



Azienda Ospedaliera Nazionale  
Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria



REGIONE  
PIEMONTE

ISSN: 2279-9761  
Working paper of public  
health [Online]

**n.02**  
2019

# Working Paper of Public Health

La serie di Working Paper of Public Health (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni online ed Open Access, progressiva e multi disciplinare in Public Health (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: Directory of Open Access Journals (DOAJ); Google Scholar; Academic Journals Database;

#### *Comitato Scientifico:*

Prof. Roberto Barbato

Dott.ssa Manuela Ceccarelli

Dott. Diego Gazzolo

Dott.ssa Federica Grosso

Prof. Marco Krengli

Prof.ssa Roberta Lombardi

Prof. Leonardo Marchese

Prof. Vito Rubino

Dott. Gioel Gabrio Secco

Dott. Paolo Tofanini

Dott. Giacomo Centini

Dott. Gianfranco Ghiazza

Dott.ssa Daniela Kozel

Dott. Marco Ladetto

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alessio Pini Prato

Dott.ssa Mara Scagni

Dott.ssa Maria Elena Terlizzi

Dott.ssa Roberta Volpini

#### *Comitato editoriale:*

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alfredo Muni

Dott.ssa Marinella Bertolotti

#### *Responsabile:*

Dott. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: amaconi@ospedale.al.it

#### *Segreteria:*

Mariateresa Dacquino, Marta Betti,

Mariasilvia Como, Laura Gatti

telefono: +39.0131.206192

email: mdacquino@ospedale.al.it; lgatti@ospedale.al.it

#### *Norme editoriali:*

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Comitato editoriale verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Comitato editoriale valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per

il WP (i.e. peer review). L'utilizzo del peer review costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori standard di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Comitato editoriale su cosa fare del manoscritto (i.e. accepted o rejected).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. double blinded).

#### *Diritto di critica:*

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata on line in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: Original Articles (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); Brief Reports (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure Research Reviews (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo et al; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.

n.02  
2019

titolo

## **COME COMUNICA LO SPAZIO OSPEDALIERO?**

analisi semiotica e sociologica  
dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria

autori

**Dott. Antonio Maconi** - *Responsabile Infrastruttura  
Ricerca Formazione e Innovazione AO AL;*

**Dr.ssa Mariasilvia Como** - *esperta in comunicazione,  
- Centro Documentazione dell'Infrastruttura Ricerca,  
Formazione e Innovazione AO AL;*

**Arch. Elena Franco** - *Architetto e fotografa, Direttore  
artistico della Fondazione Arte Nova di Siena,  
Collaboratrice del "Giornale dell'Architettura", creatrice  
del progetto fotografico: "Hospitalia";*

**Prof.ssa Roberta Lombardi** - *Professore ordinario di  
diritto amministrativo presso l'Università del Piemonte  
Orientale e Delegata del Rettore UPO per l'inclusione  
sociale e la disabilità;*

**Dr.ssa Daniela Mandirola** - *Collaboratore Amm.vo  
Professionale Senior - settore Formazione;*

**Prof. Alessandro Provera** - *docente di diritto penale  
presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano;*

**Dr.ssa Mariateresa Dacquino** - *Responsabile Ufficio  
Comunicazione Aziendale AO AL*

tipologia

**Brief report**

keywords

**Spazio, Humanities, Semiotica, Umanizzazione,  
Sociologia, Segnaletica, Architettura, Accoglienza**

## ABSTRACT

**Obiettivi:** Analisi della letteratura e degli spazi fisici sulla percezione degli ambienti ospedalieri e dei “non luoghi”, la loro fruizione da parte di pazienti e operatori.

**Metodologia:** selezione, esame, analisi di alcuni maggiori saggi sull’argomento e approfondimento semiotico e sociologico.

**Risultati:** valutazione della fruizione degli ambienti.

**Conclusioni:** a fronte dei risultati sarebbe opportuna una revisione della gerarchia degli spazi.



# 1. L'OGGETTO DELL'ANALISI: LO SPAZIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA

Noi viviamo nello spazio e da esso siamo costantemente circondati, a casa nostra, sul posto di lavoro, per strada e non possiamo mai sottrarci alla reciproca relazione che si instaura continuamente. Alice Giannitrapani, infatti, afferma che *“vivere è passare da uno spazio all'altro, cercando il più possibile di non farsi troppo male”*. Tuttavia molto spesso lo diamo per scontato e ci accorgiamo della sua esistenza solo nel momento in cui diventa un ostacolo per i nostri movimenti, per i nostri sensi o per le nostre facoltà cognitive.

Questo lavoro analizza l'organizzazione spaziale dell'Azienda Ospedaliera “Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo” di Alessandria e nello specifico alcuni ambienti come il Pronto Soccorso Pediatrico, la Casa Amica e il Poliambulatorio “Ignazio Gardella” nella sua interezza.

Questo tipo di spazio, inteso come *“vuoto in cui ci spostiamo per incontrare l'altro, per cambiare di posto, per raggiungere un oggetto che desideriamo”*, può essere studiato dal punto di vista semiotico in quanto parla di altro da sé, in particolare della società che lo ha costruito o all'interno del quale si è insediato e in esso si esprime e si rappresenta. La spazialità viene quindi considerata un vero e proprio linguaggio, *“è un sistema semiotico mediante il quale gli uomini attribuiscono senso e valore al mondo (contenuto) sulla base di un'articolazione fisica dell'estensione spaziale, sia essa naturale o costruita (espressione)”* come afferma Gianfranco Marrone in *Corpi Sociali*. Da questa definizione emerge la fondamentale importanza dell'essere umano senza il quale non sarebbe possibile la formazione di senso dato che *“nessuno spazio può essere significativo se non per qualcuno che lo esperisce”*. Ne scaturisce quindi che quando si parla di spazio occorre fare riferimento ad una semiotica sincretica poiché al piano dell'espressione non corrispondono solamente elementi riconducibili all'aspetto materiale, fisico e architettonico, ma anche i soggetti umani che rendono vivo quello spazio compiendo al suo interno molteplici attività, dalle azioni in movimento all'instaurazione di diverse tipologie relazionali.

