

TIZIANA BANINI

## LA GEOGRAFIA MEDICA IN ITALIA. EVOLUZIONE E TENDENZE DELLA RICERCA (\*)

*Introduzione.* – La disamina della produzione scientifica è sempre di grande utilità per riflettere sulle dinamiche delle discipline e tracciarne gli orientamenti futuri. Lo è a maggior ragione per una branca disciplinare quale la geografia medica, che in Italia, nell'arco di un ventennio, ha acquisito spazi e consensi crescenti ma non ha ancora prodotto un'adeguata riflessione epistemologica, se si esclude un solo contributo apparso all'inizio degli anni Novanta (Mancini, 1990).

A livello scientifico generale, il dibattito teorico si è intensificato, coinvolgendo in particolare le scienze sociali, per le quali la delineazione dell'ottica attraverso cui sono osservati i fenomeni non è una questione marginale. Anche la geografia medica, specie quella anglosassone, si interroga sempre più sulle teorie che sottendono la produzione scientifica attinente i temi della salute e della sanità e che ne determinano la portata concettuale e il potenziale applicativo all'interno del sistema sociale (Curtis e Taket, 1996). Nello stesso tempo, sulla scia dell'imperante pragmatismo del nostro tempo, anche la geografia medica è alla ricerca di una sua legittimazione sociale che non resti limitata ai temi oggetto della sua ricerca, già di per sé rilevanti, ma che trovi possibilità di applicazione nel sistema sociale stesso.

Il lavoro dello scienziato, del geografo medico nella fattispecie, dovrebbe dar luogo in teoria a indagini «oggettive», che però nel concreto, almeno in riferimento alle scienze sociali, oggettive non possono essere. Il risultato raggiunto, infatti, è strettamente connesso all'ottica attraverso cui si osservano i fenomeni, che è già strutturata attorno a opinioni, valutazioni e specifiche «visioni del mondo», e ai conseguenti strumenti utilizzati. Le disamine della produzione scientifica non dovrebbero pertanto prescindere da una valutazione degli approcci teorico-concettuali, poiché attraverso la loro identificazione è possibile cogliere il senso reale delle ricerche. Tale identificazione, tuttavia, non è sempre agevole e quando lo è richiede estrema cautela, per non incorrere nel rischio di stigmatizzare aprioristicamente i contenuti delle ricerche.

Nel caso della geografia medica, disciplina fortemente influenzata dalle logiche teoriche e dagli strumenti statistici della medicina ufficiale, sembra altrettanto rilevante anda-

---

(\*) Versione riveduta e estesa del *paper* presentato al *Workshop* Internazionale di Geografia medica *Neue Methoden und Modelle in der Medizinischen Geographie* (Nuovi metodi e modelli nella Geografia medica) tenutosi a Weinheim-Oberflockenbach (Germania) l'1-2 ottobre 1998.

re a verificare le finalità perseguite nelle singole ricerche, le quali, più o meno consapevolmente, possono limitarsi a riprodurre *ad interim* il sistema socio-sanitario vigente oppure evidenziarne difetti strutturali e indicare soluzioni alternative. Il fatto assume rilevanza non come pura dissacrazione dell'esistente, ma come verifica della capacità della ricerca geografica di proporre analisi in piena autonomia di interpretazione dei fenomeni analizzati, di svincolarsi, per l'appunto, da un'ottica molto consolidata e socialmente legittimata qual è quella della medicina ufficiale.

In questo contributo, dopo un breve *excursus* sull'evoluzione di questo settore disciplinare in Italia, si intende effettuare un'analisi critica delle ricerche di geografia medica realizzate dai geografi italiani, al fine di valutarne le caratteristiche strutturali, gli orientamenti teorici e le finalità verso cui si sono indirizzate. Obiettivo finale è quello di fornire uno strumento utile per una riflessione da cui possano emergere nuovi stimoli per questa branca della geografia dalle così rilevanti valenze sociali.

*Un settore disciplinare giovane ma in forte espansione.* – A differenza di altri paesi quali Germania, Francia, Inghilterra, Stati Uniti dove questo indirizzo di studi vanta una lunga tradizione, la geografia medica in Italia si è configurata come filone di ricerca solo a partire dai primi anni Ottanta, per iniziativa di Cosimo Palagiano dell'Università «La Sapienza» di Roma (1). A lui si devono sia l'impostazione teorico-metodologica, delineata in numerosi articoli e libri (2), sia l'organizzazione di seminari internazionali di geografia medica, che sono giunti ormai alla sesta edizione compiuta.

In ambito accademico la geografia medica italiana ha acquisito spazi crescenti: la costituzione, all'inizio degli anni Ottanta, del gruppo di ricerca nazionale *Qualità della vita, ambiente e infrastrutture sanitarie* in seno all'Associazione dei geografi italiani, la nascita di una sezione di geografia medica nell'ambito del Centro interdipartimentale per lo studio delle malattie sociali dell'Università «La Sapienza» di Roma, l'istituzione della prima cattedra di geografia medica in Italia, nella medesima università, avviata nell'anno accademico 1997/98.

L'evoluzione della geografia medica nel nostro paese può essere ripercorsa proprio attraverso i contributi pubblicati negli atti dei suddetti seminari (Arena, 1983; Arena, 1986; Palagiano e De Santis, 1989; Palagiano, De Santis e Scifoni, 1992; Palagiano, De Santis e Cardillo, 1995; Palagiano, De Santis e Castagnoli, 1998), poiché all'infuori di essi la produzione scientifica è a tutt'oggi piuttosto limitata e riferibile in massima parte a riviste o case editrici nazionali. Ciò è dovuto principalmente al fatto che i seminari di geografia medica sono un appuntamento importante e a cadenza temporale molto ravvicinata, per cui tutti coloro che intendono realizzare una ricerca di geografia medica sanno che possono usufruire di questa occasione, con tutti i vantaggi che ne conseguono in termini di argomentazione delle proprie ricerche, di confronto con altri studiosi, nonché di pubblicazione del proprio lavoro entro breve termine, fatto questo non marginale considerando i lunghi tempi normalmente impiegati da altri organi editoriali.

I seminari di geografia medica hanno condizionato non solo i tempi di uscita ma anche i temi delle ricerche; ciascun seminario, infatti, è impostato su uno o due argomenti, sebbene la possibilità di presentare contributi «fuori tema» sia sempre aperta. Nel primo seminario (1982) ci si è occupati di metodologia e argomenti di ricerca generali; nel secondo (1985) di ambiente urbano e qualità della vita; nel terzo (1988) di qualità

---

(1) Per una rassegna degli studi realizzati da geografi italiani antecedentemente a questa data si veda Palagiano (1987).

(2) Un elenco dei principali contributi è contenuto in Palagiano (1996).

della vita, agricoltura e degrado ambientale nel Mezzogiorno; nel quarto (1991) di geografia medica ed ecosistemi; nel quinto (1994) di strutture sanitarie; nel sesto (1997) di percezione della salute e metodi di raccolta dati.

In pratica, la scelta dei temi dei seminari si è articolata su una sorta di evoluzione epistemologica che rispecchia quella riscontrabile a livello geografico generale: una prima fase «neopositivista», volta a evincere i correlati tra distribuzione delle malattie e fattori socio-ambientali; una seconda fase «neopossibilista» focalizzata prima sugli ambienti rurali e poi su altri ecosistemi; poi la fase «funzionalista» con l'analisi delle strutture sanitarie e infine la fase «umanista» con l'approfondimento sugli aspetti percettivi.

Nel volgere di appena un ventennio, pertanto, la geografia medica italiana ha esaminato i temi oggetto della sua ricerca sotto le più varie angolature, anche se, come si dirà più avanti, essa ha focalizzato maggiormente l'attenzione su determinati filoni tematici, metodi e scale della ricerca, così da configurarsi come settore disciplinare con potenzialità non ancora pienamente espresse.

*Precisazioni sul metodo della ricerca.* – A fronte delle considerazioni esposte nella premessa si ritiene utile precisare ulteriormente i motivi che hanno portato alla scelta del metodo utilizzato in questo contributo, che si è preferito strutturare attorno alle finalità perseguite nelle ricerche anziché sulle loro basi teorico-concettuali.

Innanzitutto c'è da dire che il dibattito sui possibili approcci teorici della geografia medica è ancora aperto, come dimostra la notevole diversità tra le classificazioni finora proposte. In queste classificazioni, inoltre, si rileva frequentemente una sovrapposizione di categorie concettuali, cosicché sono identificati come «approcci» tanto correnti di pensiero scientifico (strutturalismo, materialismo ecc.), quanto paradigmi disciplinari (biomedico, economico ecc.), quanto ancora metodi e finalità di ricerca (*cartographic, modelling attempts* ecc.), anche nell'ambito di una medesima classificazione (fig. 1).

A ben vedere, peraltro, non sembra del tutto appropriato parlare di tipi di approccio, poiché la ricerca geomedica utilizza – o meglio, dovrebbe utilizzare – un unico approccio, quello geografico per l'appunto, che è inevitabilmente multidimensionale, complesso e strutturato attorno alla dimensione spaziale dei fenomeni esaminati. Tutt'al più è possibile fare riferimento alle categorie di pensiero scientifico (neopositivismo, strutturalismo ecc.) e alle concezioni politico-ideologiche (neomarxiste, liberali ecc.) a cui può essere ricondotto l'approccio stesso (3). Ma, perlomeno in riferimento alla geografia medica italiana, questo è un terreno piuttosto scivoloso su cui avventurarsi. Nel caso delle categorie di pensiero scientifico, perché la ricerca geomedica italiana ha spesso utilizzato approcci molto differenti nell'ambito del medesimo studio. Nel caso delle concezioni politico-ideologiche, perché esse non sono facilmente riconoscibili e quand'anche lo fossero significherebbe attribuire alle ricerche una valenza aprioristica, poiché riferibile a categorie concettuali fortemente consolidate, col rischio di fuorviare o sminuire la portata delle ricerche stesse.

