

Articolo di Metodo

Una “nuova” segnaletica direzionale e d’orientamento sperimentale nel presidio ospedaliero dell’ASLBI

BRIOSCHI D¹, CAPPELLETTI R², FERRO R³, SARCI F⁴.¹ 1SOC Formazione e Comunicazione ASL Bi, ² 2Collaboratore Professionale profilo Amministrativo, Soc Direzione Medica di Presidio ASLBI, ³ Geometra, Soc Servizi tecnici e manutentivi, ⁴ Assistente tecnico, Soc Servizi Tecnici e Manutentivi.

Abstract

Introduzione: nel 1999 il NHS Estates ha pubblicato il documento: “*Wayfinding: Guidance for Healthcare Facilities*”. Gli utenti ospedalieri presentano capacità diverse e si ritrovano a dover cercare uno specifico reparto pur disponendo di poco tempo. La complessità ed il continuo riadattamento degli ospedali rendono molto difficile lo sviluppo ed il mantenimento di un sistema direzionale efficace. Su quest’ultimo punto si è sviluppato il progetto dell’AslBi: un sistema direzionale chiaro e concreto per il suo presidio.

Metodi: si è puntato sul colore, abbinandone uno a ciascun padiglione ospedaliero e ai servizi/reparti che ne fanno parte. Nella cartellonistica già presente, quindi accanto alla specialità, è stato applicato un pallino colorato di riferimento che guida l’utente lungo il percorso ospedaliero per accedere al servizio richiesto. Si sono studiati, come raccomandato in letteratura, percorsi a movimento orizzontale dell’utente al piano terreno e quindi l’accesso ai reparti in movimento verticale nei padiglioni ai piani superiori.

Risultati: sono state affisse planimetrie a colori, che evidenzino i singoli padiglioni e i relativi servizi, per facilitare l’orientamento orizzontale/verticale. Volontari distribuiscono planimetrie in A3. Nell’ottica del risparmio delle risorse economiche si è optato per il semplice riadeguamento dell’esistente. Sono stati utilizzati supporti già presenti e recuperati quelli dismessi.

Discussione: l’orientamento coinvolge fattori semplici: conoscere dove sei, la tua destinazione, conoscere e seguire la via migliore per raggiungerla, riconoscerla all’arrivo e saper ritrovare la via del ritorno. Questo, interagendo in un gruppo multidisciplinare e con un approccio trasversale, è quello che abbiamo cercato di fare.

Parole chiave. Orientamento in ospedale, stile delle mappe, stile dei segni, esperienza dei pazienti, concezione tripartita del flusso di conoscenza.

INTRODUZIONE

L’ospedale: questo sconosciuto

Nel 1999 il NHS Estates del Regno Unito pubblicava un documento di linee guida di 150 pagine, *Wayfinding: Guidance for Healthcare Facilities*, atto ad aiutare le strutture sanitarie a districarsi nel difficile compito di dover ricostruire un sistema di segnaletica direzionale. Il documento, basato su un progetto di ricerca durato un anno, oltre a prendere in considerazione i suggerimenti del personale sanitario e dei pazienti nonché le migliori *best practice* riportate in letteratura, cercava di affrontare i diversi approcci esistenti alla costruzione di un sistema di segnaletica direzionale e reindirizzamento ospedaliero, introducendo peraltro il nuovo concetto di “*way-showing*”, inteso come utilizzo di indirizzo all’orientamento del paziente/utente all’interno degli ospedali, luoghi la cui complessità e il cui continuo mutamento rendono difficile lo sviluppo ed il mantenimento di un sistema di cartellonista direzionale efficace.

Quando abbiamo intrapreso il riordino del sistema di segnaletica direzionale aziendale dell’AslBi siamo partiti con una diagnosi di quanto esistente ed una riprogettazione per il riadeguamento dei percorsi fisici dell’utente all’interno della struttura ospedaliera.

Sembrerà strano iniziare con delle domande! Quando si inizia a progettare un lavoro a seguito di una diagnosi del sistema bisognerebbe partire con delle “certezze”: soluzioni emergenti dall’analisi fatta di quanto esistente e di quanto suggerito, oltre che dalle evidenze scientifiche, dalla pratica quotidiana di coloro i quali in tale sistema lavorano.

Ma il riordino è iniziato con domande, riflessioni che man mano si sono presentate nello svolgersi dei lavori.

Come pensare ad ottenere un sistema di rappresentazione dei percorsi snello all’interno di un presidio ospedaliero, considerato

ambiente ad alta complessità per la sua strutturazione?