Alla luce di tutto questo, il seguente studio sullo spazio ospedaliero verrà condotto su diversi fronti: l'analisi semiotica dell'articolazione spaziale, ovvero delle relazioni interoggettive, l'osservazione sociologica delle relazioni interpersonali tra le diverse équipes che frequentano l'ospedale e delle relazioni tra soggetti e spazi-oggetto in base all'approccio della rappresentazione teatrale di Goffman e infine l'indagine sulla comunicazione dell'elemento architettonico.

## 2. COME COMUNICA LO SPAZIO OSPEDALIERO?

### 2.1 RELAZIONI INTEROGGETTIVE: L'ARTICOLAZIONE DELLO SPAZIO

Un'area spaziale indistinta che si presenta come pura estensione non solo è priva di identità ma anche di senso poiché quest'ultimo viene prodotto proprio dalle differenze e dunque dalla discontinuità. Lo spazio ospedaliero in questo senso, come d'altronde quasi tutti gli ambienti in cui agiamo, è striato ossia presenta numerosi ostacoli, barriere, soglie e limiti ed è ben delimitato da un confine esterno che lo separa e lo differenzia da ciò che è altro. Si procede ora ad analizzare l'articolazione spaziale dell'Ospedale di Alessandria dal punto di vista semiotico attraverso l'utilizzo di quattro opposizioni topologiche che conferiscono ad esso una determinata significazione.

#### **Continuo/discontinuo.**

A livello macro l'Azienda Ospedaliera è da intendersi come un unicum frammentato però in quattro presidi distaccati fisicamente, per cui tutt'altro che continuo. Considerato singolarmente, il Poliambulatorio dall'esterno si dimostra compatto perché costruito come un grosso parallelepipedo formato da un solo blocco, anche se l'alternarsi sulla facciata di materiali così diversi come il calcestruzzo armato, il vetrocemento e il laterizio intrecciato evidenzia la differenziazione delle attività che originariamente si svolgevano nelle diverse aree dell'edificio.

Il Presidio Civile e quello Infantile, invece, si mostrano già all'occhio di un osservatore esterno come costruzioni articolate, marcate cioè da una forte discontinuità, proiezione della complessità interna. Al corpo centrale dell'Ospedale Infantile "Cesare Arrigo", dotato di un ingresso principale più sporgente in avanti rispetto al resto della struttura (avancorpo), si affiancano lateralmente due palazzine più alte ben distinguibili in quanto una appartenente ancora alla parte più antica dell'edificio in cui ora vi sono ambulatori e uffici, mentre l'altra è stata costruita più recentemente e ospita il Pronto Soccorso Pediatrico; inoltre, poiché la facciata del corpo principale è più bassa, la palazzina dell'Ortopedia e della Chirurgia si eleva alle sue spalle, al di là del cortile interno, ed è chiaramente visibile da un osservatore posto sulla strada antistante l'ospedale.





Il Presidio Civile si presenta come una struttura di pianta quadrata che sui quattro lati possiede solamente due piani contenenti alcuni reparti ma principalmente utilizzati come lunghi corridoi o sede di uffici di varia natura e, in corrispondenza degli angoli, due torri monoblocco di otto piani che costituiscono il vero cuore dell'ospedale.

A livello micro la situazione si presenta più omogenea tra i quattro presidi, tutti caratterizzati da spazi molto discontinui con complesse sottoarticolazioni interne. Prendendo ad esempio solo il Pronto Soccorso Pediatrico, si può notare innanzitutto come l'area di attesa, formata da due sale congiunte da un corridoio, sia separata da quella della cura, che invece è dotata di numerose stanze per le visite e il ricovero, attraverso una porta scorrevole automatica gestita dal personale infermieristico. L'area del triage è stata creata ad hoc attraverso un box che si estende sia nella zona di attesa sia in quella di cura andando a creare un'ulteriore suddivisione.

La discontinuità, tuttavia, non è data solo da porte e muri ma anche da elementi impalpabili o meno rigidi e fissi: alla destra dell'entrata, infatti, è possibile vedere disegnata a terra una linea che demarca l'area di sosta delle sedie a rotelle in quel momento inutilizzate, mentre all'interno delle sale dedicate alla visita è sempre presente una piccola zona per svestirsi e appoggiare i propri effetti personali delimitata da un paravento. Alla categoria delle soglie immateriali si può aggiungere anche il cambiamento del colore della stanza e delle sue "decorazioni" che contribuisce alla diversa percezione che il bambino ha dei vari ambienti: nella stanza delle farfalle sa che dovrà essere visitato, ma in quella dei coniglietti potrà riposarsi in compagnia dei suoi cari in attesa di diverse disposizioni. Questo metodo viene utilizzato anche per separare i differenti reparti posti in continuità o il corridoio generale da zone più specifiche.

