



Citation: Simonetti, L. (2026). “Ormai si trova tutto” e altri luoghi comuni. Introduzione a una geografia critica della malattia celiaca attraverso un’analisi qualitativa su tre quartieri di Napoli. *Bollettino della Società Geografica Italiana* serie 14, 9(1): 135-147. doi: 10.36253/bsgi-7640

© 2026 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<https://www.fupress.com>) and distributed, except where otherwise noted, under the terms of the CC BY 4.0 License for content and CC0 1.0 Universal for metadata.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

“Ormai si trova tutto” e altri luoghi comuni. Introduzione a una geografia critica della malattia celiaca attraverso un’analisi qualitativa su tre quartieri di Napoli

“You can find everything nowadays” and other commonplaces.
Introducing a critical geography of celiac disease through a
qualitative analysis of three districts in Naples

LUCIA SIMONETTI

Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Italia
E-mail: lucia.simonetti@unina.it

Abstract. The contribution aims to broaden the perspective of critical geography of disability to include celiac disease, a genetic autoimmune illness for which the only treatment is adherence to a gluten-free diet for life. After outlining its epidemiological features, territorial distribution, and market dynamics in the Italian context, the paper presents the results of a series of interviews with young people diagnosed for at least three years and residing in the sixth Municipality of Naples. The findings show how the experience of celiac disease is constructed through daily interactions with lived space, which shape possibilities of inclusion or exclusion, autonomy or dependence, while intersecting issues related to market logic, mobility, and the socio-economic and cultural context.

Keywords: celiac disease, geographies of disability, food.

Riassunto. Il contributo propone di estendere alla celiachia la prospettiva della geografia critica della disabilità. La celiachia è una malattia autoimmune a predisposizione genetica, la cui unica terapia consiste, allo stato attuale, in una dieta rigorosamente senza glutine per tutta la vita. Dopo averne illustrato le caratteristiche epidemiologiche, la diffusione territoriale e il mercato nel contesto italiano, vengono presentati i risultati di una serie di interviste a giovani diagnosticati da almeno tre anni, residenti nella sesta Municipalità di Napoli, che mostrano come l’esperienza della celiachia venga costruita attraverso l’interazione quotidiana con lo spazio vissuto, che determina le possibilità di inclusione o esclusione, di autonomia o dipendenza, intersecando questioni legate alle logiche di mercato, alla mobilità, al contesto socioeconomico e culturale.

Parole chiave: celiachia, geografie della disabilità, cibo.

1. La malattia celiaca

Negli ultimi anni è emersa una consapevolezza crescente rispetto ai disturbi alimentari che, fino a poco tempo fa, erano considerati circoscritti e poco frequenti. Questa crescita si è legata a cambiamenti epidemiologici significativi, che si sono intrecciati con i processi di urbanizzazione e le trasformazioni socioeconomiche. La malattia celiaca (CD), in particolare, è un'enteropatia infiammatoria di natura autoimmune scatenata dall'ingestione di glutine in persone geneticamente predisposte. L'unica cura è, allo stato attuale, una dieta rigorosamente *gluten free* (GF).

La CD è inserita nell'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti, ma non comporta il diritto all'invalidità civile, poiché non costituisce in sé una patologia invalidante. Solo nelle forme più gravi, in cui si accompagna a una disabilità evidente che influisce sull'apprendimento, le relazioni o l'integrazione lavorativa, il paziente può accedere ai benefici previsti dalla legge 104¹. Nelle altre circostanze, essendo la "dieta di eliminazione" l'unica cura per la malattia, il paziente con CD senza altre patologie correlate non è considerato invalido e non gode di benefici destinati a persone affette da patologie gravi e refrattarie alle cure. Allo stesso tempo, paradossalmente, per le persone con CD è impossibile entrare nei corpi di polizia o dei carabinieri, così come diventare pilota militare o ufficiale di Marina. La diagnosi è, infatti, causa di esclusione in fase di selezione per l'ammissione ai concorsi militari.

Un errore comune nella gestione della CD è presumere che l'eliminazione di ingredienti contenenti glutine si traduca automaticamente in cibo sicuro, ignorando il ruolo degli additivi e della contaminazione incrociata (Figuerola-Gómez et al. 2024)². Poiché la malattia non è dose-dipendente, anche piccole quantità di glutine contenuto in tracce in alcuni alimenti, o una contaminazione incrociata dovuta a utensili o superfici, possono essere nocive.

In Italia, la CD è riconosciuta malattia cronica per le sue proporzioni e malattia sociale per il suo impatto sulla vita quotidiana. Secondo gli ultimi dati disponi-

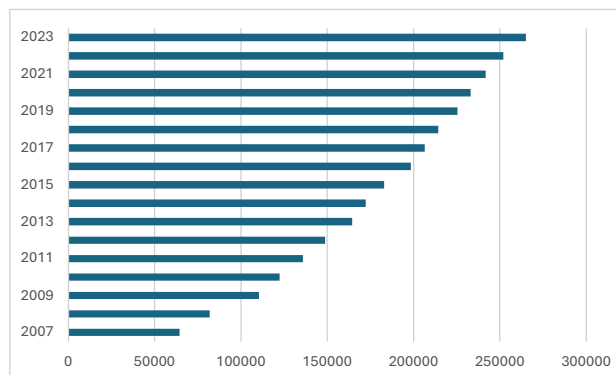


Figura 1. Trend dei casi censiti di celiachia. Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Ministero della Salute (2025).

bili al momento della chiusura della ricerca, rilasciati a marzo 2025 e riferiti al 2023³, la stima della sua prevalenza si aggira intorno all'1%. Nella popolazione italiana si calcolano, dunque, circa 600.000 casi, di cui soltanto 265.102 sono stati già diagnosticati (l'incidenza media nazionale è pari allo 0,45%). Il trend delle diagnosi risulta in costante aumento (Fig. 1).

Il numero di nuove diagnosi nel 2023 è stato di 13.163 (10.210 nel 2022). Il 70% (184.731) appartiene alla popolazione femminile e il restante 30% (80.371) a quella maschile, con un rapporto di 2:1 in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Basilicata, Molise e Sardegna dove il rapporto è di 3:1. La figura 2 (sx) mostra come la Lombardia risulti la regione con il maggior numero di persone affette da celiachia, pari a 49.278 casi (18,6%). Guardando all'incidenza dei casi diagnosticati sulla popolazione residente (dx), emerge che le regioni/PA con la prevalenza più elevata sono Valle D'Aosta (0,57%), Trento (0,56%), Toscana (0,56%) e Umbria (0,52%). Sulla variabilità territoriale può incidere l'efficienza dei sistemi sanitari, che determina una maggiore emersione dei casi, così come la presenza di centri di riferimento specializzati e di campagne di informazione regionali.

Un'analisi per età condotta sui dati del Ministero della Salute (2025) mostra che la quota più consistente dei casi diagnosticati si concentra nella popolazione adulta, in particolare nella fascia 18-59 anni (67%). Gli over 60 sono il 13%, mentre gli adolescenti (10-13 anni) sono l'8%.

Per favorire l'aderenza al regime alimentare GF, il Servizio Sanitario Nazionale eroga mensilmente, a ciascun celiaco diagnosticato, un *budget* mensile (distinto per fascia di età e sesso) da spendere per l'acquisto dei

¹ Il portale dell'Associazione Italiana Celiachia (AIC) riporta un interessante confronto tra le forme di assistenza del panorama europeo. Spagna, Irlanda e Austria, ad esempio, non prevedono alcun sostegno; Croazia e Serbia garantiscono pochi alimenti essenziali; Francia, Belgio, Danimarca e Norvegia riconoscono un sostegno economico; Russia, Germania, Olanda e Portogallo consentono di detrarre dalle imposte parte dei costi sostenuti; il Regno Unito prevede la possibilità di ricevere prodotti senza glutine tramite prescrizione medica.

² Il glutine è un complesso proteico contenuto in grano tenero, grano duro, farro, segale, kamut, orzo e altri cereali minori. Altri cereali quali riso, mais, grano saraceno e miglio, sono invece privi di glutine.

³ Considerato il riferimento dei dati al 2023, per i calcoli relativi all'incidenza sono stati utilizzati dati Istat relativi allo stesso anno.

