



**HAL**  
open science

# I concetti di accesso e accessibilità nella geografia della salute e della malattia

Cristina del Biaggio

► **To cite this version:**

Cristina del Biaggio. I concetti di accesso e accessibilità nella geografia della salute e della malattia. GEA paesaggi territori geografie, 2005, 20. hal-02545633

**HAL Id: hal-02545633**

**<https://hal.science/hal-02545633v1>**

Submitted on 17 Apr 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# I concetti di accesso e accessibilità nella geografia della salute e della malattia

di Cristina Del Biaggio, geografa

in: *GEA paesaggi territori geografie*, n°20, settembre 2005, pp.8-14 ([www.gea-ticino.ch](http://www.gea-ticino.ch))

In questo articolo l'attenzione è portata sul concetto di accessibilità delle cure sanitarie nei paesi in via di sviluppo. Ciò che si vuole dimostrare è la polisemia di questo concetto, il cui significato va ben oltre una semplice idea di calcolo geometrico che porrebbe come presupposto che la linea retta che collega il punto A al punto B sia il percorso più razionale. Vedremo come nel caso della pianificazione ospedaliera e della distribuzione dei medicinali la realtà quotidiana confuti questa legge euclidiana.

## La geografia della salute e della malattia

Prima di inoltrarci nel dibattito concernente l'accessibilità ai medicinali e alle cure medico-ospitaliere, è utile chiarire cosa si intende per "geografia della salute e della malattia".

Questa sotto-disciplina della geografia è poco conosciuta e quasi esclusivamente legata all'analisi epidemiologica (2) di una malattia o all'accesso alle infrastrutture sanitarie; più raramente salute e malattia sono invece considerate e studiate come un sistema globale (3).

Fino a cinquant'anni fa lo studio delle malattie era quasi esclusivamente riservato ai medici. Max. Sorre fu il primo geografo ad avere stabilito i fondamenti della geografia medica ed è l'inventore del concetto di "complesso patogeno". Egli parte da una visione globale dell'uomo e dalle relazioni che questo tesse con l'ambiente; le relazioni uomo-ambiente costituiscono dei "complessi", fra i quali alcuni "patogeni", malati. La malattia sarebbe dunque, agli occhi di Sorre, la risultante di situazioni "complesse". Gli studi di Sorre si limitano alle malattie epidemiche, contagiose e tropicali.

In questa prima fase della geografia della salute si mettono in risalto i fattori naturali della malattia, mentre vengono quasi completamente dimenticate le componenti sociali. Altri geografi approfondiscono i metodi statistici e matematici, creati dagli epidemiologi e divenuti sempre più sofisticati, al fine di promuovere una cartografia epidemiologica.

Nei due casi ci si trova di fronte ad una geografia medica "tradizionale" che, secondo Sarah Curtis e Ann Taket, "accetta la malattia come un fattore naturale, come una 'reale' identità in cui gli elementi culturali non contano e dove si presuppone che i problemi delle misurazioni adeguate e della distribuzione siano unicamente tecnici e quindi risolvibili". Gli anni '50 segnano la rottura con questo approccio "tradizionale". La nuova concezione prende spunto dalla definizione di salute pubblicata dall'OMS nel 1946, in cui si dichiara che "la salute è uno stato di benessere completo, fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità" (6). Da quel momento lo studio della salute si espande e i medici non sono più gli unici ad avere autorità sulla questione: il sociologo, l'economista, lo storico, l'antropologo, il demografo, il giurista e il geografo si interessano alla salute. Fra le altre, l'antropologia arricchisce l'approccio "tradizionale" della geografia basato sui dati ambientali introducendo la nozione di "mediazione sociale".