## Aperto/Chiuso.

Questa opposizione si ricollega alla prima e permette di analizzare l'organizzazione degli spazi attraverso le soglie e i limiti che li concatenano o li separano. Per maggior chiarezza si descrive lo spazio preso a modello nel paragrafo precedente, il quale presenta numerose suddivisioni create da porte con funzioni e significati diversi. Si possono individuare quattro limiti che in questo reparto assolvono una funzione "demarcativa": la porta d'ingresso con il maniglione antipánico che distingue un dentro da un fuori, la porta scorrevole automatica che separa l'area di attesa da quella di cura e le due porte tagliafuoco che indicano la fine del reparto sul fondo e sul lato sinistro. Le tre porte di accesso e di uscita hanno all'incirca la stessa funzione di perimetrare lo spazio appartenente al Pronto Soccorso e di differenziarlo da quello dell'esterno, di altri reparti o del corridoio, con l'unica differenza che la porta utilizzata per l'ingresso principale è ben segnalata dalla strada e nel cortile antistante la struttura, mentre quelle tagliafuoco non presentano alcun cartello che indichi l'inizio di altre zone dell'ospedale. È anche per quest'ultimo motivo che, pur non essendo chiuse a chiave, tali porte rappresentano un limite da inserire nella categoria "chiuso".

Un discorso a parte va poi fatto per la porta scorrevole a doppia anta che in linea di principio non dovrebbe rappresentare un limite in quanto è progettata per aprirsi automaticamente grazie ad un sensore ed, essendo in vetro, per permettere di vedere senza alcuna difficoltà e schermatura le due zone separate. In realtà, proprio perché a causa delle sue caratteristiche non veniva percepita dagli utenti (in particolare dai parenti) come una netta separazione tra l'area di attesa e quella di cura, il personale infermieristico si è visto



costretto a bloccarla e quindi ad aprirla manualmente attraverso un bottone solo nel caso in cui il paziente venga chiamato in visita dal medico. Le persone che attendono vengono avvisate della presenza di questo limite da un cartello che vieta la forzatura delle due ante chiuse.

Numerosissime sono invece le soglie che assolvono un compito segmentativo dello spazio e si può anche notare la tendenza a moltiplicarle per motivi funzionali ben comprensibili. Il primo spazio che si incontra entrando al Pronto Soccorso Pediatrico è quello dell'accettazione che è suddiviso in tre zone (due sale d'aspetto e il corridoio centrale che le congiunge) da due porte che rimangono però sempre aperte permettendo quindi non solo un facile accesso ma anche uno spostamento ripetuto da una zona all'altra. Come si è già visto, poi, il corridoio è ulteriormente segmentato dalla linea di demarcazione dell' "area sedie a rotelle" e dall'inizio del box del triage che si estende in parte nello spazio dell'attesa e in parte in quello della cura. Questo perché in tale maniera le infermiere possono controllare con maggiore attenzione i movimenti e la salute degli utenti, pronte ad intervenire dunque da una parte o dall'altra secondo le necessità, oltre che gestire l'apertura della porta-limite scorrevole. L'area della cura, invece, è strutturata in maniera più complessa perché più vasta e maggiormente suddivisa in sottoarticolazioni. Qui, infatti, si trovano quattro stanze adibite alla visita (ognuna con una funzione differente) e due al ricovero, l'ufficio della caposala, due bagni, la tisaneria e il magazzino. Ad eccezione del bagno riservato agli operatori sanitari, del magazzino contenente le scorte di medicinali e dell'ufficio della caposala in sua assenza, tutte le altre stanze non vengono mai chiuse a chiave ma le porte comunque rimangono solo di rado aperte perché nel caso ci fosse qualcuno all'interno è necessario ovviamente proteggere la sua privacy. Si tratta di soglie percepite più forti rispetto alle porte delle sale d'attesa ma non ancora come un limite ben marcato perché a volte i parenti, turbati per la condizione dei loro cari, spazientiti dall'attesa e forse anche un po' spaesati, si permettono di entrare nelle varie sale disturbando chi si trova già all'interno. Uno spazio come quello del magazzino, invece, viene indicato come off-limits sia dalla porta chiusa a chiave, che in questo caso quindi andrà ad aggiungersi ai limiti demarcativi, sia dal cartello di divieto di accesso ai non autorizzati.

Da sottolineare infine la presenza di un confine esterno che perimetra tutta l'area del presidio, ovvero una cancellata multicolore aperta in parte solo sul lato dell'ingresso principale che si affaccia sullo spalto.







## Interno/esterno.

Il discorso relativo a questa opposizione topologica non è molto articolato in quanto in ospedale la maggior parte degli spazi rientrano chiaramente in una o nell'altra categoria e spesso è evidente la differenza tra un dentro e un fuori grazie alla presenza delle cancellate perimetrali e al fatto che tutte le strutture sono interamente percorribili dall'interno. Nel caso di Alessandria è possibile evidenziare solo due esempi di cosiddetti termini complessi, ossia elementi che sintetizzano entrambi gli aspetti dell'opposizione: la camera calda e la rampa di accesso al Presidio Civile. Entrambi il Pronto Soccorso ovviamente sono dotati della camera calda, un locale particolare in cui giungono i mezzi di soccorso e all'interno del quale gli operatori del 118 trasferiscono il paziente dall'ambulanza alla struttura in condizioni termiche e climatiche migliori rispetto all'esterno. Probabilmente uno spazio non ben connotato come esterno o interno perché è coperto e interamente chiuso da porte in plastica automatiche che si aprono in caso di necessità, ma si trova all'esterno della struttura del Pronto Soccorso ed è riscaldato o refrigerato a seconda della stagione in maniera autonoma.

La rampa di ingresso al Civile, invece, forse rappresenta un esempio più comprensibile e immediato di termine complesso in quanto si tratta di una passerella coperta da una tettoia ma non chiusa lateralmente che dalla strada conduce a uno degli ingressi secondari dell'edificio attraversando in dislivello un ampio cortile. In entrambi i casi questi particolari spazi sono indicati da specifica segnaletica.

