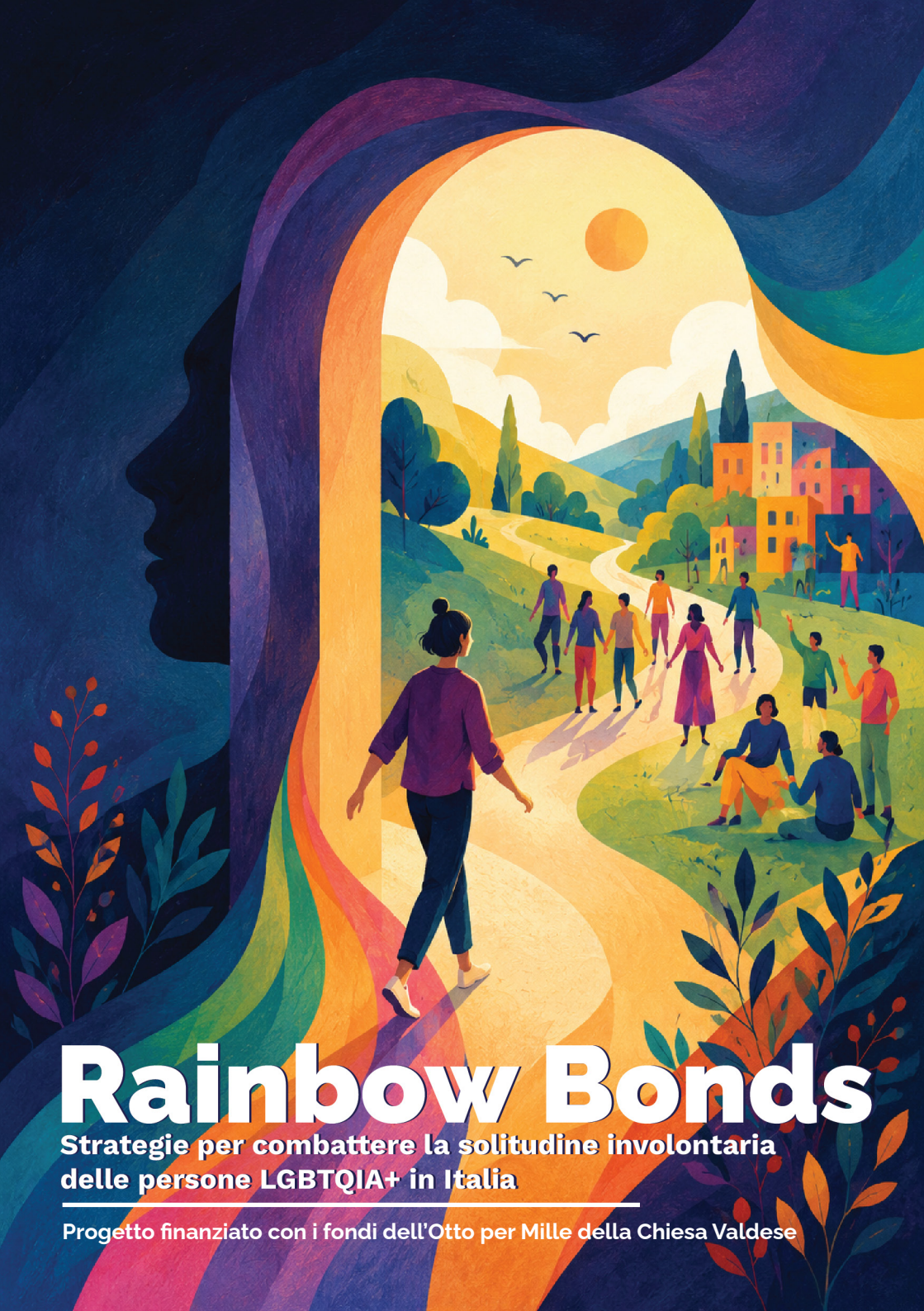

Rainbow Bonds

Strategie per combattere la solitudine involontaria delle persone LGBTQIA+ in Italia

Progetto finanziato con i fondi dell'Otto per Mille della Chiesa Valdese

AVVISO SUI CONTENUTI

Questo materiale affronta temi sensibili, tra cui discriminazione, stigma, minority stress, autolesionismo, ideazione e rischio suicidario, dipendenze, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, isolamento sociale grave e discorsi d'odio. I contenuti sono presentati a scopo formativo e di sensibilizzazione e non sostituiscono una consulenza psicologica o medica. **Chi legge, e in particolare chi si riconosce in una o più delle esperienze descritte, è invitatə a procedere con la gradualità che ritiene necessaria e a fare eventualmente una pausa dalla lettura.**

In caso di difficoltà personale o di persone vicine, è possibile rivolgersi ai servizi di ascolto e prima accoglienza LGBTQIA+ dei comitati Territoriali Arcigay, al proprio medico di base o a un servizio di salute mentale territoriale. In situazioni di emergenza o rischio immediato per la propria o altrui incolumità, contattate il numero unico di emergenza 112.

NOTA TERMINOLOGICA

In questo testo la sigla LGBTQIA+ indica in modo inclusivo persone Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali e altre identità di genere e orientamenti sessuali non normativi. Quando si riportano dati o si descrivono progetti, si utilizza la sigla effettivamente adottata dalla fonte o dall'organizzazione originaria (ad esempio LGBT+, LGBTQ+, LGBTI, LGB, TGD): non si tratta di un'incoerenza editoriale, ma della scelta di rispettare la terminologia usata da chi ha condotto la ricerca o promosso l'iniziativa.