L'antropologo Claude Raynaud (7) riassume così l'apporto dell'antropologia: "Laddove un approccio semplificatore tende a ricercare un legame diretto e meccanico tra ambiente e malattie, l'antropologia [...] introduce la mediazione sociale. In quale misura l'uomo, vista la sua organizzazione in società, la sua maniera di pensarsi e di pensare il mondo, è in misura di influenzare, di modulare, di temperare (o di amplificare) l'impatto delle *contraintes* alle quali il suo corpo è sottomesso dall'ambiente in cui vive?". Raynaud trae questa conclusione da uno

studio sulla corrispondenza tra lo stato di salute dei bambini e il livello economico dei loro genitori. Egli mostra come questa corrispondenza non è né meccanica né diretta e che le strategie quotidiane degli attori permettono, anche alle famiglie più povere, di superare gli ostacoli finanziari per ottenere un buono stato di salute dei figli. Secondo l'autore, la mancanza di mezzi economici è spesso compensata, da una particolare dimestichezza nello sfruttamento dei rapporti sociali.

In modo più generale, si passa da una geografia detta "medica" ad una geografia "della salute e delle cure mediche". In quest'ultima "la nozione di malattia è problematizzata e intimamente legata alle relazioni di potere nella società; il presupposto che vuole che i professionisti della salute curino sempre nella stessa maniera e che gli scienziati siano neutrali è messo in discussione; i diversi ruoli che questi attori adempiono per mantenere l'ordine sociale diventa soggetto di un'indagine minuziosa" (5). Ci si rende così conto che i concetti di salute e malattia sono socialmente costruiti, che non possono essere considerati neutri in quanto intimamente legati alle relazioni sociali e alle strutture di potere presenti nella società (5). Quest'idea è evocata nella definizione di "geografia della salute" di Picheral (8): "studio spaziale della qualità della salute nelle sue relazioni con l'ambiente fisico, biologico, socio-economico, comportamentale e culturale". Sono qui introdotte le strutture sociali e culturali nella relazione che la malattia e il malato tessono con l'ambiente che li circonda. L'autore apre le porte alla simbolica della malattia e allo studio della maniera in cui le popolazioni la vivono, se la rappresentano e la curano. Questa definizione comprende aspetti antropologici e sociologici e apre la porta ad un approccio di tipo sistemico: la malattia deve essere studiata come un sistema plurifattoriale e non ci si può più limitare ad uno studio di tipo determinista delle relazioni tra la salute e l'ambiente fisico e/o naturale. Nello stesso modo, e come vedremo poco più avanti quando si parlerà di accesso ai medicinali e alle cure mediche, non ci si potrà limitare ad uno studio geografico basato unicamente sulla distanza e sul tempo di percorso.

### **Il concetto di accesso e accessibilità e la sua applicazione nella geografia della salute e della malattia**

Occorre ora chiarire il concetto di "accessibilità" e metterlo in relazione con quello di "accesso"; questo accostamento permette di suscitare un dibattito concettuale interessante.

Richard (9) sottolinea le diverse dimensioni del concetto di accesso nell'ambito della salute:

- la *disponibilità*, ossia la relazione fra il volume, da una parte, e il tipo di servizi esistenti e il volume e il tipo di bisogno dei pazienti, dall'altra;
- l'*accessibilità*, ossia la relazione fra la localizzazione dei servizi e quella dei pazienti, tenendo conto della loro mobilità, della durata, della distanza e del costo dei tragitti;
- la *comodità*, ossia la relazione tra la modalità con la quale le risorse sanitarie vengono organizzate per accogliere il paziente e la capacità di questo di adattarsi all'offerta (p. es. gli orari di apertura, il sistema di pagamento, ecc.);
- la *capacità finanziaria*, ossia la relazione fra il prezzo delle prestazioni e la capacità del paziente (o della sua famiglia e/o della sua assicurazione) di pagare;
- l'*accettabilità*, ossia la relazione fra le caratteristiche (età, sesso, etnia, lingua, religione, localizzazione, ecc.) e le attitudini dei pazienti e quelle del personale sanitario. Essa designa la capacità a superare le barriere culturali che impediscono il contatto fra il malato e il curante.