## Alto/basso.

Quest'ultima categoria è poco significativa in relazione all'Ospedale Infantile di Alessandria in quanto è relativamente strutturato gerarchicamente dal basso verso l'alto: basti pensare che nel piano seminterrato si possono trovare sia gli spogliatoi dei dipendenti sia il reparto di Neuropsichiatria Pediatrica sia l'aula in cui la maestra fa lezione ai bambini ricoverati. Al presidio Civile invece al piano terra si trovano i vari servizi dedicati agli utenti come l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), il CUP (Centro Unico di Prenotazione), la segreteria, il bar e gli sportelli della banca, così come gli ambienti ai quali possono accedere anche pazienti esterni come gli ambulatori, il Centro Trasfusionale e il Laboratorio Analisi.



## 2.2 RELAZIONI INTERPERSONALI E TRA SOGGETTI E SPAZI-OGGETTO

Per uno studio sul funzionamento dello spazio ospedaliero sarebbe limitante fermarsi ad analizzare solamente la sua articolazione, perciò si inseriscono qui anche alcune riflessioni relative al modo in cui questo spazio viene vissuto dalle diverse tipologie di persone che lo esperiscono.

Trattandosi di un'istituzione, il suo utilizzo è già pianificato a monte attraverso percorsi obbligati, indicazioni e divieti che canalizzano in maniera strategica le pratiche di tutti gli utenti. Tuttavia, siamo davvero sicuri che questi ultimi li rispettino? Si comportano nella maniera prevista? Come si relazionano con gli spazi? Prima di rispondere a tutte queste domande occorre specificare che la struttura semiotica di un testo spaziale, come sostiene Marrone riprendendo un concetto di Greimas, *“è un agglomerato di esseri e cose, dove sia i primi sia le seconde possono acquistare ruoli attanziali diversi che, comunque, hanno senso solo nella loro relazione reciproca”*. All'interno di questa struttura si distingueranno quindi tre forme di soggettività: i soggetti enunciati nello spazio, ovvero *τοπιοι* a cui vengono delegate certe azioni o programmi d'azione, i soggetti enunciazionali o Utilizzatori Modello previsti in anticipo dalla struttura stessa degli spazi e i soggetti sociali o Utilizzatori Empirici che possono coincidere con quelli Modello nel caso accettino la loro immagine inscritta nel testo spaziale oppure possono decidere di utilizzare i luoghi per funzioni diverse da quelle previste.

Nel momento in cui noi, soprattutto attraverso l'utilizzo della tecnologia, deleghiamo lo svolgimento di alcune azioni ai luoghi, li trasformiamo in attanti che operano al posto nostro, ovvero appunto in soggetti enunciati nello spazio che si possono riscontrare anche in ambito ospedaliero. Basti pensare banalmente all'ascensore che ci porta da un piano all'altro senza fatica, in pratica salendo o scendendo le scale per noi e che in ospedale è di vitale importanza perché non viene utilizzato solo dai parenti o dai dipendenti per spostarsi, ma serve soprattutto per trasportare i pazienti con difficoltà motorie o direttamente nel letto, in barella e sulla sedia a rotelle; in spazi maggiormente appartati, poi, si trovano anche gli ascensori usati da figure spesso sfuggenti come il personale delle imprese di pulizia e i montacarichi.

Un altro attante fondamentale per il corretto e veloce svolgimento delle attività ospedaliere è la posta pneumatica che permette di spedire campioni biologici contenuti in apposite provette o medicinali attraverso una rete di tubi distribuiti in tutta la struttura accelerando così moltissimo tali trasferimenti rispetto al lavoro che svolgerebbe un uomo a piedi. Ce ne sarebbero ovviamente molti altri da elencare, da quelli che occupano uno spazio maggiore più o meno fisso come i respiratori automatici o le flebo a quelli più contenuti come l'HelpVoice, il telefono usato per la mediazione culturale.

Vi sono però anche degli apparecchi che svolgono la funzione di estensione del corpo umano, secondo la celebre espressione di Marshall McLuhan: sia gli strumenti usati dai medici per aumentare e migliorare i propri sensi come l'auscultatore, il microscopio e l'ecografo sia più semplicemente la luce elettrica, i condizionatori, i computer e gli altoparlanti e/o i display eliminacode nelle sale d'aspetto a cui si possono aggiungere i televisori che vengono posizionati in questi ambienti per distrarre i pazienti in attesa, forse un tentativo anche di estendere il territorio del sé oltre la stanza limitata e sovraffollata.



All'interno dell'Ospedale di Alessandria, infine, esistono spazi che potremmo definire tecnologici per l'avanguardia delle strumentazioni presenti e per l'ottimizzazione degli spazi che si è cercato di ottenere. Il Blocco Operatorio costituito da otto sale dedicate agli interventi di alta complessità eseguiti anche attraverso la chirurgia robotica, il tutto all'insegna della sicurezza, data l'assenza di cavi a terra, e della connettività poiché il sistema è capace di dialogare con ogni ospedale della regione per trasmettere o ricevere immagini e informazioni digitali. Per quanto riguarda il rapporto tra l'organizzazione degli spazi e la tecnologia, inoltre, tutte le apparecchiature sono collocate su pensili installati sui muri laterali o sul soffitto per permettere un buon movimento degli operatori e un facile spostamento degli strumenti stessi, i tavoli operatori sono telecomandati, i monitor rispondono a comandi vocali per soddisfare il bisogno di maggiore rapidità e sterilità e i passamalati sono dotati di sensori per il monitoraggio dei pazienti.