ARCIGAY
Associazione LGBTQIA+ Italiana

Otto per mille
CHIESA VALDESE
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESI

RAINBOW BONDS

Strategie per combattere la solitudine involontaria delle persone LGBTQIA+ in Italia

Rainbow Bonds è un progetto realizzato da Arcigay finanziato con i fondi dell'Otto per Mille della Chiesa Valdese sul bando ordinario 2024 – Codice progetto OPM/2024/46030

Il progetto Rainbow Bonds e le sue attività formative e divulgative sono il frutto di un percorso condiviso che ha visto la partecipazione di tante persone, un ringraziamento particolare va Emanuele Avalle, Alberto Bianchi, Damiano Bivona, Alice Malavenda, Piera Mottola, Alice RedaelliCharlène Rolland, Elisabetta Solazzi, Anita Sterna, Letizia Vaccarella.

La presente pubblicazione è distributia con licenza CC BY-NC-ND Qualsiasi riproduzione va preventivamente concordata scrivendo a info@arcigay.it

INDICE

Introduzione
Non solo una ferita

Capitolo 1
Cosa sono le solitudini involontarie: definizione, cornice teorica e rilevanza LGBTQIA+

Capitolo 2
Le cause delle solitudini LGBTQIA+: fattori strutturali, culturali e individuali

Capitolo 3
Gli effetti delle solitudini involontarie

Capitolo 4
Strategie e interventi: buone pratiche e approcci trasformativi

Capitolo 5
Progettare il cambiamento

Bibliografia

INTRODUZIONE

Non solo una ferita

La solitudine non è un fenomeno nuovo. Eppure, negli ultimi anni, abbiamo iniziato a percepirla in modo diverso: come una presenza discreta ma insistente, che si insinua nelle pieghe della vita quotidiana e si intensifica nei momenti di transizione, fragilità o cambiamento. Per molte persone LGBTQIA+, questa solitudine non è soltanto una condizione emotiva, ma un'esperienza relazionale e politica che riflette il modo in cui la società riconosce, o non riconosce, i loro corpi, le loro identità, le loro storie.

A differenza della solitudine volontaria, scelta come spazio di rigenerazione, la solitudine involontaria è un sentimento di disconnessione indesiderata, di mancanza di reciprocità e di legami significativi. Come sottolineano Perlman e Peplau (1981), non riguarda l'essere fisicamente solə, ma il sentirsi solə, anche in mezzo aglə altrə. È una sensazione che molte persone conoscono, ma che alcune vivono con frequenza e profondità maggiori a causa delle norme sociali che definiscono cosa è legittimo, chi appartiene, chi merita ascolto. Per la comunità LGBTQIA+, la solitudine involontaria non nasce nel vuoto: cresce nei contesti familiari in cui mancano linguaggi e accoglienza, negli ambienti scolastici dove il diverso viene punito, nei luoghi di lavoro dove la visibilità può essere un rischio, nei servizi pubblici che non parlano la lingua dei loro bisogni, nelle città che non offrono spazi sicuri, nelle piccole comunità in cui il silenzio diventa una strategia di sopravvivenza. Come evidenzia la teoria del minority stress (Meyer, 2003), la somma di discriminazioni, ipervigilanza e auto-censura produce un sovraccarico emotivo che incide sulla salute mentale e sulla possibilità di costruire relazioni significative.

Rainbow Bonds nasce da una domanda semplice ma cruciale: **cosa significa sentirsi solə quando la propria esistenza è già considerata "eccedente", "fuori norma", "difficile da comprendere"?**

Per rispondere, è necessario fare un passo indietro e un passo avanti.

Un passo indietro, per comprendere l'origine sociale delle solitudini queer, la loro dimensione storica e culturale. Le persone LGBTQIA+ hanno sempre costruito comunità alternative, reti di cura, famiglie scelte (Weston, 1991), proprio perché escluse dalle strutture tradizionali dell'appartenenza. Ma queste reti non sono distribuite in modo uniforme: chi vive in contesti marginalizzati, chi appartiene a minoranze multiple, chi attraversa la vita con un corpo non conforme o con una vulnerabilità economica, si trova spesso a navigare solitudini più profonde.

Un passo avanti, per immaginare nuove forme di vicinanza. Le risposte alla solitudine non possono essere lasciate alla responsabilità individuale: richiedono politiche pubbliche, formazione, spazi sicuri, alleanze tra generazioni, tra territori, tra istituzioni e comunità. Richiedono soprattutto che la solitudine venga riconosciuta come un fenomeno sociale, non come un difetto personale. Come afferma Holt-Lunstad (2021), la solitudine è oggi un tema di salute pubblica: influisce sul corpo, sul sistema immunitario, sulla mortalità. Per le persone queer, questo rischio si intreccia con stigma, invisibilità e precarietà.

L'obiettivo di questo progetto è stato quindi duplice.

Comprendere: offrire un quadro chiaro e accessibile, ma fondato sulla ricerca scientifica, delle molte forme di solitudine che attraversano le vite LGBTQIA+. Non esiste un'unica solitudine queer, ma un mosaico complesso di esperienze che variano per età, genere, orientamento, classe, etnia, abilità, contesto di vita.

Trasformare: proporre strategie concrete, strumenti pratici, modelli di intervento e buone pratiche che possano guidare associazioni, scuole, enti locali e comunità nella costruzione

di legami più solidi, reti più accoglienti, spazi più sicuri. Gli ultimi capitoli forniscono metodologie operative, indicatori e strumenti di valutazione utili nella progettazione territoriale.

Le solitudini queer non sono solo una ferita: possono diventare una chiave interpretativa preziosa per ripensare il modo in cui costruiamo comunità, cura e diritti. In queste pagine non consideriamo la solitudine come un fallimento individuale, ma come l'espressione di un contesto che non accoglie abbastanza. Ed è proprio da qui che può nascere un cambiamento reale.

I contenuti raccolti in questo testo sono stati realizzati per la formazione delle persone volontarie di Arcigay che hanno preso parte al percorso formativo, e sono stati successivamente integrati con le note e gli appunti emersi durante gli incontri di formazione svolti in presenza.