Quali le sfide associate alla massimizzazione del valore per il paziente/utente, inteso come gruppo portatore di bisogni diversi, quando invece si tratta di ri-disegnare a seguito di analisi, progettare, implementare e mantenere un sistema di indicazione/orientamento per ambienti ospedalieri ad alta complessità?

Come riuscire a rimanere all’interno di un percorso già esistente e semplicemente da valorizzare, implementando i principi riportati nelle principali linee guida internazionali e le *best practice* senza peraltro perdere la coerenza di sistema?

Ma soprattutto come riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati all’interno di un *budget* limitatissimo?

La letteratura internazionale non smette di ricordare come ambienti complessi, genericamente intesi sia come edifici che come infrastrutture, debbano porsi come obiettivo la valorizzazione del cliente in tutti gli stadi del suo percorso. È consuetudine che negli ospedali, considerati a tutti gli effetti ambienti ad alta complessità, spesso i vari reparti e servizi ambulatoriali vengano trasferiti presso altri padiglioni o su diversi piani sia per modifiche sostanziali e ridefinizione degli ambienti, sia per semplice ristrutturazione e riadeguamento.

A questa difficoltà, legata alla continua evoluzione di questo tipo di strutture, è da aggiungere la necessità di tener conto, nella progettazione dei percorsi, dei bisogni di gruppi di utilizzatori spesso molto differenti (anziani, bambini, nuovi frequentanti, stranieri, portatori di *handicap*, persone in carrozzella etc) e che, entrando in ospedale, necessitano di un’approfondita attenzione e considerazione.

Nel 1992 Arthur and Passini riportavano come la necessità di orientarsi si rifaccia ad un concetto complesso che ha continuato

a destare attenzione nei cognitivisti, architetti, *project managers*, *manager* di logistica ospedaliera e valutazione degli spazi che cercano di influenzare il modo in cui le persone interagiscono e percepiscono il proprio spazio (Muhlhausen, 2006). Dal momento in cui il concetto venne per la prima volta utilizzato da Lynch (1960), si è registrato un incredibile proliferare di teorie, principi di *design* e metodologie finalizzate allo sviluppo di progetti atti ad implementare e migliorare i sistemi di orientamento all'interno delle strutture ad alta complessità strutturale, quali l'ospedale. Preoccupazione ed ansia legate alla necessità di orientamento nello spazio, conoscenza dello spazio, elaborazione dell'informazione, processi di *problem solving* e di memoria sono tutti fattori che si combinano al momento dell'accesso in una nuova struttura. (Muhlhausen, 2006). Tuttavia, nonostante tutte queste conoscenze, spesso gli utilizzatori di ambienti complessi quali l'ospedale, continuano a sperdersi. Rimane quindi la forte necessità di trovare una soluzione soddisfacente alla possibilità che l'utente si smarrisca, o si percepisca come tale, all'accesso in un presidio ospedaliero.

Volendo semplificare la risposta ci si può in parte rifare ad un concetto di "*management* della conoscenza", inteso come gestione dei flussi delle informazioni. Tradotto in pratica si tratta di arrivare quindi al tema della gestione snella dei flussi delle informazioni fornite all'utente: assicurare la corretta informazione, nel modo e nella forma, al posto giusto e nel momento giusto.

Da qui se ne deduce come il nostro obiettivo, tenendo in considerazione queste prime considerazioni basilari, potesse essere la redazione di un progetto finalizzato ad uniformare la veste grafica nonché la tipologia tecnico costruttiva più idonea per la realizzazione della segnaletica di orientamento e indicazione dei percorsi nel presidio ospedaliero, diretta in modo efficace ad un gruppo variegato di utenti. Il riordino previsto dal nostro progetto rispetta e valorizza quanto già presente cercando di coniugare i lavori ad un forte contenimento dei costi.

Ma cosa comporta l'applicazione di un *management* snello della conoscenza all'interno della struttura ospedaliera?

Il *management* della conoscenza può dar vita ad un approccio dicotomico dove avviene una distinzione tra la conoscenza intesa come tale e l'informazione. (Davenport & Prusak 1998; Quintas 2005; Kim 2006) (*A lean approach to knowledge management has been proposed by Rooke et al*, 2010).

Bisogna distinguere tra gli aspetti informativi e pratici della conoscenza, combinandoli con la concezione degli oggetti fisici ed ambienti come informazione riferita ad entità costituite, riconosciute ed utilizzate nella pratica sociale. La sua formulazione include informazione; pratica sociale; proprietà fisiche degli oggetti nei quali la conoscenza può essere inglobata.

Ragionando in questi termini gli spazi possono arrivare in pratica a comunicare con noi attraverso le loro proprie caratteristiche intrinseche strutturali e la loro valorizzazione visiva.