Per questi motivi, anziché sugli «approcci» si è preferito strutturare l'intera disamina sugli «approdi» delle ricerche, vale a dire sulle finalità perseguite, dapprima presentando i temi affrontati e poi analizzando scale e metodi di ricerca. In un secondo tempo, si è cercato di valutare le ricerche in base al loro spessore critico e propositivo, al fine di

---

(3) Il significato che si attribuisce ai termini gioca in tal senso un ruolo fondamentale: «approccio» si presta sicuramente a molte interpretazioni, tuttavia, se riferito all'ottica disciplinare da cui si osservano i fenomeni è indubbio che l'approccio della geografia medica non può che essere geografico.

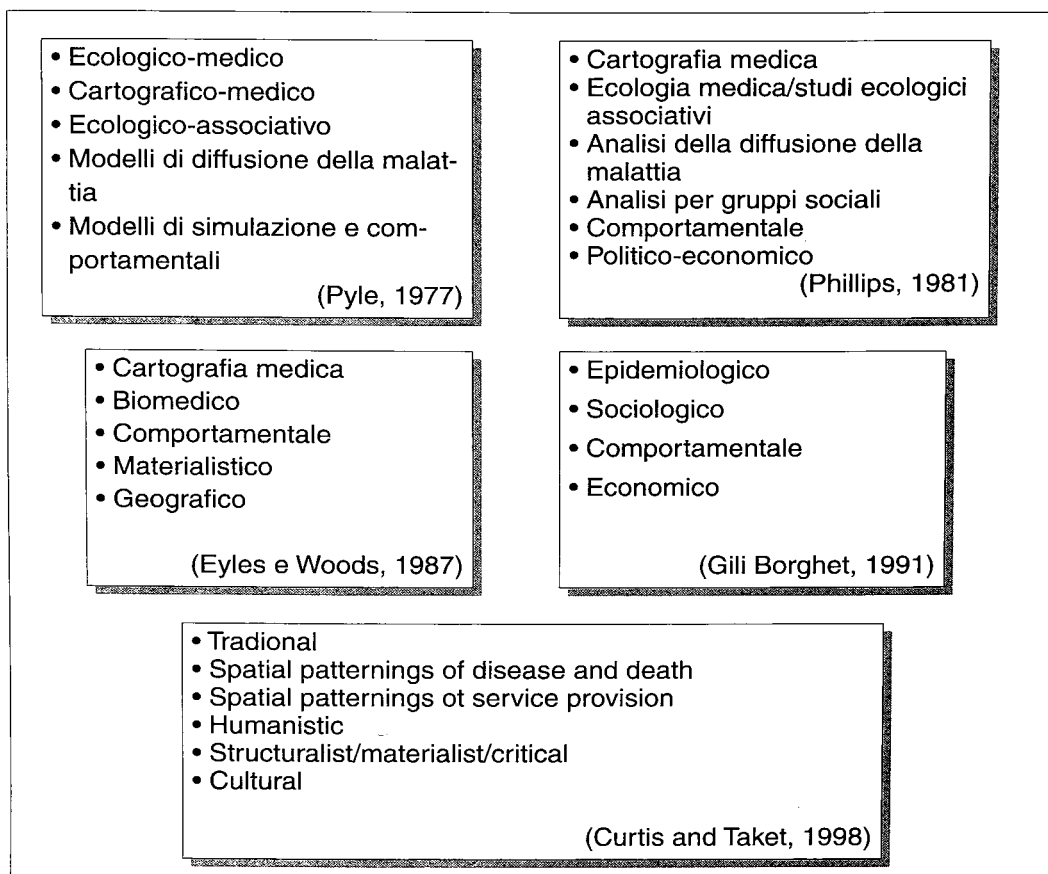


Fig. 1 – *Approcci teorici della geografia medica secondo alcuni autori*

verificare il loro potenziale innovativo rispetto allo *status quo*, che sotto il profilo scientifico è individuabile nel paradigma biomedico e dal punto di vista sociale è ravvisabile nell'assetto del sistema sanitario vigente.

*Prospettive e temi di ricerca.* – Per la disamina dei temi si è resa necessaria una classificazione *ad hoc*, i cui elementi fossero il più possibile riconducibili alla medesima categoria concettuale e si prestassero a rappresentare la specificità del caso italiano.

In primo luogo, per evitare confusioni terminologiche, si è preferito parlare di «prospettive di ricerca» anziché di «approcci teorici», poiché, in base al significato qui attribuito al termine «approccio» (si veda la nota 3), tutte le ricerche sono state condotte secondo un approccio geografico, ma in ciascuna di esse si è dato maggior rilievo a specifici aspetti del fenomeno esaminato, da quelli economici a quelli eziologici, da quelli ambientali a quelli culturali.

Per individuare le prospettive di ricerca si è cominciato con l'individuare, per l'appunto, le principali finalità perseguite nelle ricerche, che sono state ricondotte alle seguenti tipologie: distribuzione territoriale delle malattie e individuazione dei correlati eziologici; analisi della localizzazione, accessibilità e dotazione funzionale dei servizi sanitari; analisi dell'organizzazione politico-amministrativa e della spesa dei sistemi sani-

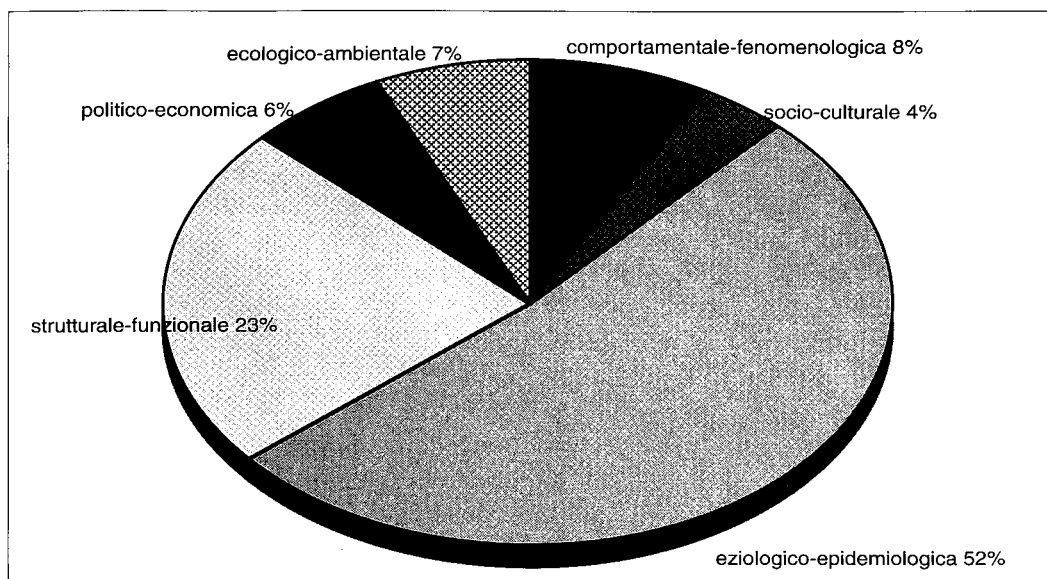


Fig. 2 – *Ricerche di geografia medica in Italia secondo la prospettiva utilizzata (% sul totale delle ricerche)*

tari; individuazione dei fattori di rischio per la salute umana; analisi delle opinioni, delle valutazioni e del comportamento della popolazione; analisi delle determinanti sociali e culturali nei fenomeni analizzati.

Queste finalità sono state poi attribuite a sei rispettive tipologie di prospettiva, che sono state denominate nel seguente modo: eziologico-epidemiologica; strutturale-funzionale; politico-economica; ecologico-ambientale; comportamentale-fenomenologica; socio-culturale.

Nei paragrafi che seguono, si procederà a una sintetica presentazione delle ricerche di geografia medica realizzate dai geografi italiani secondo ciascuna prospettiva individuata, fermo restando che, data la numerosità delle ricerche, si farà riferimento solo ad alcuni dei contributi più rappresentativi di ciascuna sezione (4).

*La prospettiva eziologico-epidemiologica.* – Guardando al complesso è possibile constatare come la prospettiva eziologico-epidemiologica prevalga nettamente sulle altre, proprio perché i geografi italiani hanno più frequentemente scelto di analizzare i correlati tra distribuzione territoriale delle malattie e fattori eziologici (fig. 2).

Sotto questa prospettiva sono state studiate numerose malattie, dalle infettive alle croniche, dalle sociali alle mentali, anche se in termini complessivi quelle più trattate sono le infettive e le croniche. Comune a tutte le ricerche è invece lo schema procedurale, volto dapprima a evincere la distribuzione epidemiologica nello spazio e nel tempo della malattia esaminata, magari anche per caratteri socio-demografici e poi a ricercare i fattori eziologici.

(4) Gli studi di carattere teorico, attribuibili in massima parte a C. Palagiano, non sono stati qui considerati data la ponderosità concettuale che li contraddistingue e il conseguente spazio che avrebbero occupato. Si rimanda pertanto una loro trattazione a occasione più opportuna, limitandoci per il momento a segnalare la bibliografia contenuta in Palagiano (1996).