Rainbow Bond
ARCIGAY
8 per mille CHIESA VALDESE

CAPITOLO 1

Cosa sono le solitudini involontarie: definizione, cornice teorica e rilevanza per il contesto LGBTQIA+*

1.1 DEFINIRE LA SOLITUDINE INVOLONTARIA

La solitudine involontaria è una condizione psicologica e sociale in cui una persona sperimenta una mancanza non desiderata di connessioni significative, di relazioni di supporto e di appartenenza (Perlman & Peplau, 1981). Si distingue dalla solitudine volontaria, o scelta consapevolmente, che può rappresentare una forma di autoregolazione, di spazio rigenerativo o scelta esistenziale, e non implica necessariamente sofferenza (Hawkley & Cacioppo, 2010). Non si tratta semplicemente dell'essere "fisicamente solə", ma del sentirsi emotivamente disconnessə, non compresə, invisibile o non riconosciutə. La solitudine involontaria può manifestarsi anche in presenza di relazioni superficiali o numerose, quando manca reciprocità, autenticità o riconoscimento identitario.

Per la popolazione LGBTQIA+ questa esperienza assume connotazioni specifiche e spesso più intense. Le norme eterosessiste e cisnormative possono produrre forme strutturali di esclusione e invisibilità, generando isolamento anche all'interno dei contesti familiari, scolastici, lavorativi o spirituali (Meyer, 2003; Scandurra et al., 2020). Inoltre, la mancanza di rappresentazioni positive e spazi sicuri alimenta un senso di disconnessione sociale e di "non appartenenza", aggravato da esperienze di stigma interiorizzato e discriminazione quotidiana (Baams et al., 2015).
La solitudine involontaria, in questo senso, non è solo una condizione individuale ma un fenomeno relazionale e sistemico, prodotto dall'intreccio tra fattori personali, culturali e strutturali (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad, 2021). Per le persone LGBTQIA+, può diventare una forma di esilio sociale interiorizzato, dove il sentirsi solə è il riflesso di una società che non riconosce pienamente la loro esistenza.

Le solitudini involontarie delle persone LGBTQIA+ non sono semplicemente esperienze individuali, ma si radicano in dinamiche strutturali e culturali che operano attraverso norme sociali, rappresentazioni collettive e relazioni di potere. Comprenderle richiede il riferimento a tre cornici teoriche fondamentali: il minority stress, l'etero- e amatonormatività, e l'isolamento esistenziale.

a. Minority stress

Il concetto di minority stress (Meyer, 2003), letteralmente "stress da minoranza", descrive il carico cronico e aggiuntivo di stress che colpisce le persone appartenenti a gruppi sociali stigmatizzati, come le comunità LGBTQIA+. Secondo il modello originario e i successivi sviluppi (Meyer, 2015; Frost & Meyer, 2020), tale stress è composto da:
- Fattori distali (esteriorizzati): discriminazione, microaggressioni, violenza, esclusione istituzionale o familiare.
- Fattori prossimali (interiorizzati): paura del rifiuto, ipervigilanza, necessità di nascondere la propria identità, interiorizzazione dello stigma.

Questi meccanismi, cumulativi nel tempo, hanno effetti misurabili su salute mentale, funzionamento cognitivo, autostima, capacità relazionali e persino su parametri biologici, come l'infiammazione cronica e la disregolazione del cortisolo (Cacioppo et al., 2015; Hatzenbuehler, 2009). Studi più recenti sottolineano come il minority stress sia amplificato dall'intersezionalità, colpendo in modo più severo le persone LGBTQIA+ razzializzate, migranti, disabili o in condizioni socio-economiche precarie (Scandurra et al., 2019; Bowleg, 2021). Le persone LGBTQIA+ sperimentano inoltre una discrepanza strutturale tra il bisogno universale di appartenenza e il continuo rischio di rifiuto, discriminazione o invisibilità, che alimenta solitudini profonde anche in contesti apparentemente inclusivi. Le ricerche mostrano

che la maggiore incidenza di depressione, ansia e pensieri suicidari nelle popolazioni queer non può essere spiegata da fattori personali, ma va interpretata come effetto di un ambiente sociale ostile (Meyer, 2003; Frost & Meyer, 2020). In particolare, l'interiorizzazione dello stigma, la necessità di nascondere parti di sé e la percezione costante di minaccia generano una iper-vigilanza relazionale: uno stato di allerta che indebolisce la fiducia e rende più difficile costruire legami autentici. Questa condizione si lega direttamente alle forme di solitudine involontaria, dove la disconnessione emotiva è esito di un sistema di norme che nega riconoscimento e sicurezza. Nel contesto italiano, i dati dell'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (2019) indicano che circa il 40% delle persone LGBTQIA+ ha subito discriminazioni nell'ultimo anno, e che una quota significativa evita di tenere comportamenti affettivi in pubblico per paura di aggressioni o giudizi. Tale auto-limitazione quotidiana produce forme sottili di auto-isolamento, spesso normalizzate, che accrescono la distanza percepita dagli altri.

La scarsità di spazi realmente accoglienti, soprattutto fuori dalle grandi città, e la debolezza dei servizi di salute mentale con competenze specifiche sulle questioni LGBTQIA+ contribuiscono a rendere la solitudine queer un fenomeno persistente e multidimensionale. Non si tratta quindi di un "problema individuale di adattamento", ma di una ferita sociale, il cui rimedio richiede interventi sistemici: politiche di inclusione, rappresentazioni positive nei media, educazione affettiva e sessuale inclusiva, formazione degli operatori e costruzione di reti comunitarie.

In questo quadro, la comprensione del minority stress aiuta a leggere la solitudine non come segno di debolezza personale, ma come reazione adattiva a contesti escludenti.