Un ultimo caso da trattare è Casa Amica, uno spazio che si trova all'interno del Presidio "Teresio Borsalino" e che costituisce un esempio di intelligenza artificiale applicata al servizio delle esigenze di pazienti che, dopo un lungo ricovero, si apprestano a ritornare alla vita quotidiana con seri problemi psicomotori. Grazie a una serie di sensori è possibile monitorare gli spostamenti del degente e dei suoi familiari all'interno della casa per un intero weekend al fine di comprendere quali siano i bisogni e le difficoltà della vita di tutti i giorni: in questo modo i medici riescono a fornire un'assistenza sempre più adeguata e i pazienti assumono maggiore consapevolezza e, una volta tornati a casa, possono ridisegnare la dislocazione spaziale degli arredi più in termini di eliminazione di ostacoli che in termini di acquisto di costosi apparecchi tecnologici. Si tratta di un appartamento quindi ma rappresenta anche un luogo di passaggio psicologico, il ponte tra una lunga degenza ospedaliera e il ritorno a casa di una persona che, comunque, durante il percorso di malattia è cambiata, e necessita di un nuovo approccio con il mondo circostante.

Proseguendo nell'analisi dei soggetti che si relazionano con lo spazio dell'Ospedale di Alessandria, troviamo quelli che abbiamo definito enunciazionali e sociali, due categorie che si intersecano tra loro. All'interno dell'ambiente ospedaliero in linea teorica gli Utilizzatori Modello e gli Utilizzatori Empirici dovrebbero coincidere perché le forme di comportamento sono già severamente prestabilite e imposte implicitamente dall'articolazione spaziale, per cui in termini prossemici si parlerebbe di spazio pre-ordinato. I diversi locali, infatti, sono stati costruiti per lo svolgimento di funzioni specifiche e quindi dotati di attrezzature adeguate a tali mansioni così come di personale competente in materia; i dipendenti poi sono tenuti a rispettare in modo accurato determinate procedure, a conservare un distacco professionale e contemporaneamente a instaurare un rapporto empatico a seconda delle situazioni, ma anche a mantenere un comportamento cortese e decoroso; i pazienti e i loro familiari, invece, sono tenuti ad affidarsi con fiducia e sincerità agli operatori senza però mai perdere quel pizzico di spirito critico, ma soprattutto devono seguire dei percorsi obbligati, sostare nelle aree stabilite e rispettare il proprio turno ove necessario.

L'ospedale ha affisso numerosi cartelli informativi di divieto e di segnalazione di percorso per recarsi in un determinato reparto: nonostante ciò, le persone spesso si sentono spaesate camminando per quei corridoi labirintici e tutti uguali e, per diversi motivi, non si attengono alle regole d'uso andando così a modificare l'immagine che di loro era iscritta nel testo spaziale fin dal principio.



Lo spazio in cui il paziente si sente maggiormente trascurato se non addirittura abbandonato è sicuramente la sala d'attesa, ovvero un'area di transizione che costituisce però il primo impatto con la cultura organizzativa dell'ospedale.

Si potrebbe affermare che l'area d'aspetto vada a costituire per i pazienti un nonluogo, ovvero uno spazio *"né identitario né relazionale né storico"* come lo definisce Marc Augé. A questa zona di passaggio, infatti, si accede solamente dopo aver fornito la prova della propria identità attraverso la tessera sanitaria e/o eventualmente i documenti che riportano il trascorso ospedaliero firmando così il contratto che fornisce agli utenti l'identità condivisa e provvisoria di pazienti. Quest'ultima *"impone alle coscienze individuali esperienze e prove del tutto nuove di solitudine"* poiché, pur trovandosi tutti nella medesima situazione, nessuno conosce nessuno e tutt'al più ci si parla per lamentarsi del servizio, mentre gli unici elementi che definiscono questi nonluoghi sono le modalità d'uso e quindi i cartelli che ci vietano di sostare in determinate zone, di non forzare la porta scorrevole bloccata o che ci informano sugli orari di visita. Forse è per svincolarsi da questa condizione di relativo anonimato che gli utenti violano proprio quelle regole che costituiscono l'unico elemento di interazione del nonluogo d'aspetto.







Si potrebbe osservare la violazione delle regole da parte degli utenti anche da un altro punto di vista considerandola, sulla base dell'approccio sociologico di Goffman, un tentativo di riaffermare la propria routine di attore. Se infatti pensiamo alle soglie e ai limiti come a dei dispositivi di passaggio che modificano il ruolo di chi li attraversa, sostare nell'area di attesa o in quella di visita e permettere o meno alle persone di stare dove non dovrebbero porta a un cambiamento della rappresentazione delle diverse équipes che si fronteggiano in ospedale. Il problema che si pone è quello della distanza dallo spazio della prestazione medico-sanitaria, ossia della performance. L'area della visita viene allora percepita da tutte le categorie (pazienti, accompagnatori, dipendenti) come la ribalta, ovvero *"il luogo dove si svolge la rappresentazione"* e dove ognuno deve dare il meglio di sé per essere credibile nel proprio ruolo, mentre l'area di attesa potrebbe essere definita come un'anticamera, un limbo in cui si staziona forse troppo a lungo. Purtroppo non tutti possono essere protagonisti, da qui il caos dell'affollamento e l'eventuale disservizio: contemporaneamente i pazienti vogliono essere seguiti e chiamati il prima possibile e individuano nello spazio della visita il palco sul quale esplicitare le loro necessità, il personale sanitario vuole essere rispettato ed è proprio sulla ribalta che intende mostrare la sua superiorità gerarchica e infine i parenti vogliono rivendicare il diritto ad assistere i propri cari ed è per questo che ad esempio si introducono nell'area di cura insieme a loro anche quando non è permesso. La ribalta (spazio della visita) è una sola, tuttavia viene vista in due maniere differenti dagli utenti esterni e dai dipendenti, che la considerano il luogo di lavoro in cui poter operare in tranquillità e sicurezza a differenza dei primi che la percepiscono come uno spazio vuoto che deve essere riempito anche fisicamente, imponendo la propria presenza, al fine di non essere trascurati. Ecco che allora assistiamo a quelle che Goffman definisce *"azioni di ri-allineamento, tentativi da parte dell'equipe di minor prestigio di modificare le basi dell'interazione per ottenere condizioni più favorevoli o per diminuire la distanza sociale fra sé e l'equipe di prestigio più elevato"*.