Nel *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, l'accessibilità viene definita come « l'offerta di mobilità. [...] L'accessibilità comprende l'insieme degli spostamenti possibili in una data situazione »(10); non comprende quindi unicamente l'infrastruttura dei trasporti, ma anche

la possibilità concreta ed effettiva di utilizzarla. Inoltre, secondo Jacques Lévy che ha firmato l'articolo nel dizionario, "le frontiere che rendono un luogo impraticabile da un punto di vista dell'accessibilità possono essere fisiche (l'assenza di strade) o mentali (perché il punto mirato è percepito come fuori dal campo dei possibili)" (10).

Riassumendo, secondo Richard l'accesso è generico e l'accessibilità una sua componente che definisce il legame fra due localizzazioni, mentre per Lévy l'accessibilità designa l'offerta globale d'infrastruttura che permette ad una persona di recarsi da A a B, secondo i suoi desideri. Nel caso specifico delle cure sanitarie, sembra più opportuno utilizzare il concetto di accessibilità per designare quello che Richard chiama accesso.

Ci rendiamo così conto che, nel caso di una struttura sanitaria, l'accesso designa la sua porta d'entrata, la sala d'ingresso e lo sportello che ci dà informazioni sul paziente che vogliamo visitare; è la frontiera che separa l'esterno dall'interno dell'infrastruttura, del luogo. Se si dice "l'ospedale è accessibile", si vuole invece affermare che l'infrastruttura non è lontana da dove viviamo, che non è troppo cara, che possiede dunque tutte le caratteristiche enumerate da Richard: comodità, accettabilità, ecc. L'accessibilità, nel senso di Richard, potrebbe semplicemente chiamarsi "distanza", sempre tenendo conto del contenuto polisemico di questa nozione, come messo in risalto da Armand Frémont (11) (distanza metrica, distanza-tempo, distanza affettiva, distanza ecologica e distanza sociale).

Il fatto che la distanza metrica non sia il solo criterio da prendere in considerazione nello studio dell'accesso è stato menzionato, fra gli altri, da Sarah Curtis e Ann Taket, che dichiarano: "l'accessibilità fisica o i costi di trasporto per raggiungere le infrastrutture sanitarie sono relativamente poco importanti se messi in relazione ad altri fattori come per esempio il costo dei servizi, lo statuto assicurativo, l'informazione sui servizi, il rapporto tra i fornitori e i beneficiari di servizi" (5).

Lo slogan dell'OMS "la salute per tutti per l'anno 2000" preconizzava "l'accesso di tutti alle cure preventive e curative di salute primaria entro il 2000" (9), sottintendendo che un migliore accesso ai servizi sanitari avrebbe condotto automaticamente ad un utilizzo più appropriato di questi ultimi, mentre in realtà questo legame fra accesso e utilizzazione non è dimostrato e la sua applicazione non è diretta. Il malato decide di curarsi se considera la patologia di cui soffre guaribile dalla "medicina dell'ospedale" (12), e non unicamente se la struttura ospedaliera è accessibile geograficamente e finanziariamente. Se tutte queste condizioni non sono soddisfatte il malato non consulterà il medico, ma preferirà chiedere aiuto ad un guaritore tradizionale.

I fattori che condizionano l'accessibilità alle cure e i medicinali sono molteplici, fra questi: l'informazione, la distanza geografica e il tempo di percorso, i fattori etnici e le rappresentazioni, il costo e la qualità delle cure. In effetti, per far sì che una persona decida di farsi curare, deve sapere che la malattia di cui soffre è guaribile in una struttura sanitaria appropriata, deve conoscere i giorni e le ore d'apertura dell'ospedale, informazione pratica indispensabile per non far perdere tempo a pazienti e famiglie che non possono permettersi di spostarsi inutilmente. Il costo delle cure è certamente un altro fattore importante ed il carico finanziario della salute rientra, fra l'altro, nel dibattito sull'introduzione della copertura dei costi da parte del malato (introdotta con l'Iniziativa di Bamako del 1987). Diversi organismi delle Nazioni Unite sono convinti che la copertura dei costi permetta un miglioramento della qualità dei servizi e che quest'ultima permetta di lottare contro gli effetti negativi del costo sulla frequentazione. Questa presa di posizione non convince però un buon numero di studiosi nel campo della salute nei paesi del Sud.