Restituire collettivamente senso, legittimità e linguaggio a queste esperienze è un passo fondamentale per trasformare la vulnerabilità in risorsa e per costruire comunità più empatiche, intersezionali e solidali.

b. Eteronormatività e amatonormatività

L'eteronormatività è il sistema culturale e simbolico che considera l'eterosessualità, la famiglia nucleare e le identità di genere binarie come norme naturali e desiderabili (Warner, 1991; Rich, 1980). Struttura la vita sociale e istituzionale, marginalizzando chi devia da tali schemi. A essa si intreccia l'amatonormatività (Brake, 2012), ovvero la convinzione che la piena realizzazione personale coincida con l'avere una relazione romantica monogama, stabile ed eterosessuale. Queste norme, spesso invisibili, producono forme sottili di esclusione e solitudine:
- per chi non si riconosce in identità binarie o orientamenti eterosessuali;
- per chi è single, aromantico/a o vive relazioni non convenzionali (poliamorose, relazioni a distanza o di cura non romantica);
- per chi non dispone di una rete affettiva riconosciuta o legittimata socialmente.

In questo senso, l'etero- e amatonormatività operano come meccanismi di invisibilizzazione relazionale, che negano il valore dei legami queer, dell'amicizia intima, delle reti di cura alternative e delle "famiglie scelte" (Weston, 1991).

In Italia, le politiche pubbliche e i quadri normativi continuano a riflettere un forte impianto eteronormativo e amatonormativo, che distingue e gerarchizza le relazioni affettive in base alla loro conformità al modello eterosessuale e monogamico. Un esempio emblematico è rappresentato dalla Legge n. 76 del 2016 sulle unioni civili, nota anche

come Legge Cirinnà, che pur riconoscendo le coppie dello stesso sesso, le priva di alcuni diritti garantiti al matrimonio eterosessuale, come l'adozione congiunta. Questo dispositivo legislativo istituzionalizza una forma di discriminazione normativa, dove la relazione queer è riconosciuta ma non pienamente equiparata, mantenendo l'eterosessualità come standard implicito di legittimità affettiva e familiare. A livello più ampio, la mancata approvazione di una legge contro i crimini d'odio basati su orientamento sessuale e identità di genere, nonostante i ripetuti richiami delle istituzioni europee mostrano come la discriminazione possa essere anche istituzionalizzata, inscritta cioè nei limiti strutturali e nell'inerzia delle istituzioni stesse.

Questi esempi rivelano come l'eteronormatività e l'amatonormatività non siano semplici orientamenti culturali, ma strutture pervasive che plasmano l'accesso ai diritti, la legittimazione delle relazioni e la rappresentazione delle intimità. Per molte persone LGBTQIA+, tale cornice istituzionale e simbolica produce forme di solitudine sistemica, dove l'amore e la vita affettiva diventano territori di negoziazione, invisibilità o esclusione. La solitudine queer, in questo senso, non deriva da un'assenza di legami, ma dall'assenza di riconoscimento: una condizione in cui la dimensione personale si intreccia profondamente con quella politica e sociale.

c. Isolamento esistenziale

L'isolamento esistenziale è una forma profonda di solitudine descritta nella psicologia umanistica ed esistenziale come la percezione che "nessuno possa davvero comprendere o condividere la propria esperienza interiore" (Yalom, 1980; Tudor, 2022). Per le persone queer, tale forma di isolamento è strutturale, perché deriva da un contesto che non offre linguaggi, rappresentazioni o spazi dove

l'esperienza identitaria possa essere pienamente riconosciuta.
Ricerche recenti (Gupta et al., 2025) collegano l'isolamento esistenziale delle persone LGBTQIA+ a:
- esclusione sistemica e mancanza di politiche di riconoscimento;
- stigma interiorizzato e percezione di "diversità incolmabile";
- carenza di comunità accoglienti o rappresentazioni positive nei media;
- dipendenza da spazi digitali come unico luogo di appartenenza e visibilità, che tuttavia può accentuare dinamiche di alienazione e burnout emotivo (McInroy & Craig, 2020).

Questo tipo di solitudine va dunque inteso come condizione ontologica e politica insieme: una ferita del riconoscimento che riflette la tensione costante tra autenticità individuale e appartenenza sociale.

1.2 TIPOLOGIE DI SOLITUDINE ED ESPERIENZE TRASVERSALI

Le solitudini non si manifestano in modo univoco. Distinguere le diverse macro-tipologie permette di comprendere meglio i meccanismi che le generano e di costruire strategie mirate di prevenzione e supporto. Per le persone LGBTQIA+, tali differenze non sono solo descrittive ma politiche: ciascuna forma di solitudine è intrecciata con specifiche norme sociali, spazi, tempi di vita e ruoli relazionali.

Solitudine sociale: è la mancanza reale o percepita di una rete relazionale significativa. Si manifesta nell'assenza di amici, partner, familiari o di una comunità di riferimento in cui sentirsi riconosciutə e al sicuro. Per molte persone

LGBTQIA+, è il risultato di esclusioni sistemiche e della difficoltà di accedere a contesti sociali accoglienti.
Solitudine emotiva: riguarda la sensazione di mancanza di connessioni profonde e reciprocità affettiva, anche in presenza di relazioni o contatti. Deriva dal sentirsi non compresə, non ascoltatə o non pienamente visibilə, soprattutto quando la propria identità non può essere espressa in modo autentico.

Solitudine relazionale "condizionata": si verifica quando una persona deve limitare o nascondere parti della propria identità per mantenere relazioni sociali, familiari o professionali. È una solitudine "performata", frutto di strategie di sopravvivenza in ambienti ostili o non inclusivi.

Solitudine scolastica: colpisce bambinə, adolescenti e giovani queer in contesti educativi non sicuri. Può assumere la forma di esclusione, bullismo, ritiro sociale o perdita di motivazione, con effetti duraturi sul benessere e sulla fiducia in sé.

Solitudine lavorativa: si manifesta in ambienti professionali che non riconoscono o discriminano l'identità LGBTQIA+. Le persone possono sentirsi costrette al silenzio, sviluppando sfiducia, burnout e una percezione di alienazione rispetto al gruppo di lavoro.

Solitudine digitale: internet può essere uno spazio di esplorazione e supporto, ma anche una trappola di connessioni fragili o impersonali. La mediazione tecnologica, l'anonimato e l'ipercontrollo relazionale possono generare distacco, sovraesposizione e dipendenza emotiva.