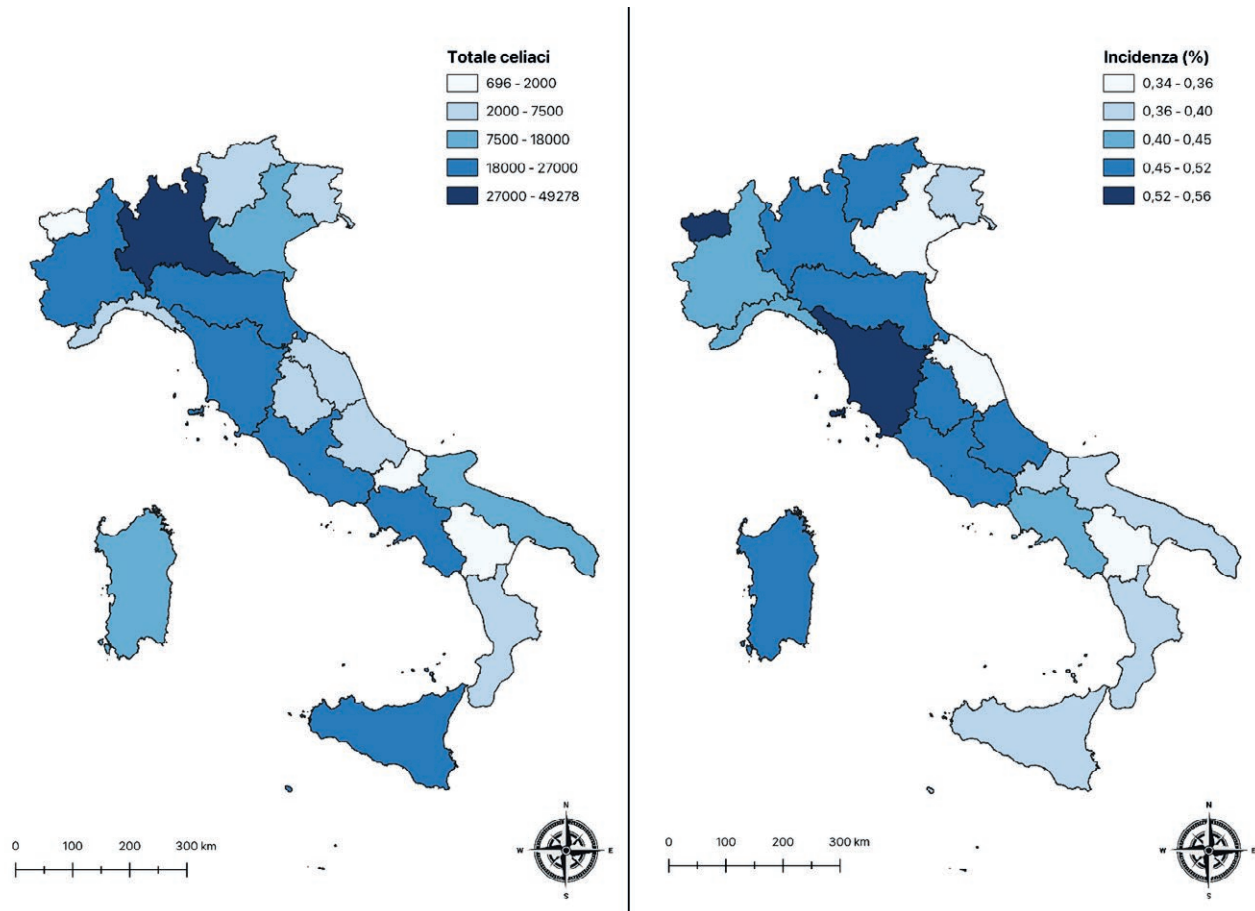


Figura 2. Casi di celiachia (sx) e incidenza percentuale dei casi (dx) per regione. Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Istat e Ministero della Salute, anno 2025.

prodotti presenti nel Registro nazionale istituito e gestito dal Ministero della Salute (Fig.3)⁴. Il tetto di spesa è calcolato sulla base dei Livelli di Assunzione Raccomandati di energia e Nutrienti (LARN) del 2014, sulla base dei prezzi al consumo (IVA inclusa) applicati nel canale farmaceutico. Gli importi minimi e massimi sono fissati per decreto e periodicamente aggiornati.

Il tetto nazionale mensile fissato dal Ministero della Salute definisce una cornice uniforme per fascia di età e sesso. Tuttavia, la spesa media annuale effettiva rilevata su base regionale risulta fortemente disomogenea, poi-

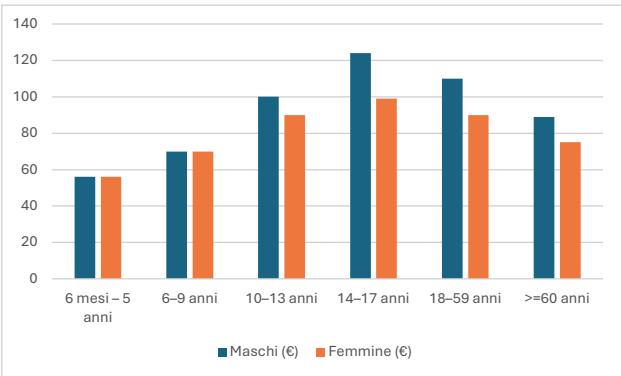


Figura 3. Budget mensile (per fascia di età e sesso) per l'acquisto dei prodotti destinati ai celiaci presenti nel Registro nazionale dal Ministero della Salute (importi in euro). Fonte: elaborazione dell'autrice su D.M. del 10 agosto 2018 "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine".

⁴ L'etichettatura dei prodotti GF in Italia è regolata principalmente dal Regolamento UE 828/2014, che stabilisce condizioni precise per l'uso della dicitura "senza glutine", che può essere usata solo se il prodotto contiene al massimo 20 mg/kg di glutine, garantendo il controllo rigoroso delle contaminazioni. La normativa europea prevede anche l'obbligo di dichiarare la presenza di allergeni, inclusi cereali contenenti glutine. Più sfumata è la regolamentazione della dicitura "può contenere tracce di glutine", che lascia spazi notevoli di incertezza per i consumatori.

Tabella 1. Spesa per l'erogazione degli alimenti senza glutine in esenzione, 2023. Fonte: Ministero della Salute.

Regione/Provincia autonoma	Numero di celiaci	Spesa	Spesa media pro capite
Abruzzo	6.410	€ 3.811.687,67	€ 594,65
Basilicata	1.946	€ 1.574.962,51	€ 809,33
Calabria	7.108	€ 7.174.259,56	€ 1.009,32
Campania	25.266	€ 26.044.858,99	€ 1.030,83
Emilia-Romagna	21.935	€ 22.531.126,00	€ 1.027,18
Friuli-Venezia Giulia	4.854	€ 4.587.981,00	€ 945,20
Lazio	26.854	€ 24.766.386,37	€ 922,26
Liguria	6.494	€ 6.309.174,35	€ 971,54
Lombardia	49.278	€ 46.845.440,90	€ 950,64
Marche	5.081	€ 5.767.106,65	€ 1.135,03
Molise	1.141	€ 1.244.147,00	€ 1.090,40
Bolzano	2.394	€ 1.966.091,17	€ 821,26
Trento	3.077	€ 3.324.319,91	€ 1.080,38
Piemonte	18.117	€ 17.997.956,00	€ 993,43
Puglia	15.845	€ 6.022.588,12	€ 380,09
Sardegna	7.565	€ 7.899.609,34	€ 1.044,23
Sicilia	18.410	€ 19.757.639,09	€ 1.073,20
Toscana	20.514	€ 19.350.321,57	€ 943,27
Umbria	4.410	€ 4.411.598,24	€ 1.000,36
Valle D'Aosta	696	€ 710.093,43	€ 1.020,25
Veneto	17.707	€ 17.672.597,00	€ 998,06
Totale	265.102	€ 249.769.944,87	€ 942,17

ché riflette non solo i massimali teorici, ma anche altri elementi, quali ad esempio la composizione demografica della popolazione celiaca, l'effettivo utilizzo del budget, le modalità regionali di erogazione (buoni elettronici o codici associati alla tessera sanitaria), i canali convenzionati e le dinamiche territoriali dell'offerta (Tab. 1).