Per alcune malattie, il problema della distanza geografica può essere risolto potenziando le conoscenze al livello più basso della struttura sanitaria (il centro di salute nel caso dei paesi del Sud); la presenza di conoscenze adeguate è spesso più importante della distanza geografica reale fra il domicilio del malato e il posto di cura. Uno studio sull'India rurale mette in risalto il fatto

che chi accompagna il malato perde 12 ore all'ospedale, mentre bisogna calcolare 0-12 ore per l'accompagnamento dal guaritore tradizionale. Per le famiglie dunque, un'ospedalizzazione richiede "una complicata organizzazione e implica delle spese importanti" (13).

Il geografo Gérard Salem (14) sottolinea l'importanza dei fattori etnici nelle rappresentazioni della malattia, ciò che a sua volta ha delle conseguenze sugli itinerari terapeutici (15).

Fassin (16), che rileva l'importanza della qualità delle cure nello studio dell'accessibilità, evidenzia come quest'ultima non sia praticamente mai trattata nell'approccio epidemiologico. La qualità delle cure può essere definita come "un servizio che le persone vogliono, di cui hanno bisogno e che sia prodotto a un costo minimo" (17). Secondo molti autori, la qualità delle cure è importante tanto quanto il costo delle stesse nello studio dell'accessibilità.

### ***Espace de vie, spazio sociale, metastruttura socio-spaziale***

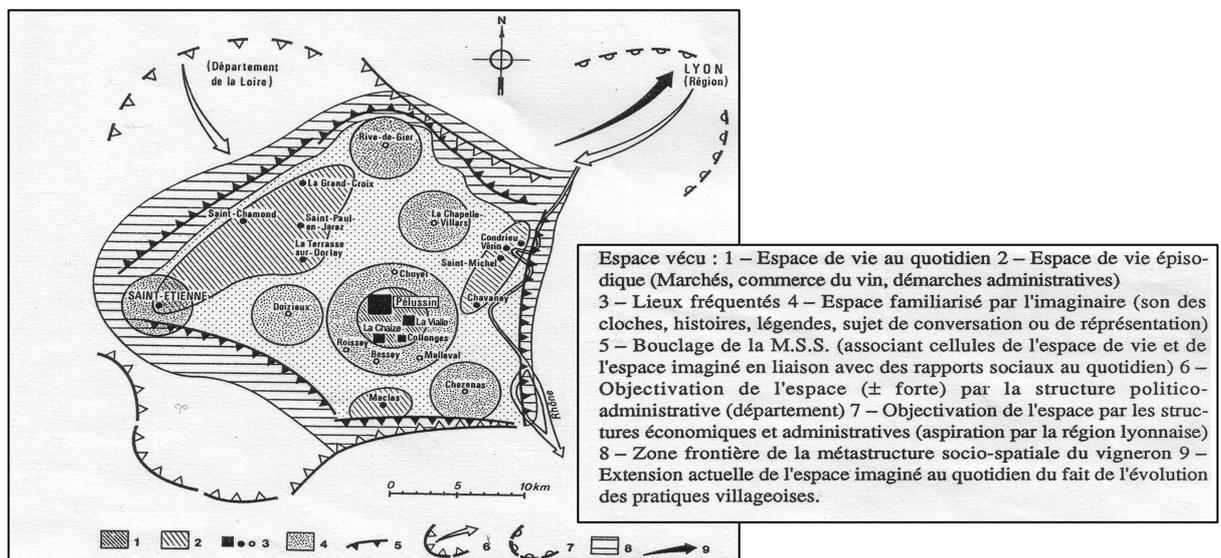
Questi tre concetti sviluppati da geografi ci aiutano a mostrare il divario che esiste fra il sistema di salute pensato dai pianificatori e politici, da una parte, e vissuto e frequentato dai malati, dall'altra; fra l'accessibilità reale e quella pianificata.