Nel caso delle malattie infettive è stato evidenziato il ruolo determinante esercitato dalle condizioni di sviluppo socio-economico, attraverso indagini retrospettive focalizzate sulla malaria (De Santis e Lussana Grasselli, 1983) oppure con analisi estese all'intero territorio nazionale e a tutte le tipologie di malattia infettiva (Banini, 1997) o ancora con l'affondo su specifiche aree rurali del paese connotate dalla precarietà delle situazioni igienico-sanitarie e dalla diffusione di abitudini comportamentali inadeguate, come nel caso della brucellosi nella Marsica (Mancini, 1983). Ma è stato possibile altresì rinvenire cambiamenti nell'incidenza di alcune malattie a seguito dei processi di suburbanizzazione e dei conseguenti mutamenti nello stile di vita della popolazione, come nel caso della rickettsiosi in Sicilia (Cicero e Trischitta, 1992). Più in generale, la presenza di una linea di demarcazione tra contesti economicamente avanzati e contesti in condizioni di arretratezza ha fatto parlare, assumendo come discriminante proprio l'incidenza delle malattie infettive, di una «frontiera sanitaria» mondiale e nazionale (Bellezza, 1983; 1989).

Tra le malattie croniche il tema più battuto è invece quello dei tumori. A titolo di esempio, oltre a un volumetto apparso nei primi anni Ottanta, che affronta «a tutto tondo» il caso italiano (Gili Borghet, 1983), si ricordano alcuni contributi che hanno evidenziato il rilievo assunto da generatori oncogeni di varia natura, da quelli ambientali, come nel caso del radon (Bellencin Meneghel e Banini, 1998), a quelli comportamentali, come nel caso delle abitudini alimentari (Gazerro, Inelmen e Secco, 1989). Il ruolo determinante esercitato da questi due ordini di fattori è emerso anche in riferimento ad altre malattie endemiche, così come quello svolto dall'attività di profilassi e prevenzione, alla cui inefficacia possono contribuire anche motivazioni di interesse economico, come è stato evidenziato nel caso del gozzo endemico nella Sicilia interna (Cirelli, 1989).

L'attenzione dei geografi italiani si è soffermata pure su problematiche di spessore sociale, quali la droga (Arena, 1983), l'alcolismo (Brancato Albanese, 1986), la disabilità (Grillotti Di Giacomo, 1990b), il suicidio (Salgaro, 1992; De Meo, 1992), le condizioni di salute degli immigrati (Arena, 1993; Palagiano, 1990a), nonché l'aborto (Salvatori, 1986; Battigelli, 1986; Battigelli, 1996); di quest'ultima è stata fornita anche una chiave interpretativa socio-culturale, sulla base del comportamento politico-elettorale della popolazione (Brusa, 1983).

Altre ricerche hanno riguardato le malattie professionali, gli anziani e le differenze di genere (Bellencin Meneghel, 1996), ma un solo contributo ha affrontato finora il tema della salute e della sanità in termini di differenziazione sociale, in riferimento a un contesto urbano degradato del Meridione d'Italia (Caltabiano, 1992). In tal senso, si rileva una certa differenza rispetto ad altri paesi, ove questo filone di studi è stato largamente esplorato; tuttavia, questa carenza è riconducibile non tanto al disinteresse dei ricercatori italiani, quanto alle difficoltà di reperimento di dati statistici, come sarà più avanti evidenziato.

*La prospettiva strutturale-funzionale.* – Sotto questa prospettiva sono stati compiuti numerosi studi, pari a circa un quarto del totale, condotti per lo più con la medesima impostazione, volta a definire la dotazione strutturale e funzionale del sistema sanitario pubblico e/o privato (fig. 2). In tal senso le analisi estese all'intero territorio nazionale sono davvero molto poche; tra queste si ricorda in particolare quella realizzata da Morelli (1978) all'indomani della prima grande riforma sanitaria (legge 833/1978), che istituiva il sistema sanitario nazionale e si proponeva di capillarizzare e riequilibrare l'offerta sanitaria del paese.

Nel complesso, la maggior parte delle ricerche si è dunque focalizzata sui contesti regionali, dei quali, nella maggioranza dei casi, sono stati evidenziati squilibri distributivi

e disuguaglianze nell'accessibilità ai servizi sanitari, come nel caso della Calabria (Brancato Albanese, 1992). Tali problemi sembrano essersi intensificati a seguito della riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, realizzata all'inizio degli anni Novanta, che allo scopo di ridurre la spesa ha dato luogo, tra l'altro, all'accorpamento dei distretti sanitari (ASL), disattendendo frequentemente le effettive esigenze di molti territori, come nel caso della Sicilia (Barilaro, 1995). L'affondo su altri contesti regionali, tuttavia, ha evidenziato situazioni del tutto diverse, come nel caso del Veneto, il cui sistema sanitario, anche se piuttosto dispendioso in termini economici, presenta una dotazione funzionale e una distribuzione territoriale molto soddisfacenti (Salgaro e Vantini, 1995).

Una consistente parte di ricerche è stata focalizzata anche sui servizi sanitari specialistici. In tal senso un filone di studi particolarmente fecondo è quello riferito alle strutture per malati psichiatrici, di cui è stata sottolineata in più occasioni la generalizzata inadeguatezza quantitativa e qualitativa, le forti differenziazioni rinvenibili sul territorio italiano e le difficoltà di applicazione della riforma varata nel 1980 (Palagiano e Arena, 1987a; Palagiano e Banini, 1994).

Recentemente, inoltre, sono state affrontate tematiche di grande attualità, anche se di orientamento molto diverso, poiché volte da una parte a valutare potenzialità e limiti delle tecnologie più innovative, come la telemedicina (Gallo, 1998) e dall'altra a considerare la diffusione e l'impatto sociale delle medicine alternative, come la musicoterapia (Gamberoni, 1998).

*La prospettiva politico-economica.* – Sotto questa prospettiva sono stati realizzati pochi studi, le cui finalità sono comunque riconducibili a tre tipologie principali (fig. 2). A una prima tipologia appartengono alcune ricerche orientate a valutare l'organizzazione del sistema sanitario nazionale in termini di delimitazione dei distretti sanitari, individuandone i limiti concettuali e applicativi (Landini, 1990b) oppure verificandone, nel caso del Lazio, le rilevanti incongruità rispetto alle effettive omogeneità storiche, socio-economiche e funzionali degli aggregati subregionali (Galluccio, 1995). Nel caso dell'Umbria, invece, l'esigenza di ottimizzare l'assistenza sanitaria sulla base dei caratteri demografici, ambientali e infrastrutturali del territorio, ha indotto gli autori dello studio a proporre una nuova perimetrazione dei distretti sanitari, attraverso cui, tra l'altro, sarebbe possibile contenere la spesa (De Santis e Patella Scola, 1995).

A una seconda tipologia sono riconducibili alcune ricerche che si sono soffermate sugli aspetti più prettamente economici del sistema sanitario, verificando la crescente insostenibilità del *welfare state* per i paesi economicamente avanzati (Palagiano, 1995), evidenziando le differenze strutturali in termini di finanziamento e di spesa dei sistemi sanitari (Bellencin Meneghel, 1995), oppure focalizzando l'attenzione su specifici territori, come nel caso di Venezia, la cui particolare configurazione fisico-ambientale influisce notevolmente sull'organizzazione e sul costo del sistema sanitario (Patella Scola e Righetti, 1995).

A una terza tipologia sono riconducibili gli studi, preminentemente su base regionale, che hanno analizzato l'organizzazione del sistema sanitario alla luce della riforma realizzata nei primi anni Novanta. In tal senso figurano ricerche focalizzate in particolare su alcuni contesti meridionali, già connotati da forti squilibri nella distribuzione e dotazione funzionale, che non sembrano aver tratto giovamento dalla nuova configurazione (Bencardino, 1995; Luisi, 1998).

*La prospettiva ecologico-ambientale.* – Un altro rilevante capitolo di ricerche è stato dedicato all'analisi dei fattori di rischio per la salute umana derivanti dalle condizioni

ambientali, laddove per condizioni ambientali si intendono sia quelle naturali che quelle generate dalle attività umane. Nel primo caso, si sono esaminati tanto aspetti di carattere generale, soffermando ad esempio l'attenzione sulle caratteristiche climatiche (Palagiano, 1982; Zanella, 1983), quanto situazioni specifiche, come nel caso della presenza di licheni come indicatori del livello di benessere ambientale (Lombardi e Meini, 1998).

Ben più nutrita è la serie di ricerche volte a definire la pericolosità di determinate attività produttive, come quelle estrattivo-industriali connesse al problema della silicosi (Barilaro, 1983) o il rischio generato da particolari sostanze quali l'asbesto, relativamente al quale sono state evidenziate anche le notevoli diversità che intercorrono a livello legislativo tra diversi paesi ad economia avanzata (Del Piano e altri, 1990b). Altre ricerche hanno soffermato l'attenzione direttamente sugli effetti negativi più eclatanti delle attività umane, quali l'inquinamento atmosferico (Pinna, 1989) e lo smaltimento dei rifiuti solidi (Palagiano, 1989) che in Italia si configurano come problemi direttamente proporzionali al livello di sviluppo dei contesti subnazionali, oppure sull'inquinamento acustico, con particolare riferimento a un ambito urbano ad alto rischio come quello romano (Castagnoli, 1995).