L'Osservatorio Nazionale Federconsumatori ha realizzato uno studio dettagliato sui prezzi dei prodotti GF nella Grande Distribuzione Organizzata (GDO), nei negozi specializzati e nelle farmacie (ONF 2025). L'indagine rileva differenze notevoli a seconda dei canali utilizzati (Tab. 2), con i prodotti che risultano molto più cari nelle farmacie anziché nei negozi specializzati e ancor più nella GDO⁵. A rafforzare questa differen-

⁵ Falcomer et al. (2024) hanno evidenziato come l'elevato costo dei prodotti senza glutine rappresenti un ostacolo significativo all'adesione al trattamento necessario, indirettamente influenzando gli aspetti emotivi e sociali della qualità della vita. Gli Autori hanno considerato le disparità di costo tra i prodotti contenenti glutine e le controparti senza glutine in differenti Paesi, evidenziando situazioni estremamente dissimili. La situazione peggiore si registra in Marocco, dove il cibo senza glutine rappresenta una vera e propria categoria di lusso, che può arrivare a costare tra il 115 e il 1309% in più rispetto alle versioni tradizionali.

za, anche l'analisi condotta sul periodo 2016-2025 rivela come i prezzi siano aumentati nelle farmacie (+10%) e nei negozi specializzati (+8%), calando invece del 4% nella GDO.

La difficoltà maggiore, per una persona celiaca, è relativa all'accesso ai prodotti freschi, che, nel caso (il più frequente) di aree non coperte da forni GF, vengono a volte forniti su ordinazione nelle farmacie o nei negozi specializzati. In questo caso, il confronto con i prezzi degli alimenti tradizionali freschi si rivela ancora più impietoso, con i prodotti GF dei forni in convenzione che costano quasi quattro volte e mezzo quelli tradizionali. La differenza si riduce mediamente di un 25% per prodotti GF non forniti in convenzione e dunque non acquistabili con il buono ASL.

Una ricerca puntuale condotta nel mese di settembre 2025 sulle pagine *web* delle regioni, delle ASL e delle sedi regionali dell'Associazione Italiana Celiachia (AIC) ha permesso di rilevare profonde differenze nella geografia dei canali di vendita dei prodotti per celiaci. Mentre le regioni del Centro Nord hanno più rapidamente implementato sistemi digitali e accordi con grandi catene della GDO (in modo particolare Coop e Ipercoop) abilitate in modo diffuso per la spesa GF tramite buoni, nel Mezzogiorno e nelle Isole il numero di convenzioni è sensibilmente inferiore ed esistono variazioni locali significative.

Esaminando l'elenco regionale dei punti di vendita dei prodotti dietoterapici a carico del SSN per la regione Campania, ad esempio, si può notare la presenza di soli 14 marchi legati alla GDO (sette supermercati Dok, sei a marchio Decò, uno A&O)⁶. Si comprende, così, la natura profondamente ineguale della geografia dell'accesso ai prodotti GF.

Sebbene la Campania presenti una spesa pro capite sostanzialmente pari a quella dell'Emilia-Romagna (Tab. 1), il potere d'acquisto effettivo dei pazienti campani può risultare inferiore laddove il budget sia utilizzabile prevalentemente in canali più costosi o meno capillarmente distribuiti, a causa della diversa struttura territoriale della GDO e delle convenzioni regionali tra ASL ed esercizi commerciali.

Inoltre, la distribuzione territoriale dei negozi specializzati convenzionati, che seguono le logiche di mercato e tendono quindi a concentrarsi nelle aree più servite e popolate, rende, di fatto, la farmacia (cioè il canale più costoso) il vero punto di riferimento per la spesa della persona con CD che risiede nelle aree più periferiche,

⁶ I dati sono ricavati dall'analisi puntuale dell'elenco regionale dei punti di vendita dei prodotti dietoterapici a carico del SSN, aggiornato al 10.09.2025, reperibile sul sito della Regione Campania.

Tabella 2. Prezzi prodotti per celiaci per canale di vendita (2025). Fonte: ONF, 2025.

Prodotto	Prezzo GDO	Prezzo farmacia	Prezzo negozio specializzato	Differenza % GDO/ negozio specializzato	Differenza % GDO/ farmacia
Farina 1kg	3,80 €	5,71 €	4,50 €	18,42%	50,26%
Pasta 500 gr	2,95 €	3,90 €	3,90 €	32,20%	32,20%
Biscotti 220 gr	2,71 €	3,50 €	3,50 €	29,15%	29,15%
Crackers 380 gr	2,14 €	3,36 €	5,70 €	166,36%	57,01%
Merendine al cioccolato	3,77 €	4,40 €	4,40 €	16,71%	16,71%
Pane in cassetta 400 gr	3,80 €	5,95 €	5,95 €	56,58%	56,58%
Fecola di patate 250 gr	0,79 €	1,36 €	1,36 €	72,15%	72,15%
Pizza surgelata 390 gr	3,99 €	5,95 €	5,95 €	49,12%	49,12%
Birra 33cl	2,13 €	2,95 €	3,50 €	64,32%	38,50%

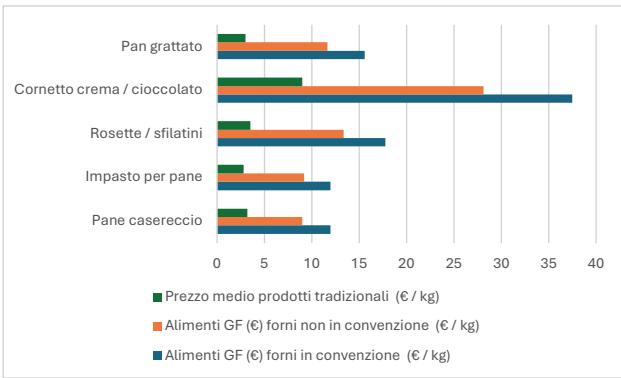


Figura 4. Confronto tra prezzi medi di alimenti freschi con e senza glutine per canale di vendita (€/kg). Fonte: elaborazione dell'autrice su cataloghi GDO 2025 per i prezzi medi degli alimenti tradizionali; cataloghi 2025 di forni convenzionati e non in convenzione per i prezzi medi degli alimenti freschi senza glutine.

intersecando così marginalità territoriale e disagio economico-sociale.

Un altro elemento controverso è legato alla non utilizzabilità del contributo al di fuori della propria regione di residenza, se non previa autorizzazione per comprovate esigenze lavorative, stato di necessità o motivi di salute. Questo costringe le persone che si spostano temporaneamente, per qualsiasi ragione, come una vacanza o un periodo di studio o ricerca, a viaggiare facendo preventivamente scorte di prodotti *gluten free*.

La legge 123/2005 prevede misure aggiuntive volte a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei pazienti con CD attraverso un accesso equo e sicuro ai servizi di ristorazione collettiva. Secondo la legge quindi “nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche devono essere somministrati, previa richiesta degli interessati, anche

pasti senza glutine”⁷. Nella ristorazione privata, il vero riferimento è l'Associazione Italiana Celiachia (AIC), promotrice del programma Alimentazione Fuori Casa senza glutine, che certifica oltre 4.000 locali sul territorio nazionale in grado di rispondere alle esigenze di una dieta GF. La grande maggioranza degli esercizi di ristorazione, tuttavia, afferma di non essere in grado di garantire la non contaminazione, evidenziando la difficoltà di rispondere alle esigenze specifiche della celiachia.

2. Spazi e barriere della celiachia: un'analisi qualitativa in una Municipalità periferica della città di Napoli

Questa sezione presenta l'analisi dei risultati di 20 interviste somministrate durante i mesi di settembre e ottobre 2025 a persone residenti nella sesta Municipalità di Napoli, comprensiva dei quartieri di Ponticelli, Barra e San Giovanni a Teduccio. Il territorio è caratterizzato da svantaggi socio-economici strutturali, bassi tassi di occupazione e scolarizzazione, alta presenza di famiglie numerose e una popolazione giovane superiore alla media cittadina⁸.

⁷ La legge prevede fondi per garantire la somministrazione di pasti GF nelle mense e la formazione degli operatori che lavorano nel settore alimentare. Dai 313 corsi del 2020 si è passati ai 734 del 2024, con 17.410 partecipanti (Ministero della Salute 2025). Cifre incoraggianti per il loro aumento, ma che rappresentano un numero irrisorio rispetto al totale degli esercizi di ristorazione. Ad oggi in alcune regioni quali Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria esiste un quadro normativo per gli esercizi con un'offerta GF, che in genere richiede: specifica formazione obbligatoria degli operatori; controlli da parte della Sanità Pubblica Locale (con obbligo per l'OSA di notifica dell'avvio dell'attività all'autorità competente); specifici requisiti tecnici.

⁸ Le *Tavole popolazione* del Servizio Statistica del Comune di Napoli rielaborate nel 2025 riportano, per la sesta Municipalità di Napoli, una popolazione residente pari a 112.765 abitanti. Applicando, in via puramente stimativa, l'incidenza diagnostica media nazionale dello

Operare in questo territorio permette, dunque, di intersecare le dinamiche della CD con quelle del disagio e dell'esclusione sociale, mettendo in luce come la difficoltà di accesso a un cibo sicuro sia amplificata in aree periferiche segnate da disuguaglianze profonde in termini di risorse, servizi e possibilità. È opportuno precisare che (come verrà chiarito anche più avanti) questa ricerca è propedeutica a uno studio più ampio sulla città di Napoli, e si offre come modello di lettura per comprendere in che modo le condizioni territoriali si intreccino con i vissuti alimentari e sanitari delle persone con CD.