Solitudine generazionale: deriva dal divario tra generazioni queer: le persone anziane faticano a ritrovare spazi di appartenenza, mentre le più giovani possono non avere figure di riferimento adulte con cui condividere

esperienze e memoria comunitaria.

La solitudine involontaria non riguarda un solo gruppo, ma attraversa l'intera comunità LGBTQIA+ in modo trasversale. Ogni identità sessuale, di genere o di relazione è esposta a forme specifiche di disconnessione e invisibilità, modellate da età, contesto sociale e appartenenza culturale.

Giovani e adolescenti queer: sperimentano solitudini multiple, scolastica, digitale e familiare, derivanti dal rifiuto, dalla mancanza di modelli positivi e dall'assenza di servizi di ascolto.

Persone socializzate come uomini: sono spesso condizionate da modelli di maschilità che scoraggiano l'espressione emotiva e l'intimità. Questo silenzio affettivo ostacola la creazione di legami profondi.

Persone anziane LGBTQIA+: vivono spesso solə, con reti sociali ridotte e una marginalità istituzionale legata all'età. Persone transgender e non binarie: affrontano livelli elevati di esclusione sociale, transfobia interiorizzata e microaggressioni quotidiane.

Persone socializzate donne lesbiche, bisessuali e queer: soffrono una duplice marginalizzazione dovuta all'intersezione di sessismo e omonegatività.

Persone non eterosessuali in generale: vivono il peso delle norme eteronormative e dell'omonegatività interiorizzata, che limitano la spontaneità e la fiducia nei legami.

1.3 L'IMPORTANZA DI UN APPROCCIO INTERSEZIONALE

Comprendere la solitudine LGBTQIA+ richiede un approccio intersezionale, capace di cogliere come le diverse identità, di genere, orientamento, età, classe, provenienza, abilità, si combinino nel modellare esperienze uniche di esclusione o resilienza. Il termine intersezionalità, introdotto da Kimberlé Crenshaw (1989, 1991), descrive l'intreccio di più sistemi di oppressione che agiscono simultaneamente sulle persone. Successivamente, Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) ne hanno esteso la portata.
Applicare una prospettiva intersezionale significa considerare, tra le altre, le seguenti dimensioni:

word cloud realizzata dalle persone partecipanti alla formazione durante uno degli incontri online del progetto

Solitudini culturali e identitarie: emergono quando l'identità queer si intreccia con etnia, diaspora, religione, lingua o estetica, creando doppie o triple marginalità.

Solitudini e razzializzazione: esclusione dovuta al colore della pelle, all'origine etnica o alla provenienza culturale, sia nei contesti eterosessuali che in quelli queer bianchi.

Solitudini e identità diasporiche: chi vive tra più culture o generazioni migranti sperimenta una frattura di appartenenza, non pienamente riconosciutə né dalla società d'origine né da quella d'accoglienza.

Solitudini e colorismo o passing: discriminazioni interne basate su tonalità della pelle o capacità di "passare" come normativo.

Solitudini e minoranze religiose: il conflitto tra fede e identità queer genera un isolamento spirituale.

Solitudini e lingua: le barriere linguistiche riducono accesso a risorse e relazioni.

Solitudini strutturali e politiche: derivano da disuguaglianze sistemiche, economiche, legali e territoriali.

Solitudini legate allo status migratorio o giuridico: la mancanza di documenti, diritti e tutele legali produce esclusione istituzionalizzata.

Solitudini legate al lavoro e alla classe sociale: la discriminazione professionale e il classismo generano solitudine economica e simbolica.

Solitudini e povertà: l'instabilità economica limita mobilità, accesso a spazi sicuri e salute mentale.

Solitudini nei contesti rurali o periferici: la mancanza di reti queer e servizi dedicati alimenta la percezione di non-esistenza sociale.
Solitudini e precarietà abitativa: le difficoltà nel trovare casa si intrecciano con discriminazioni nei contratti e nelle convivenze.

Solitudini e carcerazione: le persone LGBTQIA+ detenute subiscono segregazione, violenza e invisibilità istituzionale.

Solitudini corporee e sanitarie: mostrano come il corpo queer sia costantemente regolato da norme estetiche e biopolitiche.

Solitudini e corpi non conformi: la grassofobia e l'estetica normativa definiscono chi è considerato desiderabile, anche all'interno delle comunità queer.

Solitudini e disabilità fisica o sensoriale: barriere fisiche, culturali e sessuali limitano l'accesso alla vita pubblica e affettiva.

Solitudini e malattie rare: le patologie poco conosciute generano isolamento sanitario e mancanza di reti empatiche.

Solitudini e HIV: il doppio stigma legato alla sieropositività e all'identità queer rafforza l'esclusione relazionale.

Solitudini legate a infertilità o scelte riproduttive: aspettative eteronormative e ostacoli legali rendono la genitorialità queer un campo di isolamento simbolico.

Solitudini psicologiche ed esperienziali: lo stigma, il trauma o la neurodivergenza plasmano la capacità di connettersi e fidarsi.

Solitudini e trauma intergenerazionale: le eredità familiari di silenzio e repressione queer producono isolamento emotivo.

Solitudini post-coming out o post-affermazione di genere: può emergere un vuoto relazionale dovuto alla perdita di reti precedenti.

Solitudini e burnout attivista: l'impegno costante nella difesa dei diritti può portare a esaurimento emotivo.

Solitudini e chemsex, o legate a kink: la stigmatizzazione delle pratiche sessuali non convenzionali crea esclusione anche dentro spazi LGBTQIA+.

Solitudini ambientali, territoriali e legate alla mobilità: cambiamenti climatici, migrazioni e mobilità accademica o lavorativa internazionale generano appartenenze temporanee e instabili.

Solitudini linguistiche e comunicative: anche all'interno delle comunità queer, la complessità dei linguaggi e dei codici può generare esclusione e incomprensione.