Proseguendo nell'analisi sociologica delle interazioni all'interno dell'Ospedale di Alessandria è possibile individuare, nella prospettiva dei dipendenti, un terzo spazio teatrale oltre alla ribalta e all'anticamera, cioè quello del retroscena *"il luogo dove l'impressione voluta dalla rappresentazione stessa è scientemente e sistematicamente negata"*. Se sulla ribalta, che a livello macro può essere formata da tutti gli spazi del reparto a cui il pubblico (pazienti e accompagnatori) ha libero accesso, gli attori protagonisti (personale sanitario) interpretano il loro ruolo in termini di cortesia o di decoro, nel retroscena possono permettersi temporaneamente di lasciar cadere la loro maschera o facciata. Ritornando all'esempio del Pronto Soccorso Pediatrico individueremo così il retroscena nella tisaneria: è qui che il personale infermieristico si concede una pausa e si rilassa bevendo e mangiando qualcosa, ma magari anche stendendo un po' le gambe su una sedia, ed è sempre qui che costruisce e ripassa la rappresentazione discutendo con i membri della sua équipe i diversi fatti accaduti sulla ribalta ad opera sia dei pazienti sia degli stessi infermieri. Ovviamente, affinché il retroscena costituisca uno spazio sicuro per gli attori, è necessario che al pubblico sia negato l'accesso ed è proprio per questo che la tisaneria ha sempre la porta chiusa, anche se non a chiave in modo tale che *"un attore che si trovi sulla ribalta adiacente possa ricevere assistenza dal retroscena durante lo svolgimento della rappresentazione"* ma possa anche facilmente interromperla per brevi periodi di distensione.

## 2.3 COMUNICAZIONE DEGLI SPAZI ARCHITETTONICI

Arrivati a questo punto della trattazione dovrebbe essere chiaro che il rapporto tra gli spazi che attraversiamo e le nostre pratiche sia biunivoco poiché, come afferma Patrizia Violi, *“da un lato gli spazi prefigurano dei comportamenti e dei percorsi possibili, ma allo stesso tempo i percorsi e i comportamenti contribuiscono a ridefinire gli spazi, risemantizzandoli attraverso processi che ne alterano i sensi originari e determinano nuovi valori”*. Questa risemantizzazione dello spazio può avvenire sia attraverso una semplice modifica delle abitudini e delle pratiche, anche violando delle regole come è stato illustrato, sia attraverso alcune alterazioni materiali della forma spaziale.

Per quanto riguarda l’Ospedale di Alessandria, il Poliambulatorio “Ignazio Gardella” ha subito entrambe le trasformazioni. Questo edificio, infatti, viene progettato e realizzato dall’illustre ingegnere e architetto Ignazio Gardella tra il 1934 e il 1939 come Dispensario Antitubercolare destinato quindi a prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, a terapie e a ricoveri di breve periodo, ma tra il 1993 e il 1996, sconfitto il morbo, lo stesso ideatore lo ristruttura in vista della sua nuova destinazione poliambulatoriale. Oggi, pur essendo cambiate le modalità d’uso degli spazi, la loro organizzazione interna e in parte anche la struttura esterna, gli elementi architettonici di questo presidio ci parlano della sua storia e delle sue funzioni passate e attuali.

L’ex Dispensario si presenta come un grosso parallelepipedo unitario e compatto che si sviluppa su due livelli più uno seminterrato ed è circondato da un giardino voluto fortemente dall’ingegnere come una sorta di atrio a cielo aperto che separasse la strada dallo spazio ospedaliero. Ora l’entrata principale si trova decentrata sulla destra a circa due terzi della lunghezza del piano terra secondo il volere originale di Gardella, ma prima della ristrutturazione non era così: *“Il primo progetto, quello realizzato alla metà degli anni trenta, è stato forzatamente modificato per volontà delle autorità locali, per sottostare alle normative ministeriali relative alla cura della tubercolosi. Già nel 1938, dietro alla minaccia del carcere, Gardella è costretto a eliminare l’accesso disassato e portare il tutto a una più discreta e rassicurante simmetria che garantisce una ferrea separazione, anche nella sala d’attesa, tra uomini e donne”*.

La sala di aspetto attuale è priva di barriere, grande e luminosa ma è ancora possibile osservare una tale separazione all’interno della piccola chiesa di pianta trapezoidale a navata unica che si trova nel parco dell’ex Sanatorio, ora Centro Riabilitativo, utile appunto per tenere a distanza i pazienti dei due sessi durante la messa poiché si riteneva che la tubercolosi scatenasse la libido. Un caso in cui l’articolazione spaziale comunica anche le credenze e le tradizioni della società dell’epoca, come la linea a terra che disciplina il turno ci parla della nostra in cui è forte la tutela della privacy.







Importante per la comprensione del significato originario dell'opera è poi l'analisi della facciata caratterizzata dal sincretismo materico: i pilastri di calcestruzzo armato che inquadrano la struttura e separano i piani sono arretrati in modo tale da svincolare il fronte e lasciarlo libero per l'alternarsi del vetrocemento, dei serramenti delle finestre in alluminio e del laterizio a graticcio. L'uso del vetrocemento non ci riporta, infatti, solo alla moda degli anni Trenta ma diventa fondamentale per la terapia la cui vera protagonista era la luce che filtrava in abbondanza attraverso questo materiale che però contemporaneamente schermava la visione dall'esterno per proteggere la riservatezza dei malati. Una funzione simile ma ancora più attiva è svolta dal muro in grigliato di mattoni in corrispondenza del terrazzo che riprende nello stile le caschine della pianura piemontese: il laterizio intrecciato rende la parete permeabile alla penetrazione sia della luce sia dell'aria, altro elemento fondamentale per la cura della tubercolosi, e permette comunque di tutelare l'identità di chi si trova sul balcone attraverso un elemento architettonico che appare familiare e rifiuta in parte la concezione della malattia come qualcosa da nascondere a tutti i costi.