I padiglioni del Presidio Ospedaliero dell'AslBI acquisiscono in questo senso dei colori caratteristici, gli stessi che sono assegnati alle strutture organizzative complesse e semplici in essi situate.

Il padiglione Rivetti per esempio, caratterizzato da proprie caratteristiche storico-culturali, acquisisce sulla planimetria il colore verde mentre le strutture, ivi collocate, acquisiscono il percorso caratterizzato dal pallino di colore verde posto accanto al nome.

METODI

Le sfide associate: ridurre lo spreco massimizzando il valore nel contesto della segnaletica dei percorsi ospedalieri

L'obiettivo di implementare un sistema di orientamento nei percorsi ospedalieri, che risultasse essere efficace, era di assicurare che l'informazione corretta nella forma appropriata venisse comunicata alla persona giusta al momento appropriato.

L'"informazione giusta" e "la forma giusta" si rifanno alla trasmissione di valore, mentre "la persona giusta" ed "il tempo appro-

priato" al tema dei flussi. In pratica per un sistema di orientamento nei percorsi ospedalieri "la persona giusta" ed "il tempo appropriato" significano avere l'informazione nel posto dove si rende necessario averla per chiunque stia cercando la propria direzione.

Le sfide associate alla progettazione di un sistema di orientamento per utenti diversi che entrano in ospedale con "diversi livelli di conoscenza" e "diversi gruppi" sono svariate. Tali gruppi precedentemente citati sono portatori di una gamma variata e differenziata di bisogni, capacità e livelli di conoscenza. Prendiamo ad esempio il principio di posizionamento della segnaletica direzionale: il pannello non dovrà essere né troppo alto né troppo basso rispetto al livello dell'occhio (DOH, 2005).

Ma quale livello bisognerà considerare? Sarà quello di un utente di un'altezza media, di un bambino o di un utente in carrozzina? Le ricerche di uno studio empirico al *Salford Royal* hanno chiaramente dimostrato che un'osservazione stretta di tali principi porterebbe alla creazione di valore solamente per coloro che non risultino essere diversamente abili e di altezza media, rendendo difficoltoso l'accesso all'informazione ad esempio per utenti in carrozzella. Non considerando quindi le necessità di tutti gli utenti si arriverebbe ad uno spreco di risorse con perdita di valore per l'utente.

Un altro aspetto da non dimenticare è che vi è consuetudine delle strutture ospedaliere che lo *staff* debba aiutare chiunque si perda o viva come tale il proprio accesso presso la struttura. In casi estremi, è lo *staff* che deve accompagnare gli "spersi" sulla via che riporterà l'utente sul percorso corretto. Chiunque si fermi per qualche secondo in più, a volte, invece di cercare di comprendere la segnaletica, si aspetterà che un volontario o i membri dello *staff* siano tenuti a dargli le informazioni opportune. Spesso sono gli operatori sanitari che ammettono di trovarsi a dividere il proprio lavoro tra il fornire indicazioni di percorso e portare avanti le proprie mansioni operative quotidiane.

Le prove che il sistema di orientamento all'interno dell'ospedale si basi in gran parte sui volontari e sullo *staff* si evidenzia nel caos che avviene quando né i volontari né lo *staff* sono disponibili.

L'abitudine a fornire indicazioni si rivela inoltre molto più costosa della cartellonistica stessa. L'impatto e la sensazione di smarrimento fisico sia di colui che cerca il percorso che dell'organizzazione è stato più volte ripreso in letteratura. Huelat (2004) fa corrispondere un'efficace sistema di segnaletica a un flusso efficiente del paziente e sostiene che l'implementazione di principi grafici ed organizzativi dei percorsi semplici non solo riduce lo *stress* del paziente e la sua ansietà, ma può condurre ad un miglioramento del suo stato di salute. Zimring (1990) ha dimostrato invece che i costi non valutati associati al tempo spesso dalla risorsa umana per fornire indicazioni di percorso raddoppiavano, in quanto un secondo collaboratore doveva nel frattempo svolgere le attività dal primo programmate. Era ovvio che le ore perse nel fornire indicazioni potevano essere meglio spese dal personale dedicandosi maggiormente ad altri servizi di assistenza sanitaria al paziente.