Armand Frémont (11) definisce l'*espace de vie* come "l'insieme dei luoghi frequentati da un uomo o da un gruppo"; esso si "confonde con l'area delle pratiche sociali; [...] si riferisce ad un'esperienza concreta dei luoghi" (18 e 19), mentre lo spazio sociale è "costituito da una rete di luoghi frequentati da un insieme sociale e sostenuto dalle relazioni esistenti all'interno di questo insieme. La rete dei luoghi (spazio strutturato) appare come l'espressione di una rete di socialità (la società strutturata)" (18 e 19). A questa coppia spazio di vita/spazio sociale, bisogna aggiungere lo spazio vissuto, che "ricostruisce lo spazio concreto delle abitudini (spazio di vita) e lo supera con le immagini, le idee, i ricordi e i sogni di ciascuno" (19). Con questo concetto, si fa dunque strada la problematica delle rappresentazioni, definite come "un prodotto e un processo di un'elaborazione psicologica e sociale del reale" (20). Riassumendo, "l'edificio costruito sulle basi della materialità e delle pratiche (*espace de vie*) si arricchisce della polpa degli scambi sociali (spazio sociale), degli scambi emotivi, delle immagini e dei concetti individuali, d'essenza sociale, che forgianno la nostra rappresentazione del mondo sensibile e contribuiscono a conferirgli del senso (spazio vissuto)" (18).

Ci possiamo chiedere in cosa questi concetti geografici possano essere interessanti per lo studio della salute. Ecco alcune risposte:

- si può utilizzare la nozione di *espace de vie* per analizzare le pratiche quotidiane dei malati, i loro percorsi per recarsi dal medico. Per delle persone affette da malattie fortemente stigmatizzate un'analisi (e in seguito una cartografia) degli spazi utilizzati quotidianamente (e non solo quella degli itinerari che devono percorrere per andare dal medico) ci può rivelare una certa segregazione spaziale dei malati;
- L'analisi dell'*espace de vie* di un malato può anche essere interessante per lo studio della distribuzione dei medicinali. In effetti, la prossimità dei venditori ambulanti è spesso menzionata come un fattore decisivo; il malato preferisce comperare sul mercato informale piuttosto che nelle farmacie, troppo distanti rispetto ai suoi percorsi quotidiani. I pianificatori statali di distribuzione dei medicinali dovrebbero tener conto di questo fattore e un'analisi degli *espaces de vie* si rivela dunque particolarmente necessaria;
- Lo spazio vissuto, nozione che integra, oltre agli spazi frequentati, anche le rappresentazioni, è utile per capire le scelte tra i diversi tipi di terapie proposte dai molteplici attori del sistema di salute (medici e terapisti tradizionali). Essendo le rappresentazioni delle malattie importanti nelle scelte terapeutiche, il concetto di spazio vissuto può aiutarci a capire le ragioni di tali scelte.