Condizioni imprescindibili di campionamento sono state: una diagnosi di celiachia (con accesso al contributo ASL) da almeno tre anni, ritenuto un lasso di tempo accettabile per poter intraprendere con successo strategie di *coping* rispetto alle sfide poste dalla malattia; una fascia di età compresa tra i 17 e i 25 anni; essere ancora domiciliati presso la propria famiglia di origine. Queste precondizioni erano funzionali agli obiettivi della ricerca, in particolare alla necessità di comprendere le dinamiche legate all'accesso al cibo fuori casa (in ragione delle diverse abitudini di consumo della popolazione più giovane), nonché le relazioni di cura all'interno delle rispettive famiglie⁹.

Del campione intervistato, 11 persone sono femmine, 9 maschi. Solo 3 persone risultano già occupate, le restanti si dividono tra ultimi anni di scuola superiore (8) e università (9)¹⁰.

La selezione si è avvalsa della collaborazione di docenti di scuole secondarie di II livello, studi di medici-

na di base, farmacie, negozi specializzati, studi specializzati in nutrizione e attività di tutoraggio per studenti. Il primo contatto, con la richiesta di disponibilità, è avvenuto via *Whatsapp*. Durante le prime fasi dell'intervista sono stati chiariti gli obiettivi e le modalità di trattamento dei dati ed è stato ottenuto un consenso informato esplicito.

Il questionario, a risposta aperta, è stato strutturato sulla base di cinque differenti dimensioni: dati personali; accesso e mobilità; spazi domestici; spazi sociali e ristorativi; dimensione dell'informazione e virtuale; infine, un ultimo spazio è stato lasciato all'esperienza e alle riflessioni.

Le interviste sono state condotte in videocchiamata (*WhatsApp* o *Teams*) e hanno avuto la durata minima di 37 minuti e massima di 54. Dopo le prime nove interviste si è osservata una ricorrenza significativa dei principali temi emersi, suggerendo il raggiungimento di una sostanziale saturazione tematica rispetto alle dimensioni di analisi considerate. Si è tuttavia scelto di proseguire fino alla ventesima intervista per raggiungere un livello maggiore di profondità.

Le interviste sono state trascritte e successivamente rese anonime (nel testo sono identificate con la lettera "I" seguita dal numero progressivo). Sui testi è stata condotta un'analisi tematica riflessiva, secondo un quadro di codifica inizialmente sviluppato sulla base dei primi 5 colloqui, poi evolutosi a mano a mano che l'analisi progrediva.

La lettura è stata effettuata posizionandosi nell'ambito della Geografia delle disabilità, adottando dunque una visione relazionale, in cui la condizione di svantaggio prende forma laddove specifici tratti delle corporeità e soggettività delle persone incontrano un ambiente sfavorevole¹¹. Tale prospettiva ha consentito di rimarcare anche il

0,45%, i casi diagnosticati attesi risultano pari a circa 507; assumendo invece la prevalenza teorica dell'1%, i casi stimati sarebbero circa 1.128. Si noti come la sesta Municipalità, la più estesa della città (19,28 km²), è servita da un solo negozio specializzato GF convenzionato con il SSN e due forni GF non convenzionati. Le farmacie della Municipalità sono invece 28. Attraverso una ricerca sul *web*, un'indagine telefonica e i riscontri degli intervistati, si è appurato che solo due locali di ristorazione (pizzerie), risultano adeguatamente attrezzati per servire cibo GF al momento della chiusura dell'articolo (fine ottobre 2025).

⁹ La fascia 17-25 anni corrisponde, infatti, a una fase biografica in cui le pratiche alimentari si collocano all'intersezione tra crescente autonomia individuale e persistente dipendenza familiare. In questa età, infatti, la socialità tende a svolgersi con maggiore frequenza fuori dallo spazio domestico (nei contesti scolastici, universitari, amicali e del tempo libero). Tuttavia, queste pratiche convivono con una persistente dipendenza dalla famiglia di origine, sia sul piano economico sia su quello organizzativo e di cura. La fascia selezionata consente dunque di osservare con particolare chiarezza il rapporto tra celiachia, mobilità quotidiana, consumo fuori casa, socialità giovanile e reti familiari di supporto.

¹⁰ Il reclutamento iniziale ha comportato non poche difficoltà, per la delicatezza del tema e le perplessità relative al tempo potenziale da dedicare alle interviste. Inizialmente erano state dunque selezionate soltanto 15 persone, che hanno suggerito altre persone rispondenti ai criteri (*snowball sampling*).

¹¹ L'interesse dei geografi per le problematiche legate alla disabilità risale agli anni Trenta (Faris, Dunham 1939), con lavori concentrati sulla misurazione e sulla mappatura del fenomeno della disabilità sulla base di una concezione biomedica. Gli studi si concentrano principalmente sulle barriere fisiche presenti a diverse scale spaziali, con lo scopo di eliminarle o ridurle, ottenendo anche utili riscontri pratici, ad esempio in termini di formulazione di strategie per una migliore localizzazione dei servizi sul territorio. A partire dalla "seconda ondata" (Aitchison 2009) degli anni Novanta la prospettiva geografica comincia a mutare, sotto l'influenza di studi che adottano una combinazione di concezioni marxiste e socio-costruttiviste della disabilità (Butler, Parr 1999; Imrie 1996; Imrie, Kumar 1998; Imrie, Edwards 2007). Lavori critici come quelli di Gleeson (1996) sottolineano che la disabilità è una questione sociale chiave e in quanto tale non può essere ignorata nella ricerca geografica. Seguendo l'appello di Golledge (1993), la geografia esplora la maniera in cui le esperienze di disabilità vengono modellate e co-prodotte attraverso le interazioni con fattori socio-spaziali. Vengono forniti, in tal modo, ricchi resoconti qualitativi delle esperienze delle persone con disabilità visibili e invisibili, evidenziando le controverse dimensioni personali e politiche del vivere con diverse variazioni cognitive, evolutive, intellettuali, mentali, fisiche e/o sensoriali. Ciò si presta bene a modalità di ricerca co-

vistoso collegamento con la materialità dei luoghi, ambito d’elezione della Geografia urbana (Vanolo 2024).

La condizione delle persone intervistate che convivono con la CD emerge come un prisma attraverso cui leggere le dinamiche di potere e le disuguaglianze spaziali che strutturano la vita quotidiana e urbana, producendo inclusioni ed esclusioni basate sull’incrocio tra vulnerabilità biologica, logiche di mercato, disponibilità economica, informazione e conoscenza.

Da una lettura trasversale delle risposte, si comprende come il corpo celiaco “subisca” una negazione del diritto alla città e sperimenti un’assenza di giustizia pensata e praticata spazialmente (Lefebvre 1968; Soja 2010). L’accesso al cibo è, infatti, condizionato dalla localizzazione dei punti vendita, dal sistema dei trasporti e dalle disparità di reddito, mettendo in luce la relazione tra mobilità, giustizia spaziale, giustizia alimentare.

“Una persona disagiata non può permettersi la celiachia” (I1); “Ci sono alcuni prodotti freschi che non trovi in farmacia, nemmeno nelle farmacie che hanno la convenzione con i forni. Devi andare solo nei negozi specializzati e la differenza di prezzo rispetto ai prodotti con glutine è enorme” (I5); “Una piadina costa tre euro in più, una pizza frita da asporto costa otto euro: la differenza è tanta per una ragazza che esce” (I1); “Il pane fresco lo mangio solo tipo a Natale, devo arrivare troppo lontano per comprarlo, costa troppo e dura poco” (I18).