In questo filone di ricerca possono essere annoverati anche gli studi sulla qualità della vita, poiché essi, prendendo in esame svariati aspetti del livello di vita nei territori analizzati, hanno soffermato l'attenzione, direttamente o indirettamente, sui fattori di rischio per la salute umana. In tal senso, oltre a uno studio condotto per grandi ripartizioni territoriali italiane, che ha confermato la persistenza delle ben note differenziazioni in termini di sviluppo (Arena, 1989) e a un altro molto approfondito su un contesto regionale dell'Italia centrale (Melelli, 1986), si annoverano numerosi contributi realizzati a scala urbana e provinciale. Tali contributi, hanno esaminato situazioni del passato attingendo alle fonti letterarie oppure sono stati focalizzati su specifici temi, quali il traffico urbano e le aree rurali; un'ampia rassegna di queste ricerche è stata presentata nel corso del secondo e terzo seminario di geografia medica.

*La prospettiva comportamentale-fenomenologica.* – A prescindere da uno studio apparso sul finire degli anni Ottanta, che dimostrava sia la crescente attenzione della popolazione italiana per le tecniche terapeutiche alternative e i temi della salute e del *fitness*, sia il progressivo ridimensionamento del ruolo della medicina ufficiale (Palagiano e Arena, 1987b), l'adozione di questa prospettiva da parte dei geografi italiani è un fatto recente e limitato a pochi casi. Studi specifici sulla percezione della salute e della sanità sono riferibili solo ad alcune ricerche condotte alla scala urbana, che hanno valutato atteggiamenti, opinioni e valutazioni dei cittadini su temi di carattere generale e contestuale (Banini, 1998) o hanno effettuato un affondo sulle classi di età avanzate e in riferimento a diversi contesti socio-economici (Bellencin Meneghel, Cirelli e Lombardi, 1998) oppure hanno verificato la percezione del rischio per la propria salute nei turisti diretti verso il continente africano (Cristaldi, 1998).

Esiste tuttavia una tradizione di studi, che in realtà si pongono in posizione intermedia tra la prospettiva strutturale-funzionale e quella qui esaminata, che è dedicata all'analisi dei bacini di utenza dei servizi sanitari e alle migrazioni sanitarie. Quanto al primo caso, le ricerche, sempre su base prevalentemente regionale o provinciale, hanno evidenziato la non prevedibilità del comportamento degli utenti (Banini e Cristaldi, 1995) oppure l'inadeguatezza di alcuni servizi specializzati, come nel caso delle strutture per pazienti dializzati in una provincia meridionale (Costa, 1995). Il fenomeno delle migrazioni sanitarie è stato invece analizzato tanto a scala nazionale, evidenziando il ruolo attrattivo o repulsivo esercitato in tal senso dalle singole regioni (Sala, 1988; Caltabiano,

1995; De Santis, 1996), quanto a quella regionale. In quest'ultimo caso, l'attenzione è stata puntata soprattutto sui contesti meridionali, ove la proverbiale inefficienza dei servizi sanitari induce la popolazione a migrazioni sanitarie di raggio più o meno limitato (Riggio, 1995); tuttavia, sono stati esaminati anche alcuni territori a elevato livello di sviluppo, ove si registra lo stesso un alto tasso di emigrazione sanitaria (Gili Borghet, 1998).

In questa prospettiva, infine, possono essere enucleate anche ricerche su temi piuttosto inusuali, quali il rapporto tra malattie psicosomatiche e emigrazione (Ciaccio, D'Agazio e Santamaria, 1983) e i disturbi comportamentali in relazione alla qualità del territorio (Copeta, 1983), di cui però è stata fornita una trattazione più in termini teorico-concettuali che applicativi.

*La prospettiva socio-culturale.* – Sotto questa prospettiva si annoverano alcuni contributi che hanno affrontato le tematiche della salute e/o della sanità facendo particolare riferimento ai caratteri culturali e sociali della popolazione. Tale è uno studio di ampio respiro condotto su un contesto urbano e volto a individuare la nascente transizione culturale nell'uso dei servizi sanitari, consistente nella progressiva diffusione del ricorso alle medicine alternative (Gili Borghet, 1995), nonché un altro studio volto a evincere la domanda di servizi socio-sanitari per gli anziani, sulla base delle convenzioni sociali e dei valori culturali della popolazione (Novembre, 1983).

Altre ricerche condotte secondo questa ottica hanno focalizzato l'attenzione sul tema dell'immigrazione, cioè sulla necessità di adeguare l'offerta sanitaria alle regole e alle consuetudini degli utenti di altre culture d'origine (Vantini, 1992), oppure sulla concezione della salute e della malattia in un contesto nazionale particolare, come Israele, ove la medicina occidentale si interseca con quella tradizionale, sulla base delle credenze religiose, dei comportamenti e delle consuetudini delle comunità etnico-culturali ivi insediate (Bianchi, 1998).

A questa prospettiva sono attribuibili anche alcune ricerche su tecniche terapeutiche tradizionali, quali la pranoterapia (Sacchi De Angelis, 1989) e la farmacopea religiosa (Sacchi De Angelis, 1986), delle quali si è evidenziato il divenire storico e il ruolo attuale, come approccio alla salute totalmente diverso dalla medicina ufficiale.

*Considerazioni di sintesi.* – Nel complesso, la produzione scientifica della geografia medica italiana si è dunque articolata su tematiche molto diversificate, senza contare il fatto che per esigenze di sinteticità non si sono qui considerate alcune ricerche che hanno affrontato argomenti particolari, come la geografia medica *ante litteram* nelle opere di alcune personalità storiche (Calafiore, 1983) o il ruolo della geografia nell'educazione alla salute (De Vecchis, 1990b).

Tuttavia, considerando il complesso delle possibilità di analisi che si offrono alla geografia medica, si evidenziano diversi aspetti non ancora affrontati. Dallo schema di massima appositamente elaborato (fig. 3) è possibile infatti verificare che la geografia medica italiana si è soffermata molto su alcuni ambiti di ricerca (malattia, sistema sanitario, fattori di rischio), ma ne ha trascurato altri quali il sistema di prevenzione e il sistema sociale, cioè le figure apparentemente meno coinvolte nel sistema salute-malattia, che però nelle società economicamente avanzate stanno assumendo un rilievo crescente.

Anche all'interno dei livelli di indagine più battuti, peraltro, la ricerca italiana ha trascurato diverse tematiche: i fattori di rischio genetici, i modelli di diffusione delle malattie, l'accessibilità sociale ai servizi sanitari, le differenziazioni sociali nello stato di salute della popolazione.

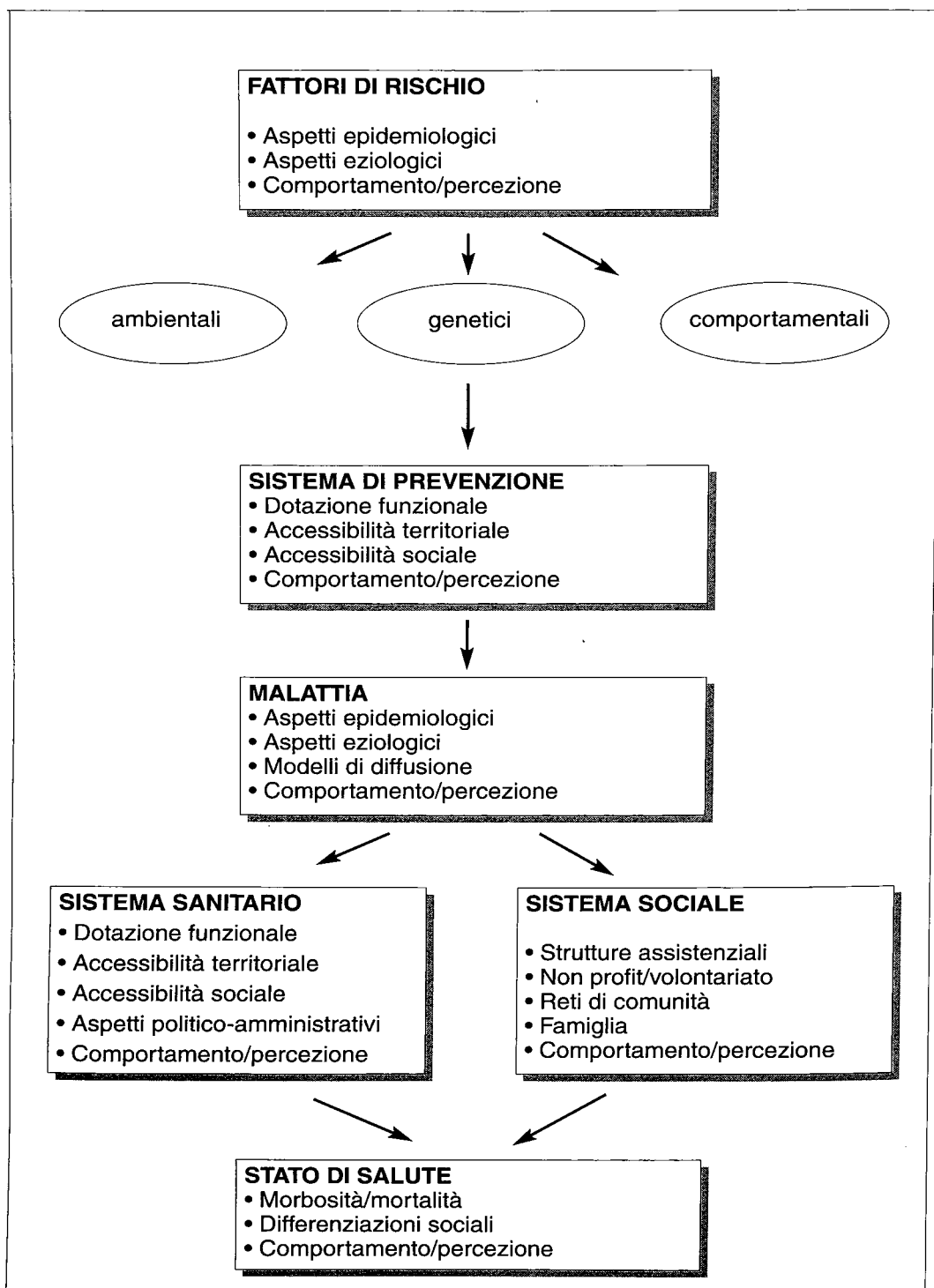


Fig. 3 – *Ambiti di ricerca della geografia medica in Italia e relativi livelli di indagine*

I motivi di questa situazione, tuttavia, non sono sempre riconducibili al disinteresse dei ricercatori per certe tematiche, ma anche alle difficoltà di reperimento di informazioni e dati statistici, come si avrà modo di evidenziare nei seguenti paragrafi.