Anche l'impatto delle proprietà fisiche della struttura originaria vengono spesso sottovalutate. Se il percorso per colori può aiutare il paziente a raggiungere facilmente la destinazione orientandosi nella struttura, è anche vero che da solo, come già precedentemente ben esplicitato, può non bastare. Spesso l'utilizzo decorativo di altri colori lungo il percorso (es. cartelloni pubblicitari, fasce colorate di apertura di nuovi padiglioni ecc.) può causare confusione in pazienti un po' meno avvezzi all'utilizzo di questo approccio, se non adeguatamente supportato da una segnaletica che valorizzi anche le proprietà fisiche e peculiari di quella struttura. In alcuni casi la semplice decorazione colorata può essere scambiata per un'indicazione di supporto al percorso colorato. È stato dimostrato inoltre che l'utilizzo del solo colore spesso crea maggior sconforto nel paziente e un senso di smarrimento legato ad eccesso di carico visivo, portando addirittura in molti casi a conclusioni fuorvianti.

Lo stesso dicasi per l'eccesso di informazioni inutili date in modo visivamente confuso ed eccessivamente carico di contenuti in quel momento del percorso inutili, che portano ad una perdita di valore per il paziente/utente.

Ma in/a quale punto avviene allora lo spreco? Lo spreco avviene quando il flusso di informazioni attraverso le proprietà fisiche viene interrotto. Cioè quando le proprietà fisiche della struttura per essere percepite dall'utente/paziente devono essere "riparafasate" e spiegate dallo *staff* o dai volontari come istruzioni verbali. È chiaro che anche il luogo fisico della collocazione della segnaletica diventa quindi critico per la sua interpretazione. Una collocazione, ad esempio, inappropriata di un cartello o di una semplice freccia indicativa su un cartello può interferire con il contesto nel quale viene percepita l'informazione, rendendola quindi ambigua e portando ad una perdita del flusso informativo e quindi del relativo percorso.

Durante la nostra revisione della segnaletica direzionale e dei relativi punti di collocazione, ad un'analisi delle difficoltà di orientamento dell'utenza, era risultato avere maggiore criticità il punto di confluenza posto tra l'intersezione del corridoio che partendo dal monoblocco, padiglione posto all'entrata principale dell'ospedale, porta all'accesso di tutti gli altri padiglioni ospedalieri e le strutture poste sui vari piani del monoblocco stesso. Spesso gli utenti leggendo frettolosamente sul cartello posto nell'atrio di accesso il nome delle strutture ed il piano degli altri padiglioni del presidio, tendevano a trascurare visivamente l'indicazione con la freccia, ed invece di procedere lungo il corridoio salivano direttamente ai piani del monoblocco attraverso i due ascensori posti ai due lati. Una volta arrivati al piano giusto del padiglione sbagliato, chiedevano un aiuto per riorientarsi allo *staff* delle strutture nelle quali arrivavano, creando i disagi già citati.

Per sfruttare appieno tutti i principi precedentemente esposti all'intersezione in prossimità del cartello di cui sopra e per cercare di risolvere le criticità abbiamo:

- revisionato il cartello tenendo il pallino colorato + il nome della struttura + una freccia indicante la direzione. Si è in pratica tolto il numero dei piani, in quanto in quel punto del percorso era un'informazione inutile e in grado di creare confusione, mettendo, nello spazio lasciato dal numero di riferimento del piano, il pallino con il colore del padiglione. Per facilitare la ricerca del nome della struttura desiderata, e quindi lettura del cartello, tutte le strutture sono state messe in ordine alfabetico;
- posto la planimetria del presidio in loco, su un supporto recuperato ed adeguatamente riadattato all'uso dai tecnici ospedalieri, cercando di tenere un'altezza per la lettura che fosse media;
- predisposto delle planimetrie in formato A3 che potessero essere prese dall'utenza, direttamente dai contenitori predisposti sotto l'espositore della planimetria;
- affiancato i volontari dell'associazione ANTEAS per rispondere all'esigenze di un'utenza in età avanzata e quindi in genere meno pratica con la tipologia di connotazioni scelte.

Specifiche interruzioni di percorsi confusi e difficili possono quindi essere analizzate osservando la risposta degli utenti in quello specifico punto informativo di percorso nel contesto e ridiscutendo il problema osservato con un team di sviluppo dei percorsi ospedalieri.

Ma quali le caratteristiche allora di un sistema di orientamento di percorso che possa essere definito efficace?

Sapere dove sei, conoscere la tua destinazione, conoscere e seguire il percorso più appropriato alla tua destinazione, essere in grado di riconoscere di avere raggiunto la tua destinazione prefissata una volta arrivato e saper ripercorrere il processo per il ritorno verso l'uscita (Carpman & Grant, 1993).

Sistemi efficienti di segnaletica dovrebbero aumentare la soddisfazione dell'utente ed il loro utilizzo in quanto diminuendo lo

stress e la frustrazione, aumenta la fiducia e la produttività associate alla riduzione di rischi e pericoli per gli utilizzatori.