Al termine di questa breve descrizione del Poliambulatorio di Alessandria è possibile avallare la teoria di Renato De Fusco secondo il quale l'architettura contemporanea deve essere considerata nel novero dei mass media per il potere comunicativo di cui è dotata e per l'ampio bacino di utenza a cui si riferisce. Questo edificio, inoltre, costituisce una delle più importanti testimonianze dell'avanguardia razionalista, il movimento architettonico nato in Germania intorno al 1920 e sposato da Gardella per il quale l'importante era costruire strutture che durassero nel tempo, che fossero utili alle comunità in cui venivano inserite e che fornissero risposte adeguate al tema del progetto puntando quindi sulla semplicità e soprattutto sulla funzionalità. Per questo, in qualità di vera e propria opera d'arte, il Poliambulatorio viene visitato annualmente da numerosi architetti provenienti da tutto il mondo che vanno così a costituire una nuova categoria di fruitori dello spazio ospedaliero.

L'ultima riflessione riguarda l'articolazione spaziale dell'ospedale prendendo in esame un approccio che porta a considerare come lo spazio ospedaliero stesso contribuisca alla generazione del benessere o del malessere dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori.

Ci si addentra così nel complesso ambito dell'umanizzazione delle strutture ospedaliere intesa come la capacità dell'ambiente di interpretare e soddisfare sia le necessità funzionali sia i bisogni psicosensoriali di tutte e tre le categorie di utenza. *“È dimostrato come il benessere psicoemotivo sia connesso con la positiva reazione psicologica ed emotiva dell'individuo*

*non solo in relazione alle caratteristiche proprie e specifiche della sua salute, ma anche alle caratteristiche dell'ambiente circostante. Parimenti, caratteristiche morfologiche e dimensionali non adeguate possono influenzare negativamente il benessere dell'utente creando ulteriori stati d'ansia".* Ovviamente il paziente è al centro di questa visione, ma anche il concetto di famiglia in qualità di supporto fondamentale per il malato e di compagno decisionale per gli operatori sanitari si deve riscontrare nell'organizzazione degli spazi ospedalieri che inoltre devono permettere al personale di lavorare in sicurezza per il proprio bene e per quello del paziente.

Per questo ad esempio in una stanza di ricovero è necessario innanzitutto che al degente sia garantita la privacy visiva e acustica attraverso dei sistemi più o meno flessibili a seconda della gravità delle sue condizioni di salute e inoltre devono essere presenti per ogni letto una family zone, dotata di una comoda seduta (anche un divano alle volte) e di spazi in cui poter custodire i propri effetti personali, e una staff zone che consenta agli operatori sanitari di svolgere in maniera adeguata e agevolata il proprio lavoro. In questo senso si parla di benessere ambientale, ossia della capacità degli spazi ospedalieri di apportare benefici fisici e mentali combattendo i cosiddetti "stressori ambientali" quali rumori fastidiosi, odori sgradevoli, carenza di luce naturale e scene impressionanti. Affinché ciò avvenga, però, occorre che gli spazi rispettino i requisiti dell'ergonomia, la scienza che studia l'interazione tra la tecnologia, il lavoro dell'uomo e lo spazio in cui egli opera in termini di idoneità, adattabilità, usabilità, benessere, comprensibilità e sicurezza. Tale disciplina va ad agire su tutti gli elementi costituenti lo spazio che, in base al grado di libertà con cui gli utenti riescono a modificarli, vengono raggruppati da Paolo Costa in tre categorie: hardware, ovvero quelli che non possono essere modificati senza un intervento sulla struttura stessa dello spazio; middleware, cioè gli elementi che possono essere riposizionati ma non attraverso una semplice azione quotidiana e infine software, facilmente riconfigurabili. Nel momento in cui l'ospedale viene eretto o ricostruito, quindi, è necessario che all'architettura (hardware) vengano subito applicati i requisiti ergonomici per cui ad esempio i bagni delle stanze devono essere abbastanza ampi da permettere al degente di compiere una rotazione con la carrozzina insieme a un accompagnatore, le finestre devono essere posizionate in maniera tale che la luce naturale filtri a sufficienza ma devono anche possedere infissi e vetri che impediscano il dispendio di calore e schermino il rumore esterno e i corridoi devono permettere almeno il trasporto contemporaneo nei due sensi di una sedia a rotelle e di un paziente con il deambulatore. Per quanto riguarda gli elementi middleware, invece, occorre ad esempio che i bagni siano assistiti e dunque dotati di vasca con sollevatore, water più alto, maniglioni di sostegno e lavabo sospeso con piano inclinabile per consentire l'appoggio dei gomiti, e ancora che le porte siano a scomparsa o apribili verso l'esterno. Infine, quegli elementi che in una casa rientrerebbero nella categoria precedente quali armadi, comodini, letti e tavoli, perché comunque pesanti da spostare, in ospedale devono diventare software grazie all'applicazione di ruote che facilitano l'adattamento della stanza alle esigenze del paziente; a questi ovviamente si vanno ad aggiungere le sedie per i familiari, le tende, i quadri, le lampade e così via.

Si può concludere che lo spazio ospedaliero non è anonimo come spesso sembra, ma con l'articolazione dei suoi spazi ci parla continuamente della società e della sua concezione di cura.