*Scala delle ricerche e limiti delle fonti statistiche.* – Le tematiche affrontate dai geografi italiani, sebbene numerose e diversificate, sono state focalizzate essenzialmente su scale di indagini piuttosto grandi, regionale e urbana in particolare. Ciò è in larga parte dovuto al fatto che la finalità prevalentemente perseguita nelle ricerche è consistita, come si è visto sopra, nell'analisi dei correlati tra distribuzione delle malattie e caratteri socio-ambientali: si tratta infatti di un obiettivo che necessita giocoforza una trattazione specifica delle condizioni di ciascun territorio esaminato (Palagiano, 1990b). Altri motivi potrebbero essere ricercati nella notevole eterogeneità di situazioni riscontrabili sul territorio italiano, sia in riferimento alla salute sia alla sanità, cosicché le relative analisi non possono prescindere da una considerazione di elementi e fattori – ambientali, socio-economici e comportamentali – a forte connotazione localistica.

A prescindere da queste motivazioni c'è da dire tuttavia che in Italia un limite fondamentale per la ricerca, non solo geomedica, è rappresentato dalle statistiche ufficiali. Un primo limite è individuabile nella scarsa disaggregazione territoriale dei dati. Non a caso, la maggior parte delle ricerche ha riguardato la scala nazionale, regionale e urbana, perché per le prime è possibile utilizzare le statistiche ufficiali nazionali, disaggregate in genere per regioni e per USL/ASL mentre per quella urbana è possibile fare riferimento alle amministrazioni locali, oppure a fonti dirette come cartelle cliniche, questionari, interviste. La scala subregionale e quella subprovinciale sono invece poco trattate, proprio perché non si dispone di una disaggregazione dei dati alla scala comunale. E ciò è all'origine di un altro limite per la ricerca geomedica (e quella geografica, più in generale), che consiste nel fatto di non poter individuare aree connotate da specifici fenomeni a valle di un percorso di analisi e non in termini precostituiti dai dati stessi (fig. 4).

Altro limite fondamentale delle statistiche ufficiali risiede nella scarsità delle informazioni disponibili, come quelle socio-epidemiologiche, che ostacolano la trattazione di argomenti quali lo stato di salute della popolazione per classe sociale, le diseguità nell'accesso ai servizi sanitari, le condizioni di salute delle classi sociali svantaggiate; argomenti che in altri paesi risultano invece ampiamente battuti. Questo fenomeno riflette del resto una tendenza generalizzata, in base alla quale i rilevamenti statistici sono condotti secondo un'ottica prevalentemente fenomenologica piuttosto che problematica, cosicché i ricercatori sono costretti a scegliere gli argomenti delle loro ricerche non in base agli aspetti su cui vorrebbero indagare, ma secondo i dati statistici disponibili (Viganoni, 1987; Mancini, 1990b). A questo proposito, tuttavia, c'è da dire che l'ISTAT ha incrementato da qualche anno le indagini su aspetti specifici della società e della cultura (anzianità, stili di vita e condizioni di salute della popolazione ecc.), aprendo nuovi orizzonti alla ricerca, non solo geomedica.

La scarsità di dati disaggregati a livello territoriale ha indotto i geografi italiani a preferire indagini riferite ai propri ambiti di conoscenza, al fine di poter attingere a fonti dirette quali cartelle cliniche e registri ospedalieri, oppure a realizzare inchieste su campione. E siccome gli studiosi che si occupano sistematicamente di geografia medica sono distribuiti in modo piuttosto disomogeneo sul territorio nazionale si è prodotta nel tempo una sostanziale differenza tra regioni largamente esplorate sotto il profilo geomedico (Umbria, Sicilia, Puglia, Lazio) e regioni che a tutt'oggi lo sono poco (Basilicata, Lombardia, Abruzzo ecc.) o per niente (Valle d'Aosta, Marche, Molise) (fig. 5).

Certo è che a prescindere dai limiti delle fonti statistiche e dalle caratteristiche del

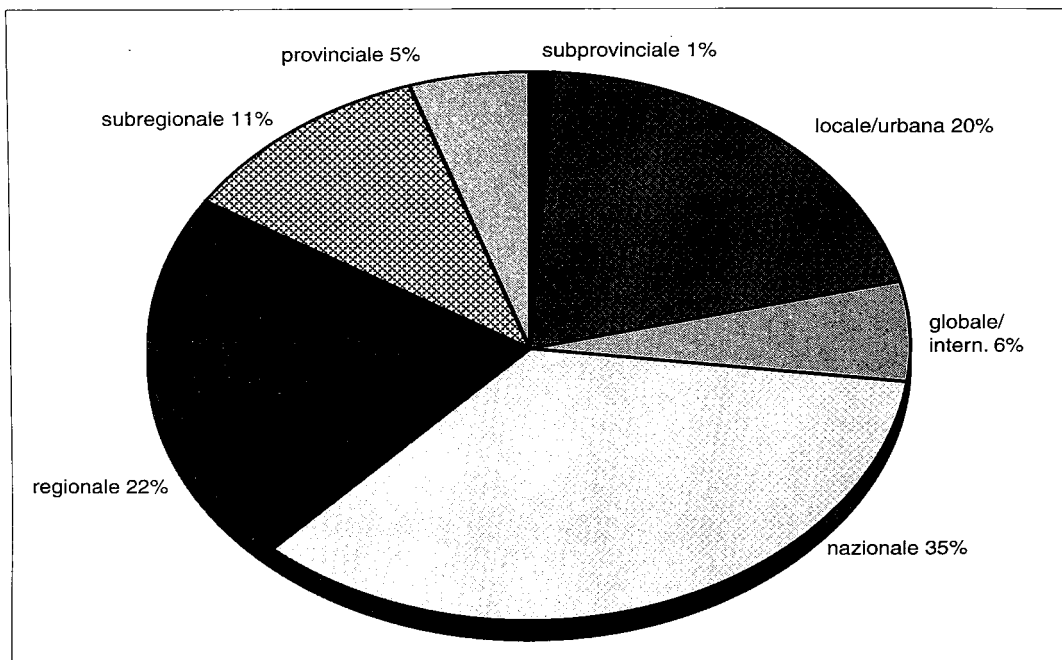


Fig. 4 – Scala delle ricerche di geografia medica in Italia (% sul totale delle ricerche)

territorio italiano, la ricerca geomedica italiana si è orientata ben poco sia sui paesi esteri – tranne qualche sporadico caso (Romagnoli, 1991; Arena, 1995; Bianchi, 1998; Pappalardo, 1998) – sia sulla scala internazionale/globale, anche se nella maggior parte dei contributi il raffronto con situazioni riferibili ad altri paesi è stato sempre effettuato. Questo attributo localistico della ricerca geomedica italiana sembra poter essere ricondotto ancora una volta, però, alle finalità e ai metodi perseguiti nelle ricerche, che come vedremo tra breve, privilegiano giocoforza l'analisi del «vicino».

*Metodi e finalità della ricerca.* – Il fatto di focalizzare le indagini su una scala grande, regionale o urbana, e su territori ben conosciuti dagli studiosi ha dato origine a un'altra caratteristica della ricerca geomedica italiana, consistente nel largo ricorso a conoscenze pregresse, rilevazioni dirette, interviste con testimoni privilegiati.

Nella maggioranza dei casi, inoltre, i dati statistici sono stati elaborati con metodologie essenziali, ottenendo indicatori semplici quali il tasso grezzo di morbosità/mortalità, posti letto/abitante, indici di *turnover*. Solo sporadicamente ci si è orientati verso metodologie a difficoltà intermedia, quali la standardizzazione dei dati o l'applicazione di coefficienti di localizzazione; e ancor più raramente a metodologie complesse, quali l'analisi fattoriale (Meneghel, 1986), le matrici di correlazione (Gazerro, Inelmen e Secco, 1989) o l'applicazione di *software* specifici, come SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) (Banini, 1998; Bellencin Meneghel, Cirelli e Lombardi, 1998).

Questa scarsa attitudine dei ricercatori italiani a utilizzare metodologie di ricerca complesse e a fare invece largo uso di metodi di indagine diretta, sottende tuttavia la finalità prevalentemente descrittivo-interpretativa della ricerca, la quale più che a conclusioni di carattere normativo, sembra essersi orientata alla contestualizzazione dei fenomeni esaminati su specifici ambiti territoriali.