La spazialità delle disuguaglianze si traduce in un differenziale di prezzo, tempo e rischio nutritivo. Chi non dispone di mezzi di trasporto resta escluso da circuiti di approvvigionamento: “Vicino casa mia (Ponticelli) solo una farmacia porta i freschi e solo una volta a settimana, agli altri negozi a piedi non ci posso arrivare, per cui se mi dimentico di fare la prenotazione mi trovo senza pane fresco fino alla settimana successiva” (I13). Si evidenziano, così, gli effetti della mobilità sulla salute e l’accesso al cibo (Coveney, O’Dwyer 2009) dove la distanza diventa un fattore di esclusione, in particolare nelle periferie: “Per un cornetto che gli altri prendono al bar sotto casa mi devo fare minimo 20 minuti di macchina, alla sola idea mi passa la voglia” (I5).

prodotte, spesso attraverso la mobilitazione di metodologie che tengano conto dei vincoli sia sociali che incarnati alla partecipazione (Gorman, Farsides 2025). Per una maggiore comprensione dell’evoluzione in seno alla disciplina si possono citare, senza pretesa di esaustività, i lavori di Gleeson *Geographies of Disability* (2002) e *Disability and the Open City* (2001). Richiamando anche, senza volerli soffermare in maniera approfondita, la distinzione tra Geografia medica (focalizzata sulla malattia) e Geografia sanitaria (focalizzata sul sistema di cura), ricordiamo, nel contesto italiano, i lavori di Palagiano (1989; 1996, solo per citarne alcuni); Palagiano e Pesaresi (2011); Banini (2001); Evangelista (2017), e, per la geografia critica delle disabilità, Vanolo (2024; 2025).

I frammenti esaminati non rimandano, dunque, a meri inconvenienti individuali, ma sono effetti di strutture consolidate. La scarsità di punti vendita e la frequenza limitata delle forniture rimandano alla nozione di *splintering urbanism*, in cui le infrastrutture urbane (reti commerciali, logistica, catene di distribuzione) sono sempre più frammentate e fornite in modo selettivo, generando vaste aree senza copertura in cui “la povertà che conta non è tanto la povertà materiale quanto la povertà di connessioni” (Graham, Marvin 2002, 288).

Per una persona giovane con CD, questo mette in gioco relazioni familiari di *caregiving* come meccanismo di sostegno quotidiano (“per accedere ai prodotti senza glutine nel mio quartiere, o hai l’auto o nulla” - I3; “mi devono accompagnare mamma o papà altrimenti non ho alternativa alla farmacia nemmeno per un pacco di crackers” - I2), trasformando la quotidianità in una negoziazione costante della propria libertà e mostrando come la possibilità di movimento non sia neutra, ma politicamente distribuita e stratificata (Sheller 2018), per cui chi ha meno risorse subisce limitazioni che si traducono in esclusione sociale e, in questo caso, sanitaria¹².

L’assenza di infrastrutture inclusive, quali supermercati forniti, trasporti pubblici adeguati, servizi di prossimità, sottolinea come la celiachia si iscriva in un sistema di giustizia alimentare compromesso dalle logiche neoliberiste (Guthman 2009), in cui la carenza infrastrutturale si combina con la mercificazione di salute e sicurezza e il cibo “sicuro”, in particolar modo quello più sano e non confezionato, diventa un bene di consumo speciale, non un diritto. La sesta Municipalità di Napoli, in particolare, presenta caratteristiche assimilabili a un vero e proprio *food desert* (Bedore 2013) del cibo GF, essendo servita, per i freschi (fatte salve le consegne delle farmacie, alcune delle quali mettono a disposizione un servizio di prenotazione dei freschi una volta a settimana)¹³ soltanto da un negozio specializzato e da due forni, che non presentano tuttavia una continuità di esercizio (“vai e non trovi praticamente nessuna scelta, o lo trovi chiuso, oppure hanno finito tutto” - I4).

All’interno degli spazi domestici, il rischio di contaminazione diventa elemento di organizzazione dello spazio e dei rapporti affettivi. “Le dispense sono divise; quan-

¹² Solo 6 degli intervistati avevano accesso a mezzi di trasporto individuali, e solo 3 possedevano una propria autovettura.

¹³ Il dato, emerso nel corso di varie interviste, è stato verificato mediante un’indagine telefonica campionaria, condotta su dieci farmacie della sesta Municipalità di Napoli, che ha permesso di evidenziare come l’accesso ai cibi freschi in convenzione (es. pane o altri prodotti da forno), non sia un servizio generalmente disponibile, e anche laddove viene garantito (sempre e soltanto su ordinazione), la consegna avviene esclusivamente in un determinato giorno della settimana.

do mangiamo con la famiglia allargata ci sono disposizioni ben precise" (I3); "Con la famiglia di mio padre non posso mangiare, hanno paura ad ospitarmi" (I1).

La separazione dei piatti, la gestione dei passaggi e la paura del contatto riflettono un'architettura alimentare domestica che diventa luogo di ulteriore tensione emotiva. Nella condivisione della tavola, questa distinzione si traduce in una segregazione dello spazio commensale, che rivela come il corpo "diverso" non solo venga tutelato, ma anche isolato, generando posizioni di disagio e marginalità all'interno di pratiche sociali quotidiane apparentemente banali come il mangiare insieme (si pensi a gesti apparentemente "di cura" come il far accomodare il commensale con celiachia il più lontano possibile dal cestino del pane). "A Natale io e mio fratello, entrambi celiaci, eravamo costretti a sederci da un'altra parte del tavolo oppure al tavolo con i bambini" (I3). Questa forma di "segregazione" richiama logiche di infantilizzazione simbolica che si intrecciano con una geografia del corpo (Longhurst 1997), dove il corpo celiaco è reso deviante, fragile, non affidabile.

Le mura domestiche restano tuttavia l'unico vero spazio rifugio, soprattutto per i più giovani ("a volte quando devo uscire con persone nuove mi vergogno di spiegare e allora rinuncio e resto a casa" - I17), in cui la territorializzazione delle pratiche alimentari assume una funzione di compensazione. "Mamma subito si mette a preparare se io esprimo un desiderio, ma mi sento in colpa, devo gravare sempre su di lei" (I12); "Nostra madre è una grande cuoca, se gli amici mangiano qualcosa che io non posso mangiare me lo cucina lei a casa" (I19). Nelle case si riproduce, dunque, un lavoro di cura invisibile che funge da elemento compensatore rispetto a diritti strutturalmente negati. L'esperienza della "vergogna per mamma che deve portare tutto da casa alle feste" (I1) esplicita una geografia della cura che funge da infrastruttura di sostegno della vita quotidiana in assenza di istituzioni inclusive. Le donne, in particolare le madri, chiamate in causa in tutte le interviste, appaiono più esposte al costo emotivo e organizzativo della gestione di una dieta GF: "Non possiamo mangiare tutti senza glutine perché costa troppo, e mia madre deve sempre fare le mie cose a parte" (I8).

La lettura tematica legata al vissuto negli spazi sociali mostra come l'impossibilità di accedere a opzioni più economiche o vicine spinga a fare scelte strategiche - "quando vado all'università mi porto il pranzo, è troppo difficile improvvisare" (I20); "la nostra vita è organizzazione, non possiamo mai improvvisare" (I5) - che si configurano come esempi di resilienza spaziale quotidiana, ma anche di fratture nella normalità urbana.

Il rapporto con la ristorazione e con la cultura alimentare urbana è caratterizzato da una continua tensione tra riconoscimento e rischio: "Ti dicono che non garantiscono di non contaminare e questo mi crea tensioni; resto o non resto a mangiare?" (I3). La dimensione dell'insicurezza attraversa tutte le interviste, mostrando come la produzione dello spazio commerciale sia condizionata da logiche di mercato che simbolicamente colonizzano lo spazio urbano, privilegiando la norma alimentare dominante quale criterio implicito di legittimità e marginalizzando il diverso. La frase "non c'è mai sicurezza quando si tratta di mangiare fuori" è stata pronunciata da ben 16 intervistati¹⁴. Anche le espressioni "sono arrabbiato/a", "mi viene voglia di protestare", "provo frustrazione", "provo vergogna" sono comuni in tutte le interviste, presenti anche, sebbene in maniera più sfumata, nei tre racconti in cui traspariva maggiore serenità. In alcuni casi, gli intervistati affermano di aver affinato strategie di adattamento che comprendono, ad esempio, alcune domande civetta per capire il grado di sicurezza dei locali ("se mi chiedono qual è il tuo grado di celiachia me ne vado subito" - I1).

Un elemento controverso riguarda, in particolare, il rapporto tra dieta GF, diete "scelte" (veganesimo, vegetarianesimo, cibo GF "per moda") e altre allergie o intolleranze. "Il mercato è in evoluzione, ci sono prodotti vegani ovunque ma noi veniamo lasciati da parte. I ristoratori ci considerano un peso" (I3), "Mi è capitato che confondessero cibo vegano e GF" (I1), "Alcuni ristoratori più furbi approfittano del fatto che non abbiamo reazioni immediate come lo shock anafilattico; allora mi dicono sì, puoi mangiare e io poi sto male, ma come lo dimostro? Nessuno ci pensa mai a quanto è difficile per noi ragazzi" (I10); "Ci accolgono contro voglia, devi pure ringraziare che ti fanno mangiare e ti rifilano cose immangiabili a prezzi altissimi. Ho pagato 17 euro una pizza wurstel e patatine fatta con la base surgelata, non è giusto" (I9).