Un altro concetto, quello di “metastruttura socio-spaziale”, sviluppato da Di Méo (18 e 19) può aiutarci a capire il legame che si crea fra l’individuo e il suo territorio. La metastruttura socio-spaziale si definisce come “l’insieme di strutture, spaziali e sociali, che legano l’individuo al suo ambiente territoriale. Il concetto di metastruttura indica che esiste un sistema regolatore, di origine sociale o socio-territoriale, ma anche psicologica, che crea per ciascuno l’unità del suo spazio” (18). La metastruttura socio-spaziale raggruppa due entità: lo spazio sociale “ruvido” (espressione de Guy Di Méo, in: 18), forgiato dalla natura e dalla storia e lo spazio delle circoscrizioni amministrative, costruito dal potere, quasi astratto, ma identificato e appropriato con il tempo dalle generazioni successive (18). La ricchezza di questo concetto permette un’applicazione interessante allo studio della malattia e della salute. Le due realtà messe in evidenza (lo spazio sociale e lo spazio istituzionalizzato) creano una dialettica capace di formare un tutto coerente. Mi spiego. La scelta del medico e della terapia fatta dal malato del Sud che a volte può sembrare irrazionale o contraddittoria, in realtà è il risultato di una scelta socialmente comprensibile. Nelle società dove la biomedicina (21) è affiancata dalla medicina tradizionale, dove il centro di salute è presente quanto la Chiesa, dove lo studio medico è raggiungibile tanto quanto il marabutto o lo stregone, i due spazi citati da Di Méo si sovrappongono nelle scelte e negli itinerari dei malati. Si potrebbe semplificare affermando che lo spazio sociale è quello della medicina tradizionale, mentre gli ospedali e i centri di salute riproducono lo spazio delle circoscrizioni amministrative. Se si prendono questi due spazi separatamente non si arriva a capire le pratiche dei malati nei paesi del Sud, perché è la combinazione dei due che ci aiuta a decifrare il comportamento dei malati, la loro metastruttura socio-spaziale. Il concetto potrebbe dunque essere utilizzato per uno studio nell’ambito della salute. Esso ci permette infatti di combinare l’istituzionale al vissuto, l’oggettivo al soggettivo, la realtà alle rappresentazioni. Sarebbe inoltre interessante sviluppare un’analisi di tipo cartografico, seguendo il modello proposto da Guy Di Méo (18), che schematizza come segue la metastruttura socio-spaziale del Signor Champailleur:



Sarebbe utile, nell’ambito della ricerca sulla malattia, concepire uno studio cartografico comparativo in grado di mettere in relazione la metastruttura socio-spaziale del malato con la struttura socio-spaziale dell’approvvigionamento di medicine e con le strutture sanitarie. La rappresentazione cartografica permetterebbe una visualizzazione interessante dei diversi spazi sopra menzionati: l’ *espace de vie*, lo spazio vissuto e lo spazio sociale.

## Conclusion

Questo articolo ha voluto mostrare come l'accesso alle cure mediche può essere analizzato da un punto vista geografico. La geografia può arricchirsi di concetti ideati da altre discipline, quest'ultime possono a loro volta ispirarsi da concetti prettamente geografici, come quello, per esempio, di metastruttura socio-spaziale. Come dice Gérard Salem (18): “senza rappresentazione e senza progetto, lo sguardo del geografo sarebbe come quello di un asino in un prato, e il suo progetto come quello di un cercatore di funghi che non saprebbe riconoscere quello che cerca”; per questo motivo la mia intenzione è di continuare la ricerca sull'accessibilità con un progetto, capace forse di portare delle risposte concrete alle domande che sono state sollevate, fra l'altro, in questo articolo. Come segnalato precedentemente, uno degli ostacoli maggiori alle cure non è rappresentato dall'assenza di possibilità di consultazione, ma soprattutto ad una difficoltà di trovare delle medicine adeguate. Per questo motivo, la tesi di dottorato si baserà su questo aspetto dell'accessibilità, con un'attenzione particolare accordata al settore informale. Si tratta di capire perché Kouchner dichiara “i malati sono al Sud, mentre i medicinali si trovano al Nord” (22), ma soprattutto di trovare delle soluzioni affinché anche i malati del Sud possano curarsi appropriatamente.