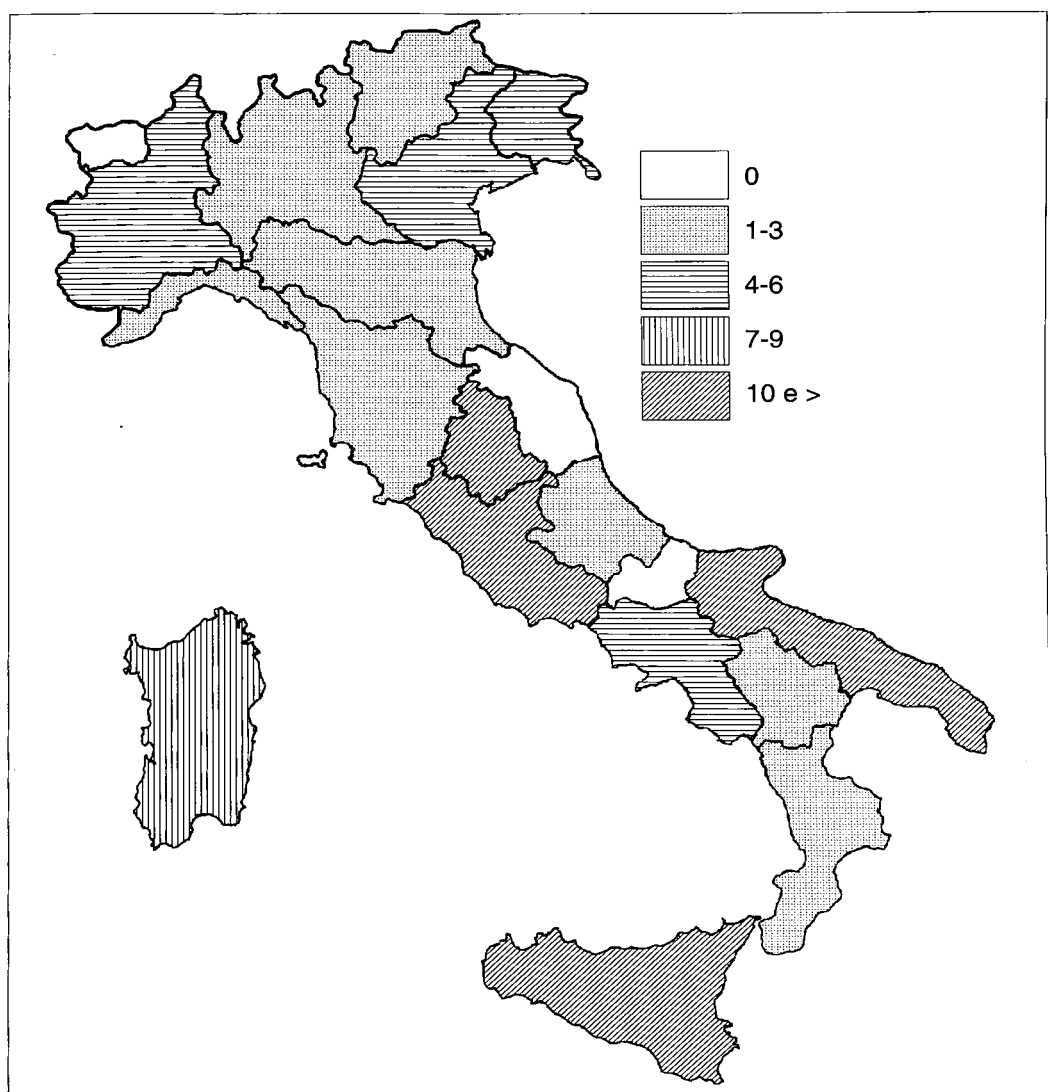


Fig. 5 – Ricerche di geografia medica in Italia per regione esaminata

Il fatto di aver prediletto la descrizione-interpretazione dei fenomeni esaminati, comunque, non ha impedito ai ricercatori di realizzare spesso analisi critiche e di avanzare proposte per i problemi evidenziati. In tal senso, la tradizionale distinzione tra «finalità descrittiva» e «finalità propositiva», cioè tra *how things are* e *how things should be*, non sembra essere appropriata al caso italiano, poiché anche gli studi di carattere descrittivo sono stati condotti in chiave critica e problematica. Nel caso italiano sarebbe ancor più appropriato parlare di una «finalità denunciativa», poiché la maggior parte degli studi ha individuato settori e aree passibili di intervento, al fine di sottoporli all'attenzione degli organi competenti, pur senza pervenire a specifiche proposizioni.

In linea generale, si potrebbe dire che anche nel caso italiano esiste un parallelo tra le tipologie di prospettiva illustrate precedentemente e le finalità appena descritte. Per esempio, tanto la prospettiva eziologico-epidemiologica, quanto la strutturale-funzionale

– tese come sono ad analizzare la distribuzione delle malattie e dei servizi sanitari, secondo un procedimento metodologico quantitativo – sono di norma definite come «approccio tradizionale» (Curtis e Taket, 1996). In effetti, si tratta di una prospettiva di ricerca classica della geografia medica, che utilizza ottiche e strumenti di valutazione di una «scienza del sistema» come la medicina e dunque più facilmente si muove nell'ambito della riproducibilità del sistema stesso, del *more of the same* (Jones e Moon, 1987). Analoghe considerazioni potrebbero essere avanzate relativamente alla prospettiva politico-economica, che attinge molto da un'altra scienza, l'economia, di norma piuttosto vicina anch'essa alle «logiche del sistema».

La prospettiva comportamentale-fenomenologica e quella socio-culturale, invece, rovesciano il punto di vista dei fenomeni, poiché partendo dalla popolazione o dal gruppo sociale di riferimento, cercano di valutarne aspettative, opinioni, valori, conferendo alle rispettive ricerche un potenziale di critica alla struttura del sistema di norma più vasto.

Analoghe considerazioni sono riferibili alla prospettiva ecologico-ambientale, in cui la ricerca geomedica trova le sue radici più antiche e più moderne al tempo stesso, visto che la rilevanza attribuita alle componenti ambientali è stata forte alla nascita della geografia umana, sulla scia dell'imperante determinismo, e lo è ancora al giorno d'oggi, specie a seguito della diffusione dei principi dello sviluppo sostenibile. Quasi inevitabilmente, la finalità di queste ricerche si è dunque orientata verso la critica dell'esistente, cioè verso la denuncia di situazioni e fenomeni rischiosi per la salute umana, che traggono origine dai sistemi e dalle logiche di produzione e/o di organizzazione del territorio.

Nel caso italiano, le considerazioni sin qui avanzate risultano valide soprattutto in riferimento alla prospettiva comportamentale-fenomenologica e a quella ecologico-ambientale, nel senso che in questo tipo di ricerche si sono perseguite quasi sempre finalità denunciative di carattere «strutturale». Tali finalità, tuttavia, hanno riguardato anche diverse ricerche in prospettiva eziologico-epidemiologica, strutturale-funzionale e politico-economica. Solo a titolo di esempio si potrebbero citare gli studi sull'organizzazione del sistema sanitario nella capitale (Morelli, 1983) e a Cagliari (Incani Carta, 1986) o ancora lo studio di Galluccio (1994) sui criteri di delimitazione delle USL del Lazio.

Per questi motivi, il parallelo prospettive-finalità della ricerca, anche nel caso italiano, detiene un certo grado di approssimazione, ad ulteriore testimonianza del fatto che solo una disamina libera da schemi precostituiti può far comprendere il significato effettivo delle ricerche.

*Considerazioni conclusive.* – La geografia medica italiana ha compiuto nell'arco di circa un ventennio notevoli progressi, richiamando la crescente attenzione dei geografi, degli studiosi di altre discipline e delle istituzioni. Ormai si può dire che quasi tutti i filoni di ricerca sono stati esplorati, fino a toccare argomenti «di frontiera» originali e rilevanti.

Certo è, tuttavia, che questa disciplina continua a essere contraddistinta da un forte localismo, in termini di scala delle ricerche, sostanzialmente limitate a quella regionale e urbana, di scarsa partecipazione a manifestazioni scientifiche internazionali, nonché di distribuzione territoriale dei geografi che si occupano sistematicamente di salute e di sanità.

Questa prevalente struttura localistica della geografia medica italiana, unitamente alla carenza di progetti unitari estesi all'intero territorio nazionale, ha determinato una produzione scientifica nel complesso piuttosto frammentata e priva di effettiva organicità. Solo di recente è stato istituito un gruppo di ricerca nazionale per la realizzazione di un Atlante delle strutture sanitarie in Italia, di cui sono già stati presentati alcuni risultati

(Amoruso e Rinella, 1995; Palagiano, 1998): un primo passo importante per far convergere gli studiosi verso obiettivi unitari e di spessore applicativo.

La medesima ottica localistica ha spinto i geografi italiani a interessarsi più di fenomeni e problemi territorialmente circoscritti, che di questioni di carattere generale. Se è vero, come abbiamo detto sopra, che buona parte di questo stato di cose è dovuto alla carenza di dati statistici e dunque alla necessità di attingere a fonti informative locali o dirette, è altrettanto vero che le indagini su paesi esteri o alla scala internazionale, nonostante le diverse possibilità offerte oggi dai canali informativi, sono ancora poche.

Inoltre, la maggior parte delle ricerche ha perseguito finalità descrittivo-interpretative, anche se esponendo in forma «denunciativa» i risultati ottenuti, mentre fino ad oggi si annoverano solo alcune ricerche con finalità espressamente propositive. E' proprio questo tipo di studi, invece, che sarebbe necessario intensificare, affinché la geografia medica acquisisca legittimazione sociale e intervenga tangibilmente nella programmazione del territorio.