Molti partecipanti raccontano esperienze dirette di discriminazione istituzionale, che mostrano come la malattia si trasformi in una categoria di esclusione sociale: "Io sognavo di entrare nei NAS, quando ho saputo che non potevo è stata una delusione enorme" (I1); "Entrare in un corpo militare era un mio sogno, ma non si può, scartano già in fase di inserimento dei dati perché al nostro codice fiscale è associata la malattia" (I3). Il corpo celiaco è codificato, registrato e sorvegliato attra-

¹⁴ Tutti gli intervistati affermano di sperimentare un sufficiente grado di tranquillità solo nei locali certificati AIC ("il bollino AIC mi dà sicurezza, anche se la certificazione è scaduta, non fa niente, significa che almeno sanno di cosa stanno parlando" - I1).

verso procedure burocratiche in cui la salute certificata regola l'accesso alle opportunità lavorative e di carriera. La successiva affermazione “a volte mi scartano anche per lavoretti di ristorazione” (I3), conferma come la stigmatizzazione non sia episodica ma strutturale, in un processo di marginalizzazione che attraversa più scale, dal bar del quartiere al mercato del lavoro, producendo forme di esclusione cumulative e generando profondi interrogativi circa la propria identità: “Allora mi domando, siamo malati o no? Perché se non siamo malati e non siamo invalidi, perché non possiamo fare, che ne so, i poliziotti?” (I4). Più che configurare una disabilità stabilmente riconosciuta, dunque, la celiachia sembra produrre una condizione intermittente di visibilità istituzionale, che rimanda a una forma selettiva di inclusione. Il soggetto è preso in carico come paziente-consumatore, ma non sempre come cittadino portatore di bisogni spaziali, alimentari e relazionali specifici. A questo livello interpretativo è possibile richiamare la nozione foucaultiana di biopolitica, intesa come insieme di procedure attraverso cui la salute viene classificata, amministrata e resa rilevante in modo diseguale nei diversi spazi della vita sociale (Foucault, 2015).

La scuola e l'università emergono, in maniera paradossale, come spazi emblematici di questa tensione, che incorporano norme e silenzi. “Al bar dell'università non posso prendere nulla tranne delle orribili merendine stantie. Capisce quanto è diffusa l'ignoranza?” (I10). “Nessuno dei locali convenzionati con l'università fa GF”. L'affermazione “nelle scuole si mangia anche, negli intervalli, quando resti per i progetti; capisco che la gestione dei bar è privata, ma com'è possibile che i dirigenti non si assicurino che il cibo sia inclusivo?” (I11), sposta la critica dal piano individuale a quello strutturale.

Il tema dell'ignoranza diffusa circa la malattia emerge con forza in diversi estratti, suggerendo che l'inclusione non può essere ridotta alla mera disponibilità di prodotti o di norme sanitarie, ma implica una riconfigurazione culturale e spaziale del vivere urbano. È la mancata conoscenza a produrre spazi materiali di esclusione: “Capita che chiamo in un locale e mi dicono che è tutto tranquillo e posso mangiare, poi chiamo di nuovo, mi risponde un cameriere diverso e mi dice che il cibo è comunque contaminato” (I4); “C'era questo locale di sushi con tanto di menù senza glutine sul sito, ma poi ho chiamato e mi hanno detto che dipende da quanto sono ‘sensibile’ perché fanno tutto sullo stesso banco” (I9).

L'educazione alimentare, la presenza di indicazioni chiare nei ristoranti e nei bar sono parte di una più ampia politica della visibilità, in cui i corpi vulnerabili reclamano diritto alla sicurezza e alla dignità: “A volte le persone non pensano neanche che alcune cose possa-

no essere senza glutine e danno per scontato che io non le possa mangiare” (I1); “Se le persone conoscessero la nostra malattia, potrebbero preparare cose in anticipo; non costa niente tenere sughi da parte o usare un mestolo per ogni pietanza così possiamo mangiare anche noi” (I10); “Io lo capisco pure il ristoratore, non è possibile a un certo punto in una cucina caotica fischiare e dire a tutti fermatevi, mettetevi i guanti, pulite tutto e ricominciate; però si può non ignorare a monte la questione e organizzarsi prima anche per noi” (I3).

La richiesta di formazione del personale di bar ed esercizi di ristorazione, trasversale a tutte le interviste, diventa un atto politico che esprime la volontà di riappropriarsi degli spazi che vengono loro negati. La testimonianza “Penso che non serva un'eccessiva burocratizzazione, quello che serve è tanta conoscenza, così i ristoratori potrebbero essere meno ansiosi”, restituisce la complessità del rapporto tra regole e autonomia, in cui la richiesta non è tanto di regolamentazione, quanto di un senso di responsabilità, una formazione diffusa, un sapere condiviso che permetta di ridurre l'ansia collettiva e aumentare la giustizia relazionale. “È come a casa, mica devi avere per forza due cucine, ma devi tenerci alla salute di chi mangia le cose che prepari” (I3); “Non dobbiamo stare attenti solo noi, devono stare attenti anche gli altri. È il ristoratore che ha l'obbligo preciso e la responsabilità di me che mangio lì” (I3); la frase “La conoscenza è la condizione necessaria per creare un senso di cura e un senso del dovere implicito”, pronunciata a conclusione della prima intervista, è l'emblema di questa rivendicazione.

In questo quadro, emerge il ruolo fondamentale del gruppo dei pari, che come atteso, considerata l'età degli intervistati, rappresenta una rete di supporto fondamentale per il riconoscimento e la costruzione dell'identità. “All'inizio non dicevo a nessuno della celiachia, mi vergognavo, ma crescendo ho capito che era un modo anche per capire chi sono realmente i miei amici, se le persone davanti a me sono delle persone buone” (I17). Questa affermazione sottende la necessità di rendere visibile la propria diversità alimentare, trasformandola in diritto “abitabile”. In tal senso la “comitiva di amici che mangia solo dove io posso” esprime una forma di solidarietà situata, una “controgeografia” dell'appartenenza basata sull'empatia e sulla co-costruzione di spazi sicuri.

In tale contesto, emerge anche il ruolo delle reti digitali quali spazi di *knowledge-sharing* situato. I *social*, attraverso *influencer* e canali dedicati al cibo GF, sono il luogo privilegiato in cui reperire informazioni e scambiare consigli per tutti gli intervistati. La rete diventa così uno spazio alternativo di *empowerment*, che non elimina la disuguaglianza spaziale, ma la riorganizza,

supplendo alla carenza di informazione istituzionale sul cibo sicuro: “Non ci sono mai notizie certe, bisogna solo armarsi di santa pazienza. I *social*, con le esperienze visute dagli altri, sono un grande aiuto” (I3).

3. Conclusioni

La celiachia è una malattia invisibile al di fuori dei contesti sociali legati al cibo, che diviene “problema” soprattutto in relazione agli spazi (ristoranti, supermercati, eventi familiari e sociali) costruiti attorno a un “regime di normatività” (Vanolo 2024) basato sul glutine.

L'identificazione del cibo sicuro agisce come elemento centrale nell'organizzazione della vita quotidiana delle persone e delle famiglie che convivono con la CD, configurando una geografia tangibile fatta di barriere multiple (economiche, spaziali, cognitive, istituzionali) che evidenziano la necessità di approcci intersezionali (Aktaş, Ünlü Kaynakçı 2025). La differenza in termini di costi e accessibilità tra alimenti convenzionali e GF, ad esempio, si ripercuote sulle dinamiche di acquisto e preparazione del cibo, rimodellando le pratiche quotidiane delle famiglie e mostrando come l'accesso diseguale a risorse alimentari specifiche, lungi dall'essere una questione individuale, produca effetti aggregati sui rituali di convivialità e sulle strategie domestiche di adattamento. La scelta di accomodare la dieta di una persona e di seguirla, anche solo temporaneamente, è, infatti, una pratica di cura importante. Quando il prezzo dei prodotti GF risulta proibitivo, la dieta specializzata viene marginalizzata, poiché le famiglie non possono permettersi di condividerla (Cureton 2007). Questo si traduce nella necessità di ripartire gli spazi della cucina destinati alla preparazione del cibo, complicando notevolmente il processo di preparazione del pasto, aumentando la possibilità di contaminazione incrociata e complicando la vita dei *caregivers*, tipicamente le madri, che sperimentano forti livelli di depressione e ansia (Dogan et al. 2020; Yavuz et al. 2022).