Solitudini e digital divide: il divario digitale non riguarda solo l'accesso materiale alle tecnologie, ma anche la qualità della connessione e la capacità di abitare in modo sicuro e consapevole gli spazi online.

Queste forme di solitudine intersezionale mostrano che l'isolamento LGBTQIA+ non è mai un fatto "individuale", ma un effetto sistemico prodotto da norme, istituzioni, linguaggi e spazi sociali che definiscono chi può essere visto, desiderato e riconosciuto.

Alcuni dati per il contesto italiano

Per dare concretezza a queste dimensioni nel contesto italiano, riportiamo alcuni dati recenti raccolti da enti pubblici e associazioni.

Lavoro: secondo l'indagine ISTAT-UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali) sulle discriminazioni lavorative nei confronti delle persone LGBT+ in unione civile o già in unione (2019-2021), il 26% delle persone che si dichiarano omosessuali o bisessuali afferma che il proprio orientamento sessuale ha rappresentato uno svantaggio nel corso della vita lavorativa; il 61,8% riporta di aver subito almeno una microaggressione legata all'orientamento sessuale nell'attuale o ultima occupazione; il 12,6% non si è presentato a un colloquio di lavoro, o non ha fatto domanda, temendo un ambiente ostile (ISTAT, 2022). Un successivo rapporto ECRI (Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza) sull'Italia, citando dati ISTAT relativi al periodo 2019-2022, riporta che tra il 26% e il 41,4% degli intervistati si è sentito svantaggiato sul lavoro per il proprio orientamento sessuale, e che circa l'80% ha subito microaggressioni sul posto di lavoro.

Discriminazioni delle persone transgender e non binarie: la prima indagine ISTAT-UNAR dedicata a questo target (2023) rileva che il 97,6% del campione ritiene che le persone trans o con identità di genere non binaria siano molto o abbastanza discriminate in Italia; rispetto ai pronomi usati per riferirsi a sé stessə, il 34,8%

utilizza solo pronomi maschili, il 20,6% solo pronomi femminili, l'11,4% nessun pronome in particolare e il 7% lo schwa o la "u" (ISTAT, 2024).

Crimini e discorsi d'odio: secondo i dati dell'Osservatorio per la Sicurezza contro gli Atti Discriminatori (OSCAD, organismo interforze di Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri), le segnalazioni per crimini o discorsi d'odio basati sull'orientamento sessuale raccolte a livello nazionale sono passate da 3 nel primo anno di rilevazione a un picco di 95 nel 2019, per poi ridursi a 58 nel 2023; quelle legate all'identità di genere sono passate da 10 nel 2019 a 6 nel 2023. Lo stesso OSCAD segnala che questi dati risentono di un forte sotto-dimensionamento (under-reporting e under-recording) e non restituiscono un quadro statisticamente affidabile del fenomeno, anche per l'assenza in Italia di una legge specifica contro l'omobitransfobia (Ministero dell'Interno-OSCAD, 2024).

Bullismo scolastico omotransfobico: il progetto Effetto Farfalla di Gay Center, condotto nell'anno scolastico 2023-2024 in scuole superiori e centri di aggregazione giovanile, rileva che il 35% dellə studenti LGBT+ coinvoltə dichiara di aver subito discriminazioni a scuola e unə su quattro riporta episodi di bullismo anche fisico; lo stesso rapporto cita dati del sondaggio europeo EU-LGBTQI+ secondo cui la quota di studenti LGBTQIA+ italianə che ha ricevuto insulti o minacce è passata dal 46% al 68% (Gay Center, 2024).

Persone anziane LGBTQIA+: il progetto Silver Rainbow di Arcigay finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017-2020), ha condotto un sondaggio nazionale ("Gli anni che passano") e sei focus group in diverse città italiane con persone LGBTI over 50, evidenziando una condizione di "doppia invisibilità": come persone LGBTI e come persone anziane. Il progetto descrive la solitudine involontaria per le persone anziane LGBTI come "un rischio concreto e doppio", aggravato dalla minore probabilità di poter contare su reti familiari tradizionali (Arcigay, Iseppato, 2019; Arcigay, Lelleri, 2019).

Sieropositività e HIV: secondo i dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel 2023 sono state segnalate in Italia 2.349 nuove diagnosi di infezione da HIV (Human Immunodeficiency Virus), pari a un'incidenza di 4,0 nuove diagnosi ogni 100.000 residenti, in aumento rispetto agli anni precedenti; il numero complessivo di persone che vivono con HIV in Italia è stimato intorno a 140.000. Le persone con nuova diagnosi che hanno effettuato il test HIV in seguito a comportamenti sessuali a rischio, o solo dopo la comparsa di sintomi, restano una quota rilevante: un dato che, insieme allo stigma ancora diffuso, contribuisce all'isolamento descritto in questo capitolo (Istituto Superiore di Sanità, 2024).

1.4 VERSO UNA COMPRENSIONE OLISTICA E TRASFORMATIVA

Comprendere la solitudine involontaria in ottica LGBTQIA+ significa compiere un passaggio decisivo: spostarsi da una visione individuale del disagio a una lettura sistemica e collettiva delle sue cause. La solitudine queer non nasce "dentro" le persone, ma tra le persone, negli spazi, nei linguaggi, nelle istituzioni e nelle rappresentazioni che definiscono chi può essere visto, accolto e riconosciuto.

Riconoscerla come fenomeno sistemico e relazionale
La solitudine non è soltanto un'esperienza emotiva, ma un effetto di esclusioni sociali, culturali e politiche. Le persone LGBTQIA+ sperimentano forme di disconnessione che derivano da strutture di potere — eteronormatività, sessismo, abilismo, razzismo, classismo — che si riflettono in ogni dimensione della vita quotidiana. Capirlo significa spostare l'attenzione dalla "cura del sintomo" alla trasformazione del contesto, interrogando le condizioni che generano isolamento.