RISULTATI

AsIBi: quando l'assistenza sanitaria incontra l'ospitalità

L'ospedale degli Infermi di Biella è una struttura grande e complessa, costituita da una serie di padiglioni secondari e da un monoblocco centrale. Quest'ultimo, a sua volta, si sviluppa su più piani e più settori. Una complessità cresciuta negli anni con gli ampliamenti e le modifiche organizzative a cui il nosocomio è stato via via sottoposto. La progettazione della segnaletica di orientamento ed indicazione dei percorsi di presidio all'interno dell'AsIBi, nonché il progetto applicativo relativo alla segnaletica direzionale è stato seguito dalla Soc. Formazione e Comunicazione in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio e supporto dell'Ufficio Tecnico, tale progetto prevedeva inoltre il rilievo e aggiornamento della pianta tecnica del Presidio attribuendo ai padiglioni, costruiti nelle varie epoche secondo elargizioni personali, dei colori.

Il progetto è stato portato avanti nel Presidio ospedaliero dell'AsIBi, ambiente ad alta complessità strutturale, ed è stato suddiviso in due fasi.

La prima fase ha visto la fotografia e diagnosi del sistema di indicazione aziendale esistente al fine di stabilire come gli utenti che accedevano al presidio, sia in primo che in secondo accesso, si orientavano nell'ambiente circostante per ricostruire il proprio percorso d'arrivo alla struttura ricercata.

La seconda fase si è focalizzata sulla creazione di un gruppo multidisciplinare di professionisti che lavorasse alla ricerca di strategie per migliorare i percorsi valorizzandoli e semplicemente migliorandoli dove necessario, nonché integrando con una cartina di presidio a padiglioni colorati l'attuale segnaletica direzionale. È proprio in questa fase che oltre ad uno studio dell'esigenze dell'utenza, si sono stati presi in considerazione anche i suggerimenti dei professionisti ospedalieri e nonché dei volontari presenti all'accesso.

Nella predisposizione abbiamo cercato di ridisegnare la planimetria del presidio secondo i seguenti principi:

- facile da individuare nello spazio, intesa come collocazione di pannello;
- ovvia nel suo intento;
- facile da avvicinare (sia fisicamente che mentalmente);
- ovvia nel mostrare la posizione del visitatore rispetto alla struttura nel suo complesso;
- ovvia nel permettere di riconoscere e trovare la destinazione;
- immediata nel facilitare il riconoscimento del percorso da seguire.

Una decisione di orientamento corrisponde ad un comportamento (gira a sinistra, sali e cerca un'altra informazione) in risposta ad un'entità ambientale (intersezione, scale etc). Un'informazione che non può essere direttamente applicata o un'informazione sommersa da una quantità di altre informazioni può non essere percepita o addirittura rimossa, rendendo "l'informazione giusta al posto sbagliato" come un'assenza totale di informazione (come se non fosse mai stata data). Nostro presupposto, tra le modifiche da apportare e quanto già esistente è stato il rispetto della coerenza interna del sistema, dato che un'insegna segue sempre un'altra. Si è cercato di non esagerare con le varianti, sia per ragioni economiche sia per non disorientare e frastornare il destinatario. Il sistema di segnaletica nel suo complesso deve ispirare fiducia, essere decifrabile per il massimo numero d'utenti e rispondere alle esigenze di tutti.

Nella segnaletica direzionale in prossimità dei principali punti di intersezione ad alta criticità di smarrimento abbiamo tenuto il nome delle strutture in ordine alfabetico con i pallini colorati del padiglione di appartenenza e freccia direzionale; mentre in prossimità degli accessi diretti al padiglione e degli ascensori per il loro accesso verticale abbiamo preferito mantenere un ordine per numero di piano e nome delle strutture associato sempre al pallino

colorato di riferimento.

La mappa dell'ospedale dà all'utente appena entrato in presidio la possibilità di avere una chiara visuale dell'edificio, offrendo un *overview* di insieme di ciò che lo circonda, incrementando la possibilità di notare visivamente all'interno di una propria mappa mentale un numero di elementi distintivi dell'edificio e di relazionarli tra loro mentalmente, riferendosi eventualmente alle conoscenze previamente acquisite. Abbiamo ritenuto che la segnaletica del nostro ospedale dovesse essere razionale e pratica, e quindi con insegne chiare e mirate che dovevano integrarsi nell'ambiente e non perdere la loro funzionalità nella vastità del complesso. Allora, come prima cosa, abbiamo iniziato a lavorare allo studio della planimetria, analizzando gli accessi, e pensando dove collocare i cartelli delle mappe ospedaliere in modo che gli utenti li intercettassero prima di arrivare a destinazione.