Il cibo crea intimità e rafforza legami, poiché nutrire qualcuno (una madre, un familiare malato, il *partner*, gli amici) è un gesto carico di connotazioni emotive e culturali, e implica cura, fiducia, responsabilità. Chi prepara il cibo esercita un controllo fisico e sociale, mettendo in pratica forme di solidarietà e, talvolta, nuove forme di marginalità. Chi garantisce che il pasto sia sicuro? Chi deve fornire le informazioni? È dovere della persona malata esplicitare i propri bisogni, o di chi provvede al cibo? In tale contesto, la riluttanza da parte dei ristoratori a soddisfare in maniera sicura e adeguata le esigenze della dieta GF, emersa più volte nelle testimonianze, riflette

anche una dinamica sociale derivata dal sovrapporsi di più categorie di persone che rinunciano al glutine, tra cui non si ritrovano solo celiaci, ma anche intolleranti (che dunque non hanno bisogno di fare attenzione alla contaminazione) e persone che, per convinzioni personali, decidono che sia più salutare mangiare *gluten free*.

Questo crea uno spazio problematico, in cui il rigore della dieta appare come una scelta negoziabile, mettendo a rischio i pazienti con CD e rendendo difficoltoso il riconoscimento delle loro preoccupazioni rispetto alla possibile contaminazione del cibo, facendoli apparire come esagerati e ipocondriaci. Moore (2014) parla a tal proposito di una “*contested illness experience*”, cioè di una esperienza di malattia socialmente contestata e precarizzata.

Le notevoli difficoltà incontrate nel mangiare fuori casa generano un impatto diretto sull'adesione alla dieta. Due delle persone intervistate hanno dichiarato di mangiare cibi con glutine in assenza di alternative, e altre due di chiudere talvolta un occhio sulla contaminazione per poter uscire più liberamente¹⁵. Più spesso, di fronte a incomprensioni e rischi, i pazienti sono costretti a evitare momenti di convivialità, come evidenziato dalla letteratura (Bacigalupe, Plocha 2015).

Le esperienze raccolte mostrano che l'accesso al cibo non è solo questione di salute, ma di giustizia territoriale. Si produce uno spazio inclusivo solo se la società accetta di condividere non solo il cibo, ma la responsabilità, le cure e perfino la definizione di normalità. Questo processo non elimina le frizioni, ma le trasforma in pratiche di adattamento, sfida e, potenzialmente, emancipazione. Le persone giovani costrette a convivere con la CD non si limitano a subire queste geografie. Si arrabbiano, protestano, le riscrivono, le rinegoziano, le abitano criticamente. Il ricorso all'organizzazione quotidiana, alla pianificazione anticipata, non è solo necessità, ma azione spaziale che ricalibra la vulnerabilità e produce micro-territori di resistenza e solidarietà.

Riconoscere la realtà di questo processo, e guardarlo attraverso la lente della geografia critica della disabilità, significa spostare lo sguardo dalla malattia alla società, dal corpo individuale allo spazio condiviso, e quindi guardare alla CD per interrogare in senso più ampio le politiche della normalità che ancora strutturano il quotidiano urbano.

¹⁵ I fattori associati all'aderenza alla dieta GF includono un'ampia gamma di variabili, tra cui caratteristiche sociodemografiche, conoscenze, atteggiamenti, esperienze, sintomi e qualità della vita. Un'istruzione limitata, ad esempio, si accompagna a un'aderenza inadeguata, mentre livelli di istruzione superiori in associazione con una maggiore conoscenza della CD sono correlati a una migliore aderenza (Dimidi et al. 2021).

La presente ricerca rappresenta il primo *step* di una più ampia analisi che ha come cornice di riferimento lo studio della celiachia nell’ambito dei cambiamenti che negli ultimi anni hanno interessato la città di Napoli¹⁶.

Non esistono, in Italia, studi sulla “geografia della celiachia” e anche la letteratura internazionale in seno alla disciplina è scarsa. I pochi lavori che interrogano la CD in rapporto alla disabilità si collocano prevalentemente al di fuori della geografia e fanno riferimento, in particolare, al dibattito giuridico e sociale sul riconoscimento della celiachia come condizione disabilitante¹⁷.

Dal punto di vista della geografia economica, sarebbe utile, ad esempio, approfondire la localizzazione degli esercizi convenzionati e non convenzionati, le loro aree di gravitazione e il rapporto fra distribuzione commerciale, convenzioni sanitarie e capacità di acquisto. Dalla prospettiva della geografia del consumo, meriterebbe attenzione il legame tra marketing, etichettatura e accessibilità, considerando come il marchio “senza glutine” possa contribuire a processi di segmentazione del mercato e, in alcuni contesti, di gentrificazione alimentare, anche per effetto della sovrapposizione tra consumatori per necessità clinica e consumatori per scelta. Infine, le *digital geographies* potrebbero offrire strumenti utili per analizzare il ruolo di reti digitali, social media e influencer nella circolazione di conoscenze, nella costruzione di spazi di supporto e nell’organizzazione informale della comunità celiaca.

Lo studio presenta alcune limitazioni, riconducibili soprattutto al suo carattere esplorativo. In particolare, è stato necessario affiancare all’analisi qualitativa delle interviste una ricostruzione più ampia del quadro epidemiologico, normativo, assistenziale e commerciale. Nei lavori successivi, tale inquadramento potrà essere assunto come base di partenza, consentendo di dedicare maggiore spazio all’approfondimento empirico delle pratiche quotidiane, delle disuguaglianze territoriali e delle esperienze situate delle persone con CD.

Dal punto di vista della metodologia, la mancanza di fluidità nei confini individuati (la sesta Municipalità di Napoli) oscura parzialmente la complessità delle decisioni in termini di acquisto e frequentazione di locali di ristorazione, che necessariamente implicano motivazioni variegata e differenti e non tengono conto di rigide par-

tizioni amministrative. In tal senso, in una futura analisi, può essere opportuno integrare metodi di mappatura partecipativa o analisi dei flussi di mobilità quotidiana degli intervistati, includendo le pratiche concrete di acquisto e consumo che oltrepassano i limiti amministrativi, al fine di mappare “luoghi proibiti” e geografie dell’inaccessibilità.

Altre limitazioni comprendono la necessità di approfondire la dimensione intersezionale e i nessi fra genere e CD, emersi in modo significativo ma non ancora sistematicamente indagati. Le interviste mostrano, infatti, come la sicurezza alimentare venga spesso garantita attraverso un lavoro domestico invisibile, prevalentemente materno, fatto di acquisti, preparazioni separate, controllo della contaminazione e pianificazione delle uscite. In questa prospettiva, la celiachia non investe soltanto il corpo della persona diagnosticata, ma riorganizza l’intero spazio familiare, redistribuendo tempi, responsabilità e carichi emotivi secondo una prospettiva di genere. Approfondire questo aspetto consentirebbe di collegare più esplicitamente la geografia della celiachia alle geografie della cura e alla divisione *gendered* del lavoro domestico¹⁸.

La CD potrebbe, inoltre, essere indagata più compiutamente collocandola non solo nell’ambito delle geografie della disabilità, ma anche nel dibattito sulla *mobility justice* e, soprattutto, sulla *food justice*. Il rapporto tra cibo e spazio (Battisti et al. 2023), le *urban food policies* (Giovanelli 2022; Dansero et al. 2017; 2019), la sicurezza e la cittadinanza alimentare, le politiche locali e l’accesso differenziale al cibo costituiscono, in questo senso, prospettive analitiche decisive per comprendere come la celiachia venga mediata, organizzata e vissuta attraverso specifiche configurazioni territoriali.

Tale ampliamento permetterebbe di spostare ulteriormente l’analisi dalla gestione individuale della dieta alle condizioni collettive, istituzionali e spaziali che rendono il cibo sicuro più o meno accessibile.

Riferimenti bibliografici

Aitchison, C. (2009). Exclusive discourse: leisure studies and disability. *Leisure Studies*, 28(4), 375-386. DOI: <https://doi.org/10.1080/02614360903125096>

¹⁶ Nelle Municipalità centrali di Napoli, infatti, il tema dell’accesso al cibo GF, e in particolare ai prodotti freschi, assume caratteristiche differenti rispetto alla Municipalità oggetto di questo studio, poiché necessariamente interseca le complesse dinamiche di *touristification* e *foodification*, che saranno oggetto di una successiva trattazione.