## BIBLIOGRAFIA

1. AUGÉ MARC, Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della submodernità, Milano, Elèuthera, 1993.
2. BORRI LIA, Lavoro e salute degli operatori sanitari. Istruzioni operative corrette, Trieste, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, 2012 <[http://www.retehphfvg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table3/2/Allegati/AOUTS%20manualesanitari2012\[1\].pdf](http://www.retehphfvg.it/InfoCMS/RepositPubbl/table3/2/Allegati/AOUTS%20manualesanitari2012[1].pdf)>.
3. BOSIA DANIELA, DARVO GIANLUCA, Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura, "Techne", Firenze (2015) <<http://www.fupress.net/index.php/techne/article/viewFile/16115/15085>>.
4. BUSCAGLIONI LIVIA, La giusta distanza. Pratiche d'uso degli spazi e culture organizzative in ospedale, in Chiesi Leonardo, Surrenti Silvia (a cura di), L'ospedale difficile. Lo spazio sociale della cura e della salute, Napoli, Liguori, 2014 (pp. 97-110).
5. COSTA PAOLO, Privacy cloud, dignità e riservatezza nell'ospedale. Un'analisi del rapporto tra spazio e relazioni sociali, in Chiesi Leonardo, Surrenti Silvia (a cura di), L'ospedale difficile. Lo spazio sociale della cura e della salute, Napoli, Liguori, 2014 (pp. 75-95).
6. DACQUINO MARIATERESA, MACONI ANTONIO, Ri\_visitati. Per il Dispensario di Alessandria non solo salute ma anche cultura, "Ilgiornaledell'architettura.com" (2017) <[http://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2017/07/04/ri\\_visitati-per-il-dispensario-di-alessandria-non-solo-salute-ma-anche-cultura/](http://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2017/07/04/ri_visitati-per-il-dispensario-di-alessandria-non-solo-salute-ma-anche-cultura/)>.
7. DAMERI ANNALISA, Alessandria 1950-2000. Da Gardella a Krier tra rinascita e rinascimento urbano, in Castronovo Valerio, Lusso Enrico, Monferato: lo scenario del Novecento, Alessandria, Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria, 2007 (pp. 80-89).
8. DE FUSCO RENATO, Architettura come mass medium, Bari, Dedalo, 2005.
9. DEL NORD ROMANO, MARINO DONATELLA, PERETTI GABRIELLA, L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano, "Techne", Firenze (2015) <<http://www.fupress.net/index.php/techne/article/viewFile/16127/15094>>.
10. FAROLDI EMILIO, Architetture per la salute e la formazione. Lineamenti e tendenze, "Techne", Firenze (2015) <<http://www.fupress.net/index.php/techne/article/viewFile/16097/15070>>.
11. FLOCH JEAN-MARIE, Bricolage. Analizzare pubblicità, immagini e spazi, Milano, Franco Angeli, 2013, III. Spazi e architetture (pp. 163-211).
12. FOSSATI ELENA MARIA, Lo spazio della salute: luoghi di benessere e luoghi di malessere. Medicina centrata sulla persona, paper presentato al III Congresso Internazionale delle Medicine Non Convenzionali e Scienze Olistiche, Assisi (2012) <[https://www.academia.edu/30769682/Lo\\_spazio\\_della\\_salute\\_luoghi\\_di\\_benessere\\_e\\_luoghi\\_di\\_malessere.\\_Medicina\\_centrata\\_sulla\\_persona](https://www.academia.edu/30769682/Lo_spazio_della_salute_luoghi_di_benessere_e_luoghi_di_malessere._Medicina_centrata_sulla_persona)>.

13. GRASSANO ETTORE, Petrozzino (Presidio Borsalino): “Benvenuti a Casa Amica: trait d’union tra l’ospedale e la nuova vita dei nostri pazienti”, “CorriereAL” (2017) <<https://mag.corriereal.info/wordpress/2017/04/10/petrozzino-presidio-borsalino-benvenuti-a-casa-amica-trait-dunion-tra-lospedale-e-la-nuova-vita-dei-nostri-pazienti/>>.
14. GIANNITRAPANI ALICE, Introduzione alla semiotica dello spazio, Roma, Carocci, 2013.
15. GOFFMAN ERVING, La vita quotidiana come rappresentazione, Bologna, il Mulino, 1997.
16. GUARRERA FABIO, Tradizione e Modernità nel dispensario antitubercolare di Ignazio Gardella, “Architettura Catania” (2012) <<http://architetturacatania.blogspot.it/2012/03/tradizione-e-modernita-nel-dispensario.html>>.
17. HAMMAD MANAR, Leggere lo spazio, comprendere l’architettura, Roma, Maltemi, 2003.
18. MARRONE GINAFRANCO, Corpi sociali. Processi comunicativi e semiotica del testo, Torino, Einaudi, 2001, VI. L’agire spaziale (pp. 287-365).
19. SOZZETTI ENRICO, Chirurgia di avanguardia nel Nuovo Blocco Operatorio, “Alessandrianews.it” (2017) <<http://www.alessandrianews.it/alessandria/chirurgia-avanguardia-nuovo-blocco-operatorio-148545.html>>.
20. TRAMONTANA ANDREA, Il litorale versiliese tra strategia urbanistica e autorappresentazione, in Leone Massimo (a cura di), La città come testo: scritte e riscritte urbane, Roma, Aracne, 2009 (pp. 129-144).
21. VIOLI PATRIZIA, Il senso del luogo – Qualche riflessione di metodo a partire da un caso specifico, in Leone Massimo (a cura di), La città come testo: scritte e riscritte urbane, Roma, Aracne, 2009 (pp. 113-128).



pubblicazione  
revisionata e  
approvata  
luglio 2019

disponibile online  
[www.ospedale.al.it/  
working-papers-wp](http://www.ospedale.al.it/working-papers-wp)