Superare la retorica del "malessere personale"
Troppo spesso la solitudine queer è trattata come una questione psicologica o di fragilità individuale. Un approccio critico invita invece a leggerla come una forma di resistenza silenziosa o di adattamento a un mondo che non riconosce pienamente l'esistenza queer. Abbandonare la narrativa della colpa o del deficit permette di vedere la solitudine come segnale politico, come spazio di consapevolezza da cui può emergere un desiderio di cambiamento collettivo.

Sviluppare pratiche di cura comunitaria e trasformazione sociale
Contrastare la solitudine non significa solo "includere", ma ricostruire relazioni e immaginari. Servono politiche e

pratiche di cura collettiva, reti di supporto orizzontali e spazi di relazione che valorizzino l'interdipendenza.
La visibilità deve essere accompagnata da rappresentazioni plurali, narrazioni che mostrino la varietà delle vite queer e i loro modi di stare al mondo. L'educazione emotiva, affettiva e di genere può diventare un terreno di prevenzione e di emancipazione, mentre le alleanze intersezionali permettono di superare divisioni e competizioni interne, costruendo comunità capaci di accogliere la complessità.

Una base per il cambiamento
Questa prospettiva, più ampia e articolata, ci invita a leggere la solitudine non come una condizione da eliminare, ma come una lente di analisi e di azione per comprendere come funzionano l'inclusione e l'esclusione nella società.
Nei moduli successivi, approfondiremo le cause strutturali, gli effetti osservati e i progetti di contrasto e prevenzione che promuovono benessere, agency e appartenenza. L'obiettivo è costruire una comprensione trasformativa della solitudine: una conoscenza che non si limita a descrivere, ma che genera possibilità di cambiamento concreto, personale e collettivo.

CAPITOLO 2

Le cause delle solitudini LGBTQIA+*
Fattori strutturali, culturali e individuali

La solitudine che molte persone LGBTQIA+ sperimentano non è mai solo una questione individuale, né il risultato di un semplice carattere introverso o di scelte personali. È piuttosto l'esito di un intreccio complesso fra esperienze di vita, dinamiche emotive e strutture sociali e culturali che rendono difficile sentirsi pienamente riconosciutə e accolte. In altre parole, la solitudine queer nasce sia dentro che fuori di noi: prende forma nelle relazioni quotidiane, nelle famiglie, nella scuola, nel lavoro, nei servizi, ma anche nei modi in cui impariamo a percepirci, a raccontarci e a valutare il nostro valore. Proprio per questo la solitudine involontaria è un fenomeno subdolo: chi la vive spesso la subisce senza avere gli strumenti per nominarla o per riconoscerne le cause strutturali. Finisce per sembrare un problema personale, una sorta di mancanza individuale ("sono io che non vado bene", "sono io che non so farmi amicə"), mentre in realtà è radicata in meccanismi sistemici: stigma, rifiuto, invisibilità, disuguaglianze economiche e geografiche, norme di genere rigide, aspettative di produttività e di normalità.

Per le persone queer, questi meccanismi si sommano: vivere un'identità non etero o non cis nella società contemporanea vuol dire spesso doversi difendere, giustificare o ridurre parti di sé. **È in questo spazio di tensione, fra ciò che siamo e ciò che il contesto permette, che la solitudine trova terreno fertile.**

Per capire davvero le solitudini LGBTQIA+ è utile partire da una domanda semplice ma potente: **cosa porta una persona ad allontanarsi dalla socialità?**

Le risposte possono essere molte: mancanza di tempo, difficoltà caratteriali, esperienze negative nelle relazioni, discriminazioni, fragilità economiche, contesti ostili. Quando guardiamo alla popolazione queer, queste risposte si intrecciano con specifiche forme di oppressione e marginalizzazione.

Fra i fattori più importanti troviamo lo stigma, esplicito, istituzionale o interiorizzato, che produce esclusione diretta (discriminazione, rifiuto) o indiretta (invisibilità). Lo stigma agisce su più livelli: legale, sanitario, scolastico, lavorativo. Diminuisce l'accesso a reti di supporto che riconoscano le identità e i bisogni delle persone LGBTQIA+ e aumenta la probabilità di percepire isolamento. Anche il rifiuto familiare o da parte di reti significative (comunità religiosa, compagnə di scuola, colleghə) gioca un ruolo centrale, così come le norme sociali che definiscono cosa è accettabile e cosa no, chi appartiene e chi viene considerato "fuori posto".
Infine, non possiamo dimenticare le disuguaglianze strutturali: povertà, precarietà lavorativa, condizioni abitative instabili, status migratorio, contesti rurali o periferici poco protettivi. Tutti questi elementi erodono il capitale sociale, cioè le reti di relazioni e fiducia, e favoriscono l'isolamento, specie quando si sommano alle discriminazioni legate all'orientamento e all'identità di genere. A questi fattori si aggiunge spesso il peggioramento della situazione economica delle persone coinvolte, magari già precaria: la perdita di stabilità finanziaria riduce ulteriormente le possibilità di accesso a spazi, relazioni e cure, alimentando un circolo che rende la solitudine più difficile da spezzare.

Come già ampliamente esposto la solitudine, per le persone LGBTQIA+, non è mai il risultato di un solo fattore. Nasce dall'interazione tra più assi di identità e oppressione: razzializzazione, status migratorio o giuridico, lingua, appartenenza a minoranze religiose, corpi non conformi, disabilità motorie, sensoriali, intellettive o cognitive, neurodivergenze, condizioni di salute mentale, status sierologico, povertà, contesti rurali e periferici, posizione di classe e digital divide (divario nell'accesso alle tecnologie digitali).

Età: nelle persone giovani LGBTQIA+ la solitudine è spesso legata al coming out, al bullismo, alla difficoltà di trovare spazi sicuri e al passaggio dalla scuola al lavoro. Negli anziani

emerge invece con la perdita del partner, l'isolamento abitativo, la mancanza di reti di cura e la paura di dover tornare "in armadio" in contesti come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o altri servizi residenziali non inclusivi.