Quanto alle tendenze in atto per il futuro, grazie soprattutto alle riflessioni teorico-metodologiche di Palagiano, si sono delineati alcuni percorsi di ricerca che mirano da una parte a superare la tradizionale distinzione tra una geografia della salute e una geografia delle strutture sanitarie e dall'altra ad affinare metodologie mutate dalle scienze statistiche in grado di gestire più efficacemente la diversificata massa di informazioni necessaria all'indagine geomedica.

Questo nuovo modo di intendere la geografia medica rispecchia la necessità avvertita anche sul piano sociale e istituzionale di considerare la salute e la sanità in modo olistico, superando così l'impostazione biomedica che tanto ha influito sulla produzione scientifica e sull'organizzazione del sistema sanitario nazionale. Secondo Palagiano (1996) il paradigma attorno a cui realizzare tale unità potrebbe essere quello della qualità della vita, un filone di studi già largamente esplorato nel corso degli anni Ottanta, ma che, suscettibile di perfezionamenti, potrebbe costituire un ottimo mezzo per integrare i tanti fattori, tra cui il livello di efficienza del sistema sanitario, che contribuiscono a determinare lo stato di salute della popolazione. In tal senso, infatti, la buona salute può essere considerata come il risultato più eclatante dell'avvenuto soddisfacimento dei bisogni, compresi quelli sanitari, cioè come sinonimo di buona qualità della vita (Arena, 1990b).

L'integrazione tra i temi della salute e quelli della sanità consentirebbe inoltre all'indagine geomedica di sviluppare le sue valenze applicative, poiché di ciascuna area esaminata si analizzerebbero le caratteristiche sia della domanda che dell'offerta sanitaria, evidenziando di quest'ultima eventuali carenze quantitative e qualitative. La domanda di informazione sulla salute e la sanità, peraltro, sta aumentando vistosamente in Italia tanto a livello sociale quanto da parte di operatori sanitari e istituzioni, che appaiono sempre più interessati alla conoscenza dei fenomeni socio-sanitari nella loro dimensione territoriale, poiché è ormai evidente che una efficace organizzazione del sistema sanitario non può prescindere da una attenta valutazione del territorio in tutte le sue componenti sociali, culturali ed economiche.

Alla geografia medica, pertanto, si offre un'importante occasione per acquisire un riconoscimento di professionalità all'interno del sistema sociale che invero ancora non ha e soprattutto per contribuire fattivamente al continuo miglioramento delle condizioni di salute e di vita della popolazione. Affinché ciò avvenga, oltre a intensificare l'impegno propositivo della ricerca, è necessario tuttavia fare in modo che la geografia medica rafforzi la propria riconoscibilità rispetto alle altre branche disciplinari che si occupano di tematiche similari, rendendo maggiormente visibili i propri strumenti, i propri metodi e i propri risultati.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[«BSGI» = «Bollettino della Società Geografica Italiana», Roma; «MSGI» = «Memorie della Società Geografica Italiana», Roma; «RGI» = «Rivista Geografica Italiana», Firenze; SGI = Società Geografica Italiana]

- AMORUSO O. e A. RINELLA, *L'Atlante Sanitario Nazionale. Uno studio preliminare applicato alla Puglia*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 117-142.
- ARENA G. (a cura di), *Atti del Primo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Roma, 4-7 novembre 1982)*, Perugia, Edizioni Rux, 1983.
- ARENA G., *Analisi territoriale del consumo della droga in Italia. L'esempio di Roma*, in ARENA (1983), pp. 487-503.
- ARENA G. (a cura di), *Atti del Secondo Seminario Internazionale di Geografia Medica: «Ambiente urbano e qualità della vita» (Cassino, 4-7 dicembre 1985)*, Perugia, Edizioni Rux, 1986.
- ARENA G., *Conclusione. La qualità della vita in Italia*, in PALAGIANO (1989), pp. 282-304.
- ARENA G., *La salute e la qualità della vita*, in PALAGIANO (1990b), pp. 31-42.
- ARENA G., *Current Health Problems of Rome as Migration City*, in «Geographia Medica», Szeged, 1993, pp. 97-104.
- ARENA G., *L'offerta sanitaria di tipo primario in un paese in transizione: l'Albania*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 479-493.
- BANINI T., *Le malattie infettive e parassitarie tra inevitabilità biologica ed evitabilità umana. Il caso dell'Italia*, in «BSGI», 1997, pp. 309-341.
- BANINI T., *Salute e sanità in dimensione soggettiva. L'esempio di Udine*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 517-535.
- BANINI T. e F. CRISTALDI, *I poli di attrazione e le aree di gravitazione degli istituti di cura pubblici e privati convenzionati in provincia di Roma: indagine preliminare*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 361-377.
- BARILARO C., *Attività minerarie, ambiente industrializzato e silicosi*, in ARENA (1983), pp. 425-441.
- BARILARO C., *Il quadro territoriale dell'offerta sanitaria in Sicilia*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 401-416.
- BATTIGELLI F., *Aspetti territoriali e socio-demografici delle interruzioni volontarie di gravidanza in Friuli-Venezia Giulia con particolare riguardo all'ambiente urbano*, in ARENA (1986), pp. 331-348.
- BATTIGELLI F., *Donna e procreazione. Fecondità e interruzioni volontarie di gravidanza in Italia*, in G. CORTESI e M.L. GENTILESCHI (a cura di), *Donne e Geografia*, Milano, Angeli, 1996, pp. 143-159.
- BELLENCIN MENEGHEL G., *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano. Un confronto internazionale*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 31-43.
- BELLENCIN MENEGHEL G., *Salute/malattia. Differenze per sesso*, in G. CORTESI e M.L. GENTILESCHI (a cura di), *Donne e Geografia*, Milano, Angeli, 1996, pp. 160-175.
- BELLENCIN MENEGHEL G. e T. BANINI, *Tutelarsi dall'ambiente. Il problema del radon nel Friuli-Venezia Giulia*, in P. GHELARDONI (a cura di), *Studi in onore di Mario*

- Pinna, II, *L'ambiente e le attività dell'uomo*, in «MSGI», 1998, pp. 279-291.
- BELLENCIN MENEGHEL G., C. CIRELLI e D. LOMBARDI, *La condizione socio-sanitaria dell'anziano in due diversi contesti territoriali*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 151-174.
- BELLEZZA G., *L'Italia sulla frontiera sanitaria mondiale*, in ARENA (1983), pp. 199-227.
- BELLEZZA G., *Il Mezzogiorno rurale e la frontiera sanitaria mondiale*, in PALAGIANO e DE SANTIS (1989), pp. 351-358.
- BENCARDINO F., *Il riordino del servizio sanitario in Campania alla luce dei recenti provvedimenti legislativi regionali*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 525-537.
- BIANCHI E., *Malattia e salute in Israele in una prospettiva transculturale con particolare riferimento ad alcune minoranze afroasiatiche*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 321-334.
- BRANCATO ALBANESE M., *Analisi socio-ambientale del fenomeno dell'alcolismo in Italia: l'esperienza in Calabria*, in ARENA (1986), pp. 447-458.
- BRANCATO ALBANESE M., *Struttura sanitaria ed equilibri degli ecosistemi umanizzati: l'esempio della Calabria*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI (1992), pp. 107-121.
- BRUSA C., *Comportamento referendario e applicazione della legge 194 del 1978 in Italia*, in ARENA (1983), pp. 537-546.
- CALAFIORE G., *Una geografia della salute nell'opera geografica di Immanuel Kant*, in ARENA (1983), pp. 157-168.
- CALTABIANO A., *Nuovi modelli di ecourbanistica. Il risanamento dell'iperperiferia di Messina*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI (1992), pp. 369-388.
- CALTABIANO A., *Alcune considerazioni geografiche e socio-economiche sulla migrazione sanitaria in Italia con particolare riguardo alla Sicilia*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 567-586.
- CASTAGNOLI D., *Approccio al problema dell'inquinamento acustico, con particolare riguardo a Roma*, in «Geografia», Roma, 1995, 1-2, pp. 6-16.
- CIACCIO C., C. D'AGAZIO e M.L. SANTAMARIA, *Emigrazione e malattie psicosomatiche: il caso italiano*, in ARENA (1983), pp. 477-486.
- CICERO S. e D. TRISCHITTA, *La rickettsiosi. Malattia di un nuovo rapporto città-campagna*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI (1992), pp. 133-144.
- CIRELLI C., *Diffusione territoriale del gozzo endemico nella Sicilia interna*, in PALAGIANO e DE SANTIS (1989), pp. 127-131.
- COPETA C., *Territorialità e disturbi di comportamento. Un approccio geografico*, in ARENA (1983), pp. 467-476.
- COSTA M., *Distribuzione dei centri di dialisi nella provincia di Foggia: accessibilità al servizio da parte della popolazione locale*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 387-399.
- CRISTALDI F., *Mal d'Africa o mali d'Africa? Per un'analisi della percezione del riccio sanitario nei viaggiatori*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 429-435.
- CURTIS S. e TAKET A., *Health & Societies. Changing Perspectives*, London, Arnold, 1996.
- DE MEO F., *Malattie mentali e suicidi in Umbria*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI

- (1992), pp. 345-352.
- DEL PIANO M. e altri, *Il problema dell'asbesto nella geografia medica*, in PALAGIANO (1990b), pp. 83-99.
- DE SANTIS G., *Health Care Migration in Italy*, «RGI», 1997, pp. 161-169.
- DE SANTIS G. e E. LUSSANA GRASSELLI, *L'infestazione malarica tra squilibri ambientali e insediamenti umani*, in ARENA (1983), pp. 241-258.
- DE SANTIS G. e L. PATELLA SCOLA, *Le strutture sanitarie in Umbria*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 285-306.
- DE VECCHIS G., *Il contributo della geografia nell'educazione alla salute*, in PALAGIANO (1990b), pp. 71-81.
- EYLES J. e K.J. WOODS, *La geografia sociale della medicina e della salute* (a cura di A.M. GILI BORGHET), Torino, CELID, 1987.
- GALLO A., *Telematica e medicina: quali nuovi spazi per la sanità?*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 189-194.
- GALLUCCIO F., *La delimitazione territoriale delle USL nel Lazio. Criteri di definizione*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 307-320.
- GAMBERONI E., *La musicoterapia: un contributo alla tutela della salute*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 613-621.
- GAZERRO M.L., E. INELMEN e G. SECCO, *Alimentazione, fattori ambientali e cancro in Italia*, in PALAGIANO e DE SANTIS (1989), pp. 79-83.
- GILI BORGHET A.M., *Il cancro in Italia secondo un'analisi geografica*, Torino, Omega, 1983.
- GILI BORGHET A.M., *Città e salute. Transizione culturale e transizione sanitaria a Torino*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 65-86.
- GILI BORGHET A.M., *La migrazione sanitaria. Il Piemonte: una regione che esporta i suoi malati*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 213-226.
- GILI BORGHET A.M., *Geografia, ambiente, salute*, Torino, Ediz. Libreria Cortina, 1991.
- GRILLOTTI DI GIACOMO M.G., *La ricerca geografica come contributo ai problemi dei disabili: proposte metodologiche*, in PALAGIANO (1990b), pp. 101-110.
- INCANI CARTA C., *L'organizzazione sanitaria a Cagliari*, in ARENA (1986), pp. 663-674.
- JONES K. e G. MOON, *Health, Disease and Society. An Introduction to Medical Geography*, London, Routledge and Kegan, 1987.
- LANDINI P., *Il problema della salute e le scienze regionali*, in PALAGIANO (1990b), pp. 123-130.
- LOMBARDI D. e M. MEINI, *Metafore biogeografiche: i licheni come indicatori di «fitness ambientale»*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 541-554.
- LUISI G., *Il servizio sanitario in Puglia nel nuovo piano socio-sanitario*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 245-255.
- MANCINI M., *La brucellosi nella Marsica*, in ARENA (1983), pp. 333-365.
- MANCINI M., *Geografia medica e informazione sanitaria in Italia: considerazioni metodologiche*, in PALAGIANO (1990b), pp. 111-122.
- MELELLI A., *Per uno studio sulla qualità della vita urbana in Umbria, con particolare riguardo alla Conca Ternana*, in ARENA (1986), pp. 69-88.

- MENEGHEL G., *Mortalità e ambiente urbano: il caso del Friuli-Venezia Giulia*, in ARENA (1986), pp. 247-268.
- MORELLI P., *Sulle differenziazioni strutturali del servizio sanitario ospedaliero nelle regioni italiane*, in «Notiziario di Geografia Economica», Roma, 1978, 1-2, pp. 30-52.
- MORELLI P., *Riforma sanitaria e sviluppo a Roma*, in ARENA (1983), pp. 505-512.
- NOVEMBRE D., *Un approccio alla geografia gerontologica e geriatria del Salento*, in ARENA (1983), pp. 13-29.
- PALAGIANO C., *L'ambiente climatico e l'uomo*, Roma, Il Bagatto, 1982.
- PALAGIANO C., *La Geografia medica*, in G. CORNA PELLEGRINI (a cura di), *Aspetti e problemi della geografia*, Milano, Marzorati Editore, 1987, pp. 467-507.
- PALAGIANO C., *L'inquinamento del suolo*, in PALAGIANO (1989), pp. 54-79.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Geografia della salute in Italia*, Milano, F. Angeli, 1989.
- PALAGIANO C., *The Current Health Problems in Italy as an Immigration Country*, in «Revue Belge de Geographie», Anversa, 1990 (a), 4, pp. 207-210.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Atti del Convegno sul tema: la Geografia medica oggi. Problemi teorico-metodologici e applicazioni*, in «MSGI», 1990 (b), vol. XLV, pp. 7-14.
- PALAGIANO C., *Le politiche sanitarie e le attuali prospettive*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 21-30.
- PALAGIANO C., *Geografia medica*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1996.
- PALAGIANO C., *Raccolta dati e indagine percettiva nella realizzazione dell'Atlante delle Strutture Sanitarie in Italia*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 17-26.
- PALAGIANO C. e G. ARENA, *The State of Psychiatric Care in Italy after the Coming into Force of Law 180 (May 13th 1978)*, in «Geographia Medica», Budapest, 1987 (a), 17, pp. 129-150.
- PALAGIANO C. e G. ARENA, *Il comportamento degli italiani nei confronti dei servizi sanitari*, in «RGI», 1987 (b), pp. 57-65.
- PALAGIANO C. e BANINI T., *Ambiente geografico e psiche in Italia*, in R. SIMONCELLI (a cura di), *Scritti in onore di Mario Lo Monaco*, Roma, Kappa, 1994, pp. 249-267.
- C. PALAGIANO e G. DE SANTIS (a cura di), *Atti del Terzo Seminario Internazionale di Geografia Medica: «Qualità della vita, agricoltura e degrado ambientale nel Mezzogiorno» (Cassino, 10-12 giugno 1988)*, Perugia, Edizioni Rux, 1989.
- PALAGIANO C., G. DE SANTIS e M.G. SCIFONI (a cura di), *Atti del Quarto Seminario Internazionale di Geografia Medica: «La Geografia medica e gli ecosistemi» (Roma, 4-6 dicembre 1991)*, Perugia, Edizioni Rux, 1992.
- PALAGIANO C., G. DE SANTIS e M.C. CARDILLO (a cura di), *Atti del Quinto Seminario Internazionale di Geografia Medica: «Le strutture sanitarie tra pubblico e privato» (Roma, 1-3 dicembre 1994)*, Perugia, Edizioni Rux, 1995.
- PALAGIANO C., G. DE SANTIS e D. CASTAGNOLI (a cura di), *Atti del Sesto Seminario Internazionale di Geografia Medica: «Metodi di raccolta dati e percezione della salute» (Roma, 4-6 dicembre 1997)*, Perugia, Edizioni Rux, 1998.
- PAPPALARDO M.L., *Caratteri e problematicità della situazione socio-sanitaria in Mali*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CASTAGNOLI (1998), pp. 555-578.

- PATELLA SCOLA L. e R. RIGHETTI, *Una USL affatto singolare: il caso di Venezia*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 261-272.
- PHILLIPS D.R., *Contemporary Issues in the Geography of Health Care*, Norwich, Geo Books, 1981.
- PINNA M., *Inquinamento atmosferico in Italia. Note climatico-ecologiche*, in PALAGIANO (1989), pp. 18-53.
- PYLE G.F., *International Communications and Medical Geography*, in «Social Science and Medicine», Oxford, 1977, 11, pp. 679-682.
- RIGGIO A., *L'emigrazione sanitaria nella Basilicata*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 555-565.
- ROMAGNOLI L., *Appunti geografici sulla salute nella capitale del Mozambico: fattori ambientali, condizionamenti sociali, sopravvivenze tradizionali*, in «RGI», 1991, pp. 455-471.
- SACCHI DE ANGELIS E., *La farmacopea religiosa*, in ARENA (1986), pp. 211-228.
- SACCHI DE ANGELIS E., *Esempi di pranoterapia nell'ambiente rurale dell'Italia centrale*, in PALAGIANO e DE SANTIS (1989), pp. 187-198.
- SALA A.M., *Le migrazioni sanitarie in Italia*, in «BSGI», 1988, pp. 445-458.
- SALGARO S., *L'autosoppressione come indicatore di ecosistemi alterati*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI (1992), pp. 325-344.
- SALGARO S. e S. VANTINI, *Localizzazione delle strutture ospedaliere e riorganizzazione del sistema sanitario nella regione Veneto*, in PALAGIANO, DE SANTIS e CARDILLO (1995), pp. 223-242.
- SALVATORI F., *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: da tutela sociale della maternità a strumento di regolazione delle nascite*, in ARENA (1986), pp. 323-329.
- VANTINI S., *L'immigrazione dal Terzo Mondo: aspetti e problemi di salute dell'ecosistema urbano*, in PALAGIANO, DE SANTIS e SCIFONI (1992), pp. 251-266.
- VIGANONI L., *Geografia e fonti statistiche*, in G. CORNA PELLEGRINI (a cura di), *Aspetti e problemi della geografia*, Milano, Marzorati, 1987, pp. 247-271.
- ZANELLA G., *Bioclimatologia umana e geografia medica*, in ARENA (1983), pp. 87-101.

MEDICAL GEOGRAPHY IN ITALY. EVOLUTION AND TRENDS OF THE RESEARCH. – Medical geography in Italy is a relatively young disciplinary branch in comparison with other countries, even if in rapid growth. In this article the author examines the scientific production realized from Italian geographers on the subjects of health and health care, through the critical analysis of the topics, the methods and the purposes of the research. The complete picture of the situation shows a disciplinary branch, which has reached notable results and a widespread consent. However, Italian geomedical research have particularly focused attention on specific themes, large scales and local situations, so that it still has many possibilities for further and considerable developments.

Università di Udine, Dipartimento di Economia Società e Territorio  
tiziana.banini@uniroma1.it