¹⁷ Lo studio sociologico di Bandini (2015), riferito al contesto statunitense e all’*Americans with Disabilities Act*, rappresenta in questo senso un riferimento utile, ma conferma anche la necessità di sviluppare una prospettiva più propriamente geografica.

¹⁸ La dimensione di genere riguarda, inoltre, anche l’esperienza dello spazio urbano e della socialità. Si pensi, ad esempio, alla maggiore difficoltà per alcune ragazze a raggiungere luoghi più lontani o poco serviti, in ragione dell’insicurezza percepita nella vita urbana, ma anche agli stereotipi legati al cibo e alla mascolinità, che possono incidere sulle modalità con cui la celiachia viene vissuta, comunicata o nascosta nei contesti sociali.

- Aktaş, E.F., Ünlü Kaynakçı, F.Z. (2025). The adolescent celiac experience: a holistic perspective on self-care among the “invisible” segment of society. *Disability and Rehabilitation*, 47(23), 6103-6112. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2496352>
- Bacigalupe, G., Plocha, A. (2015). Celiac is a social disease: Family challenges and strategies. *Families, Systems & Health*, 33(1), 46-54. DOI: <https://doi.org/10.1037/fsh0000099>
- Bandini, J. (2015). “Is it just food?": the social implications of celiac disease as a disability. *Disability & Society*, 30(10), 1577-1581. DOI: <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1117198>
- Banini, T. (2001). La geografia medica in Italia. Evoluzione e tendenze della ricerca. *Bollettino della Società geografica italiana*, 6, 673-692.
- Battisti, L., Graziani, T., Epifani, F., Dansero, E. (2023). Emplacing food, ovvero ripensare il rapporto cibo-spazio. Prospettive di ricerca. *Rivista geografica italiana*, 130(4), 5-16. DOI: <https://doi.org/10.3280/rgioa4-2023oa16842>
- Bedore, M. (2013). Geographies of capital formation and rescaling: A historical-geographical approach to the food desert problem. *The Canadian Geographer*, 57(2), 133-153. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00454.x>
- Butler, R., Parr, H. (1999). *Mind and body spaces. New Geographies of Illness, Impairment and Disability*, London, Routledge.
- Coveney, J., O'Dwyer, L.A. (2009). Effects of mobility and location on food access. *Health and Place*, 15(1), 45-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.01.010>
- Cureton, P. (2007). The gluten-free diet: can your patient afford it? *Practical Gastroenterology*, 31(4), 75-84.
- Dansero, E., Pettenati, G., Toldo, A. (2017). Il rapporto fra cibo e città e le politiche urbane del cibo. Uno spazio per la geografia?, *Bollettino della Società Geografica Italiana*, 10(1-2), 5-22. DOI: <https://doi.org/10.13128/bsgi.v10i1-2.491>
- Dansero, E., Marino, D., Mazzocchi, G., Nicolarea, Y. (a cura di). (2019). *Lo spazio delle politiche locali del cibo: temi, esperienze e prospettive*, Torino, Celid editore.
- Dimidi, E., Kabir, B., Singh, J., Ageridou, A., Foster, C., Ciclitira, P., Dubois, P., Whelan, K. (2021). Predictors of adherence to a gluten-free diet in celiac disease: Do knowledge, attitudes, experiences, symptoms, and quality of life play a role? *Nutrition*, 90, 111249. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111249>
- Dogan, G., Sapmaz, S.Y., Appak, Y.C., Ozturk, M., Yigit, Y., Kasirga, E. (2020). Evaluation of the Depression, Anxiety Levels and Attitudes of Mothers of Children with Celiac Disease. *Medical Journal of Bakirköy*, 16(4), 369-373. DOI: <https://doi.org/10.5222/BMJ.2020.36035>
- Evangelista, V. (2017). *Geografia sanitaria. Teorie, metodi, ricerca applicata*. Milano, FrancoAngeli.
- Falcomer, A.L., Pratesi, C.B., Nakano E.Y., Chaves, C., Rostami-Nejad, M., Guennouni, M., Aksan, A., Pouchot, J., Häuser, W., Zandonadi, R.P. (2024). From Struggle to Strength: A Multicentric Study on How Public Policies for Celiac Disease Transform Lives. *Nutrients*, 16(17), 2855. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16172855>
- Faris R., Dunham, W.H. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Chicago, University of Chicago Press.
- Figuerola-Gómez, X., Oliveras-López, M.J., Rodríguez Silva, J.M., Poyanco, M., López, H., Araya, M. (2024). Experiences and perceptions of people with celiac disease, food allergies and food intolerance when dining out. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1321360>
- Foucault, M. (2015). *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*. Milano, Feltrinelli.
- Giovanelli, G. (2022). *Le politiche urbane del cibo tra sostenibilità e crisi. La governance dei percorsi italiani*. Roma, Sapienza Università Editrice.
- Gleeson, B.J. (1996). A Geography for Disabled People? *Transactions of the Institute of British Geographers*, 21(2), 387-396. DOI: <https://doi.org/10.2307/622488>
- Gleeson, B. (2001). Disability and the Open City. *Urban studies*, 38(2), 251-265.
- Gleeson, B.J. (2002). *Geographies of disability*. London, Routledge.
- Golledge, R.G. (1993). Geography and the Disabled: A Survey with Special Reference to Vision Impaired and Blind Populations. *Transactions of the institute of British Geographers*, 18(1), 63-85.
- Gorman, R., Farsides, B. (2025). Mail art methods and the social and cultural geographies of families affected by rare disease. *Social & Cultural Geography*, 26(4), 500-522. DOI: <https://doi.org/10.1080/14649365.2024.2416672>

- Graham, S., Marvin, S. (2002). *Splintering urbanism: networked infrastructures, technological mobilities and the urban condition*. London, Routledge.
- Guthman, J. (2009). Neoliberalism and the Constitution of Contemporary Bodies. In Rothblum, E., Solovay, S. (a cura di). *The Fat Studies Reader*. New York, New York University Press, 187-196.
- Imrie, R. (1996). *Disability and the City: International Perspectives*. London, Paul Chapman Publishing.
- Imrie R., Kumar, M. (1998). Focusing on Disability and Access in the Built Environment. *Disability & Society*, 13(3), 357-374. DOI: <https://doi.org/10.1080/09687599826687>
- Imrie R., Edwards C. (2007). The Geographies of Disability: Reflections on the Development of a Sub-Discipline. *Geography Compass*, 1(3), 623-640. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2007.00032.x>
- Lefebvre, H (1968), *Le droit à la ville*, Paris, Anthropos, Editions du Seuil.
- Longhurst, R. (1997). (Dis)embodied geographies. *Progress in Human Geography*, 21(4), 486-501. DOI: <https://doi.org/10.1191/030913297668704177>
- Ministero della salute (03/04/2025). Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia: i dati 2023, <https://www.epi-centro.iss.it/celiachia/relazione-parlamento-2023.html>
- Moore, L.R. (2014). “But we’re not hypochondriacs”: The changing shape of gluten-free dieting and the contested illness experience. *Social Science & Medicine*, 105, 76-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.009>
- ONF - Federconsumatori (16/05/2025), Salute: indagine Federconsumatori sulla celiachia in Italia. Prodotti sempre più cari: dal 2016 +4.6%, <https://www.federconsumatori.it/celiachia-italia-2025-prezzi-disparita-regionali.html>
- Palagiano, C. (a cura di, 1989). *Geografia della salute in Italia*. Milano, FrancoAngeli.
- Palagiano, C. (1996). *Geografia medica*. Roma, NIS.
- Palagiano, C., Pesaresi, C. (2011). *La salute nel mondo. Geografia medica e qualità della vita*. Roma, Carocci.
- Sheller, M. (2018). *Mobility Justice: The Politics of Movement in an Age of Extremes*. Brooklyn, NY, Verso Books.
- Soja, E. (2010). Spatializing the urban, Part I. *City*, 14(6), 629-635. DOI: <https://doi.org/10.1080/13604813.2010.539371>
- Vanolo, A. (2024). *La città autistica*, Torino, Einaudi.
- Vanolo, A. (2025). Geografie della disabilità. In Valtellina, E. (a cura di). *Sulla disabilità. Introduzione ai Disability Studies*. Milano, UTET Università, 177-188.
- Yavuz, S., Demirkol, M., Tamam, L., Tümgör, G. (2022). Relationship of Diet Adherence with Levels of Depression, Anxiety, and Caregiver Burden in Parents of Children with Celiac Disease. *European Journal of Therapeutics*, 28(2), 146-150. DOI: <https://doi.org/10.54614/eur-jther.2021.0070>