Era indispensabile stabilire i punti dove il fruitore sente il bisogno di trovare le informazioni: l'eventuale ripetizione di un'indicazione non deve costituire un problema o errore, poiché i visitatori possono raggiungere un luogo da diverse direttrici, e quindi l'iterazione aiuterà a rafforzare la fiducia negli spostamenti come nella segnaletica. La conoscenza dei flussi all'interno dell'edificio sta allora alla base della costruzione della "catena delle informazioni". Devono inoltre essere considerate la flessibilità e l'intercambiabilità in alcuni casi per offrire alternative di percorso, nonché il posizionamento di mappe di presidio ospedaliero in base agli accessi ed ai percorsi.

La creazione della Piantina del nostro presidio ha quindi previsto due fasi: progettazione grafica e logistica.

1. Progettazione grafica

Layout

- **Mappa:** semplice e diretta. Più è complessa, minori sono le possibilità di riuscire a trasmettere un messaggio di collocazione nello spazio chiaro ed immediato che raggiunga l'utente. Sono stati segnati e spiegati con legende i punti di maggiore interesse pubblico, le scale, gli ascensori.
- **Legende:** l'utilizzo di legende spiega le icone utilizzate sulle mappe. Si è cercato di utilizzare icone universali e di riconoscimento immediato. Es. il simbolo del bancomat.
- **Colori:** per differenziare visivamente e facilitare la categorizzazione mentale dei servizi e dei padiglioni ospedalieri, è stato creato un sistema a colori. Questo aiuta l'utente nel ricordare dove dovrà andare permettendogli di memorizzare uno specifico colore, invece di una mera indicazione o nome. Il colore inoltre facilita il superamento di barriere linguistiche, specialmente in caso di situazioni d'emergenza.
- **Fonts:** Abbiamo utilizzato non più di due *fonts* diversi e non più di 2-3 dimensioni diverse di *fonts*, per mantenere un'armonia di immagine.

2. Progettazione logistica

Si è cercato di bilanciare le informazioni ed indicare chiaramente solo ciò che l'utente ha bisogno di sapere per proseguire il percorso da quel preciso punto, cercando quindi di non sovraccaricare di informazioni inutili. Molti utenti sono anziani e non sono in grado di elaborare una quantità di informazioni fornite in un unico momento. È stato quindi necessario capire quali fossero le esigenze del fruitore; verificare come lo stesso si sposta all'interno degli spazi, prevedendone i movimenti; individuare i punti di maggior traffico e con il maggior numero di confluenze, dove si rendeva necessario dare maggiori indicazioni. A causa dei limiti d'accesso per un particolare gruppo di utenti ad alcuni padiglioni, dovuti alla complessità e vetustà strutturali del nosocomio, sono stati studiati percorsi dedicati per le persone con problemi di deambulazione, segnalati dal colore blu, ed altri tracciati. Tali percorsi hanno, inversamente al resto dei percorsi previsti dalla segnaletica direzionale del presidio ospedaliero dell'AslBi, la caratteristica di

anticipare un movimento di accesso verticale ai piani superiori utilizzando gli ascensori del monoblocco, per sviluppare e suggerire solo in un secondo tempo il movimento in orizzontale dell'utente lungo il corridoio del primo e secondo piano, favorendo quindi l'accesso agli ulteriori padiglioni.

Come dimostrato da Holscher, et al. (2009), in realtà la strategia di muoversi orizzontalmente in un edificio ad alta complessità, prima di muoversi verticalmente, appare essere la più efficace.

Grazie al nuovo sistema di orientamento dell'ospedale dell'AslBi, ogni padiglione si esplora muovendosi in verticale, mentre la scelta del padiglione di interesse ed il passaggio da un settore all'altro, avviene esclusivamente al piano terra (livello 0) della struttura. Quindi, la prima indicazione per il visitatore è quella di percorrere il piano terra, muovendosi in orizzontale, fino ad individuare il padiglione in cui si trova il servizio, reparto o struttura che lo interessa, per poi salire in verticale al piano ove questo è collocato. Il sistema di divisione in blocchi verticali dell'edificio canalizza il flusso delle persone direttamente al settore di interesse, riducendo la possibilità di smarrirsi, così come di creare «traffico interno».

Abbiamo inoltre preso in esame alcuni criteri ed elementi, solo apparentemente secondari, ma che in realtà si rilevano fondamentali per l'orientamento e l'ambientamento in questi spazi.