## Note:

- (1) Il seguente scritto vuole essere una sintesi del lavoro di DEA (*Diplôme d'Etudes Approfondies*) difeso all'Università di Bordeaux nel giugno del 2004 e dal titolo « *L'épilepsie dans les pays en développement. Proposition d'une lecture à travers trois concepts : l'échelle, le système et l'accessibilité* ». I temi principali trattati nel lavoro di diploma toccano tre discipline distinte: gli studi sullo sviluppo, i temi della salute e della malattia e, naturalmente, la geografia. Il legame fra le varie discipline ruota attorno a tre concetti tipicamente geografici: la scala, il sistema e l'accessibilità. Questo primo studio sarà la base teorica di una tesi di dottorato.
- (2) L'epidemiologia designa la disciplina medica che studia le cause e i meccanismi di diffusione delle malattie
- (3) Anche se l'introduzione del pensiero sistemico in geografia ha avuto delle ripercussioni importanti nella geografia della salute e della malattia, per mancanza di spazio, in questo articolo l'accento non sarà posto su questo dibattito.
- (4) SORRE M., « Complexes pathogènes et géographie médicale », *Annales de géographie*, n°235, 15 gennaio 1933.
- (5) CURTIS S., TAKER A., *Health and societies: changing perspectives*, Arnold, Londra, 1996.
- (6) La costituzione dell'OMS è pubblicata online (versione inglese) : [http://www.who.int/rarebooks/official\\_records/constitution.pdf](http://www.who.int/rarebooks/official_records/constitution.pdf)
- (7) RAYNAUT C., « L'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social », *Ethnologies comparées*, n°3, autunno 2001, articolo online : <http://alor.univ.montp3.fr/cercer/r3/c.r.htm>
- (8) PICHERAL H., “Complexes et systèmes pathogènes: approche géographique”, in : *De l'épidémiologie à la géographie humaine*, Table Ronde « Tropiques et santé », Bordeaux, 4-6 ottobre 1982, ACCT/CEGET (CNRS), Bordeaux, 1993, pp.5-22.
- (9) RICHARD J.-L., « Accès aux soins de santé en milieu tropical », in : VERHASSELT Y., DORY D. (testi riuniti da), *Éléments de géographie de la santé*, Bulletin de la société neuchâteloise de géographie, n°39, Neuchâtel, 1995, pp.121-136.
- (10) LÉVY J., LUSSAULT M. (dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin, Paris, 2003.
- (11) FRÉMONT A., in : DURAND M.-F., LÉVY J., RETAILLÉ D., *Le monde : espaces et systèmes*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques & Dalloz, 1993.
- (12) In contrapposizione alla “medicina dello stregone, del marabutto, ecc.”.
- (13) HUMBERT A., JAFFRÉ Y., FARNARIER G., “Étude anthropologique au Mali II. Enquête en milieu hospitalier et en milieu urbain », *Épilepsies*, John Libbey Eurotext, Vol.13, n°1, marzo 2001, pp.29-31.

- (14) SALEM G., *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Karthala – Orstom, Parigi, 1998.
- (15) Per maggiori informazioni sul legame fra rappresentazioni e itinerari terapeutici riferirsi a: GESLER W. M., "Aspects culturels des systèmes de soins de santé », in: VERHASSELT Y., *Éléments de géographie de la santé*, Bulletin de la société neuchâteloise de géographie, Neuchâtel, 1995, pp.137-154.
- (16) FASSIN D., « Maladie et médecines », in : FASSIN D., JAFFRÉ Y., (coord.), *Sociétés, développement et santé*, Edition Marketing/Ellipses, Parigi, 1990, pp.38-49.
- (17) OVRETVEIT, citato da BARBÉ T., PORTAL J.-L., TANO-BIAN A., « Qualité des soins, autonomie et concurrence », in : BRUNET-JAILLY J., (dir.), *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Parigi, 1997, pp.291-303.
- (18) DI MÉO G., *L'Homme, la Société, l'Espace*, Ed. Economica, Parigi, 1991.
- (19) DI MÉO G., *Géographie sociale et territoires*, Nathan, Parigi, 1998.
- (20) JODELET, in: DI MÉO G., *Géographie sociale et territoires*, Nathan, Parigi, 1998.
- (21) Termine che indica la medicina occidentale.
- (22) In: BRUDON P., "Médicaments essentiels: le mythe de sisyphé", in: RAINHORN J.-D., BURNIER M.-J. (dirs), *La santé au risque du marché ; incertitudes à l'aube du XXI siècle*, PUF/IUED, Paris/Genève, 2001, pp. 37-69.
- (23) Tutte le citazioni sono state tradotte dal francese o dall'inglese da Cristina Del Biaggio.