Bottazzini P. e Gotuzzo M. (2014). *Design della mente*. Milano: LSWR.
- Butera, F. (2009). *Il cambiamento organizzativo. Analisi e progettazione*. Bari: Laterza.
- Calori, C. (2007). *Signage and Wayfinding Design. A complete Guide to Creating Environmental Graphic Design Systems*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Carpman, R. e Grant, A.M. (2016). *Design that care. Health facilities for patient and visitors*, San Francisco: Jossey Bass.
- Cipolla C. e Moruzzi M. (2015). *Achille Ardigò nei suoi scritti inediti*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Cairo, A. (2013). *L'arte funzionale: Infografica e visualizzazione delle informazioni*. Milano-Torino: Pearson.
- Faccioli, P. (2010). *Nuovo manuale di sociologia visuale*. Milano: FrancoAngeli.
- Grossman, J. (2006). *Design for bridge experience*. UX Matters. Disponibile al sito web: <http://www.uxmatters.com/mt/archives/2006/06/designing-for-bridge-experiences.php> (4 novembre 2018).
- Hall, E.T. (1969). *Il linguaggio silenzioso*. Milano: Bompiani.
- Hall, E.T. (1988). *La dimensione nascosta*. Milano: Bompiani.
- Heller, A. (2012). *Sociologia della vita quotidiana*. Roma: Edizioni Pigreco.
- Jones, P.H. (2013). *Design for care*. New York: Rosenfeld.
- Joy, Lo C.W. et al. (2016). How universal are universal symbols? An estimation of cross-cultural Adoption of Universal Healthcare Symbols. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(3), pp. 116-134.

- Kim, M. *et al.* (2015). Implementing an augmented reality-enabled wayfinding system through studying user experience and requirements in complex environments. *Visualization in Engineering*. Springer International Publishing. Disponibile al sito web: <https://doi.org/10.1186/s40327-015-0026-2> (4 novembre 2018).
- Lee, S. *et al.* (2014). Comprehensibility of universal healthcare symbol for wayfinding in healthcare facilities. *Applied Ergonomics*, 45, pp. 878-885.
- Magliozzi G. (1983). *L'inizio dell'attività ospedaliera dei Fatebenefratelli nelle città di Roma e Perugia*. Roma: Ospedali Fatebenefratelli.
- Mangano, D. (2008). Città: istruzioni per l'uso. Testo urbano e segnali stradali. In G. Marone e I. Pezzini, *Linguaggi della città. Senso e metropoli II*. Roma: Meltemi.
- Mangone, E. (2013). Relazionalità e salute. *Salute e Società*, 3, pp. 197-207.
- Micheli, G. (1985). *L'Isola Tiberina e i Fatebenefratelli*. Milano: Editrice CENS.
- Mirzoeff, N. (2002). *Introduzione alla cultura visuale*. Roma: Meltemi.
- Morsiani, M.C. (2015). La cura come esito di un Sistema di relazioni che oltrepassa i confini del sistema sanitario. In C. Cipolla e M. Moruzzi (2015). *Achille Ardigò nei suoi scritti inediti*. Milano: FrancoAngeli.
- Oldenburg J. (2017). *Participatory healthcare. A person-centred approach to healthcare transformation*. HIMSS. Boca Raton: Taylor & Francis.
- Orletti, F. (2000). *La conversazione diseguale*. Roma: Carocci.
- Orletti, F. e Fatigante, M. (2013). *Salute e Società. La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente*. 1/2013. Milano: FrancoAngeli.
- Pilozzi, F. (2013a). Se il segnale è per tutti. *Bioarchitettura*, 82, pp. 46-49.
- Pilozzi, F. (2013b). *Relazioni segnaletiche. Spazi funzioni e rappresentazioni nei sistemi per il wayfinding urbano*. Milano: FrancoAngeli.
- Pinotti, A. e Smaini, A. (2016). *Cultura visuale. Immagini, sguardi, media dispositivi*. Torino: Einaudi.
- Joy, Lo C.W. *et al.* (2016). How universal are universal symbols? An estimation of cross-cultural Adoption of Universal Healthcare Symbols. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(3), pp. 116-134.
- Simone, G. (2016). *Apprendimento Organizzativo e Vantaggio Competitivo*. Soveria Mannelli: Rubettino.
- Stefan, I. (2012). *Design for all. Il progetto per tutti. Vol.2*. Rimini: Maggioli.
- Totaforti, S. (2017). *Il paziente cittadino. L'ospedale come sistema e come esperienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Totaforti, S. (2018). L'ospedale e la città. In Pilozzi F., Torresan M. (Eds.).(2018), *La comunicazione visiva per la salute*. Milano: FrancoAngeli
- Zwaga, H.J. (1988). Who need Guidelines. *Ergonomics in Design*, 6, 4: 4-5.
- Zwaga, H.J, Boersma, T., *et al.* (Eds.).(1999). *Visual information for everyday use. Design and Research perspectives*. Basingstoke: Taylor & Francis.