Se da un lato l'aspetto estetico dei luoghi della cura (ambulatori, sale chirurgiche e laboratori), come anche della degenza (la camera, i luoghi di socializzazione o d'attesa) rivestono un ruolo importantissimo per l'accoglienza al paziente/utente, non va tuttavia trascurato l'allestimento dell'"apparato connettivo", inteso come corridoi e passaggi di diversa natura e dimensione, in particolare il ruolo che colore e segnaletica possono assumere in una struttura così complessa.

La progettazione dei percorsi e del loro coordinamento interno viene influenzata dalla dislocazione e distribuzione dei diversi ambienti, che cambiano a seconda del padiglione preso in considerazione in prima istanza, nonché della struttura o servizio considerato. In alcuni casi viene rispettata, infatti, la regola di percorsi e sale d'attesa distinti nettamente tra spazi ambulatoriali e ricoverati senza intersezioni reciproche. In altri casi il servizio ambulatoriale prevede la promiscuità degli interni ed esterni, e l'organizzazione dell'apparato connettivo può dipendere dall'afflusso regolare o meno di pazienti esterni. Un esempio di applicazione di tali principi è la Struttura Organizzativa di Ostetricia e Ginecologia per la quale si è dovuto prevedere due accessi diversi al piano terra: l'accesso dal Padiglione Rivetti, distinto dal colore verde, per la degenza e segreteria; l'accesso dal Padiglione Gruppalo, contraddistinto dal colore azzurro, per gli ambulatori di ecografia, sale di preparazione al parto e colposcopia. La differenziazione è stata necessaria per evitare che le pazienti affluenti agli ambulatori o corsi di preparazione al parto, attraversassero il reparto di degenza di Ostetricia e Ginecologia per raggiungere la propria destinazione.

CONCLUSIONI

Il sistema di "*hospital wayfinding*" rappresenta sempre più il primo biglietto da visita che un'azienda sanitaria evoluta dovrebbe garantire ai propri utenti, in linea con le politiche d'accesso sempre più promosse da ogni Regione. Dopo aver esposto la nostra esperienza e riflessioni a tale merito, desideriamo chiudere con questa domanda essenziale e diretta nel suo significato.

Se l'assistenza sanitaria può essere paragonata ad un viaggio, perché non fornire strumenti atti a supportare tutte le fasi del processo, iniziando dal primo accesso presso la struttura?

Nonostante la complessità della sfida posta, noi ci abbiamo provato!

RICONOSCIMENTI

Si ringraziano il Dr. Angelo Penna, Direttore Direzione Medica

di Presidio, Dr.ssa Margherita Borello, posizione organizzata comunicazione istituzionale, ed il Dr. Vincenzo Alastra, Direttore Soc Formazione e Comunicazione, per il continuo supporto e suggerimenti offerti.

BIBLIOGRAFIA

01. Jeffrey C. Hospital way finding: whose job is it?. Birmingham City University, UK.
02. UK's National Health Service Estates. Wayfinding: Guidance for Healthcare facilities. 1999.
03. Poulin CM. A potential cure for the ailing health care sector. Benchmarking the hospital logisitcs process. March 27, 2007.
04. Favaretti C, De Pieri P. La Rete italiana degli Ospedali per la promozione della salute. Primary care nell'Europa mediterranea. L'integrazione tra ospedale e medicina di famiglia e di comunità per la promozione della salute. Lecce, 29 settembre - 1 ottobre 2005.
05. Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio. Regolamento per la viabilità interna dei presidi ospedalieri di Busto Arsizio, Saronno e Tradate. Revisione 1 del 14.07.2010.
06. Hutzschenreuter A, Bosman P, La Pourté H. A Computational Approach to Patient Flow Logistics in Hospitals. ERCIM news 81; April 2010.
07. Rigon L, Il ruolo della segnaletica e del colore, spazi e colori della salute. Il Pensiero scientifico editore. 2004.
08. Staff Direzione Aziendale, Servizio Sanitario Toscana, Azienda USL 8 Arezzo. Piano di Comunicazione Aziendale 2007.
09. Deliberazione del Commissario Straordinario. Progettazione per la segnaletica di orientamento e indicazione percorsi nei Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari di questa Asl. Proposta numero 247 del 16 maggio 2011, Asl di Taranto.
10. Nuova segnaletica all'Ospedale di San Donato. Disponibile su: <http://www.usl8.toscana.it/index.php/info-e-comunicazione/ufficio-stampa/archivio-comunicati/1184>.
11. Ganzerli G. Dalla gestione dell'Asset alla comunicazione agli utenti. Un sistema integrato di comunicazione ospedaliero. Feel Better Integrated Communication, Info Health.
12. Azienda Ospedaliera di Perugia e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2009. Progetto Accoglienza, 2009.
13. Asl TO1. Procedura negoziata per la fornitura, posa in opera e manutenzione di un sistema di comunicazione polivalente per il nuovo cup, il centro prelievi e il poliambulatorio del presidio ospedaliero martini - Gara 03/D.04/10, 20 agosto 2010.
14. The Robert Wood Johnson Foundation, Hablamos Juntos National Program Office Universal Symbols. Universal Symbols In Health Care Workbook. Executive Summary Best Practices for Sign Systems, SEGD.
15. Calmenson Wintroub D. Beyond the Basics of Health Care Design. Disponibile su: <http://www.interiorsandsources.com/tabid/3339/ArticleID/3909/Default.aspx>
16. What is wayfinding; General Wayfinding Resources; Wayfinding in Health Care Facilities. Disponibile su: <http://www.umich.edu/~wayfind/supplements/moreinfomain.htm>
17. Horrell J. Quebec's architects embrace challenge of designing optimal health care environment, McGill University Health Centre (MUHC), November 21, 2006.
18. Gifford S, Mosher C, Bosio J. How hospital wayfinding is important to healthcare. <http://www.allbusiness.com/real-estate-weekly/41416-1.html> o "Real Estate Weekly"Real Estate Weekly, March 12, 2007.
19. American Hospital Association Exclusively Endorses Cooper Signage and Graphics, Inc., Business Wire, March 20, 2008.
20. Fastsigns(r) News. Effective Signs are the Prescription, Business Wire, 26 giugno 2008.
21. Garris LB. A healthy dose of design, Buildings, 1 marzo 2005.
22. Aker J. Healthcare meets hospitality, Buildings, October 1, 2008. Disponibile su: <http://www.buildings.com/tabid/3334/ArticleID/6548/Default.aspx>
23. Jacobson A (Principal in Charge), Long J, Aungst R, Taylor E. Honor Award Lankenau Hospital Wayfinding System. Honor Award 2006.
24. Landor Associates' new wayfinding systems for Great Ormond Street Hospital, Landor Associates, 13 dicembre 2010.
25. A wayfinding system for Auburn Memorial Hospital, Holt Architects, PC from Ithaca, New York, 29 ottobre 2009.
26. Study Hospital Wayfinding. Interactive Indoor Directions, provided, with a data-driven engine, to LCD Touch, Web and Mobile. Global Software Applications, LLC, 2011.
27. Rooke CN, Koskela LJ, Tzortzopoulos P. Achieving a lean wayfinding system in complex hospital environments: design and through-life management, Safety, Quality and Environment, Proceedings IGLC. Technion, Haifa, Israel, 18 luglio 2010.
28. Allen. Spatial Abilities, Cognitive Maps, and Wayfinding: Bases for Individual Differences in Spatial Cognition and Behavior, Golledge, Wayfinding Behavior: Cognitive Mapping and Other Spatial Processes, Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999;47 -80.
29. Alexander C. The Timeless Way of Building, New York: Oxford University Press, 1979.
30. Alexander C, Ishikawa S, Silverstein M. A Pattern Language: Towns, Buildings, Construction, New York: Oxford University Press; 1977.

A “new” experimental hospital wayfinding system for the hlu of Biella

Background: in 1999 the NHS Estates published a document called “Wayfinding: Guidance for Healthcare Facilities”. Many hospital visitors have different capabilities and need to find a specific destination under time pressure. The complexity and changeability of hospital sites makes developing and maintaining an effective system very difficult. The importance of a clear, consistent in the hospital of the HLU of Biella was undisputable.

Methods: in a sperimental way the AslBi decided to implement the use of the colour, putting a coloured circle next to every hospital area and to the signs of the hospital units there positioned. We tried to implement two types of paths in the hospital, as strongly recommended in literature: the patient reaches the requested hospital area walking horizontally along the 0 floor, only once reached it, he starts to move vertically to arrive to the requested operational unit.

Results: at the main entrance of the hospital a hospital map with the different coloured area is nowadays present. The same maps, to facilitate the horizontal and vertical movements, were placed also along the main corridors. We asked the volunteers to participate in the project widespreading hospital maps in A3 format. Considering that hospital budgets are always cut, we achieved a strong economic result reusing the old signs, welcome boards and communication devices and supports considered to be as “disposal” from other health care services.

Conclusions: “Wayfinding involves simple factors: knowing where you are, knowing your destination, knowing and following the best route to your destination, recognising your destination upon arrival and finding you way back out”. In a multidisciplinary group and with a connected approach we tried then to be successful.

Keywords. Hospital wayfinding, sign design, map design, wayshowing, patient experience, information design, Tri-partite conception of knowledge flow, Lean knowledge management.