Genere: le persone socializzate come donne e le persone trans femminili risultano spesso più esposte a esclusione e svalutazione. Le donne bisessuali, in particolare, riportano livelli elevati di isolamento e stress per l'intreccio di sessismo e bifobia.

Classe e lavoro: povertà, precarietà contrattuale, periodi di disoccupazione o la condizione di NEET (Not in Education, Employment or Training, cioè persone che non studiano, non lavorano e non seguono percorsi di formazione) possono aumentare in modo decisivo il rischio di esclusione.

Etnia e migrazione: appartenere a minoranze etniche o avere un background migratorio significa spesso vivere discriminazioni multiple: razzismo, xenofobia, omolesbobitransfobia e sessismo possono combinarsi, riducendo l'accesso a reti di sostegno e a servizi inclusivi.

Disabilità: le persone queer con disabilità affrontano barriere sia fisiche sia sociali: luoghi non accessibili, pregiudizi, infantilizzazione, stereotipi sulla sessualità delle persone disabili.

2.1 STIGMA, RIFIUTO E NORME SOCIALI

Lo stigma verso le identità LGBTQIA+ può essere esplicito, quando si manifesta in insulti, violenze, discriminazioni, oppure più sottile e interiorizzato, quando porta le persone a pensare di non meritare amore, cura o sostegno. In entrambi i casi, lo stigma corrode l'autostima e spinge a ritirarsi per proteggersi: meglio stare da solə che esporsi a nuovi rifiuti.

Il rifiuto da parte della famiglia o di reti importanti rappresenta una delle condizioni più dolorose e incisive nel determinare solitudine e isolamento. Essere espulsə di casa, perdere il sostegno economico, affettivo e pratico, oppure vivere in un clima relazionale ostile, fatto di silenzi, freddezza o micro-aggressioni, compromette profondamente il benessere delle persone queer.

Le norme sociali e le diffuse aspettative di ruolo, su come dovrebbe essere un uomo, una donna, una famiglia, una relazione "seria", aumentano il disagio nel frequentare determinati contesti sociali. Chi non si conforma ai modelli ciseteronormativi rischia di sentirsi costantemente fuori posto.

2.2 DISUGUAGLIANZE STRUTTURALI E CORPI TAGLIATI FUORI

Le disuguaglianze strutturali, povertà, precarietà lavorativa, condizioni abitative instabili, status migratorio, contesti rurali o periferici, erodono il capitale sociale e favoriscono l'isolamento. Se non posso permettermi mezzi di trasporto, attività culturali, sport o momenti di svago, diventa più difficile costruire reti di amicizia.

Nella società contemporanea, inoltre, l'inclusione sociale è spesso legata alla capacità di un corpo di rispondere a determinate aspettative: lavorare, produrre, riprodursi. I corpi non conformi, corpi non binari, in transizione, intersex, con disabilità, con malattie o condizioni invalidanti, con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, vengono facilmente esclusi o marginalizzati, non solo dal mondo del lavoro ma anche dalle reti sociali e relazionali. Quando il proprio corpo viene percepito dagli altri come "sbagliato", "troppo", "non abbastanza", diventa più difficile esporsi, mostrarsi, chiedere vicinanza. La solitudine, in questi casi, non è solo mancanza di persone intorno, ma anche distanza da sé: fatica a sentirsi a casa nel proprio corpo e nella propria immagine.

2.3 L'IMPORTANZA DI ESSERE VISTƏ

Quando istituzioni come scuole, università, servizi sanitari o politiche locali non riconoscono i bisogni specifici delle persone LGBTQIA+, si produce una forma di invisibilità sistemica che alimenta la solitudine. Questa invisibilità agisce in modo subdolo: limita l'accesso a risorse adeguate e comunica implicitamente che le identità queer sono **marginali, trascurabili o addirittura non degne di tutela.**

Così, discriminazione e stigma non rimangono episodi isolati, ma diventano strutturali: si intrecciano con regolamenti, procedure, prassi professionali. Le persone LGBTQIA+ si trovano così spesso di fronte a una scelta impossibile: rinunciare ai servizi per proteggere la propria sicurezza e privacy, oppure accedervi a costo di nascondere parti fondamentali della propria identità.

L'inadeguatezza dei servizi pubblici rappresenta un fattore cruciale nel rafforzare la solitudine involontaria delle persone LGBTQIA+. Spesso i servizi a disposizione, che si tratti di supporto psicologico, assistenza sanitaria, servizi sociali, centri di aggregazione, sportelli lavoro, non sono pensati né strutturati in ottica inclusiva. Alle barriere culturali si sommano quelle pratiche: moduli che non contemplano identità di genere non binarie, linguaggi solo maschile/femminile, procedure che espongono al rischio di outing involontario, assenza di percorsi dedicati e di spazi fisici percepiti come sicuri. Non sorprende, quindi, che molte persone LGBTQIA+ sviluppino sfiducia verso le istituzioni e rinuncino a chiedere aiuto proprio quando ne avrebbero più bisogno. **La conseguenza è un isolamento che non dipende solo dalla mancanza di reti informali (famiglia, amicə, partner), ma anche dalla difficoltà ad accedere a reti formali di supporto.**

2.4 LA MASCHERA CHE INDOSSIAMO: TRAIETTORIA E GABBIE DI GENERE

La mascolinità normativa è uno dei fattori culturali più pervasivi nel modellare identità e relazioni. Si tratta di un modello di comportamento che definisce cosa significhi essere "veri uomini", limitando l'espressione emotiva e la capacità relazionale. Come evidenzia bell hooks, la socializzazione maschile occidentale è costruita attorno a un'ideologia della dominazione, in cui amore, vulnerabilità ed empatia vengono visti come incompatibili con la virilità. Per giovani gay, bisessuali o trans socializzati come maschi, la pressione è doppia: da un lato ci si aspetta che aderiscano alle norme della mascolinità normativa; dall'altro vengono stigmatizzati proprio perché non vi corrispondono. Questo doppio vincolo genera inibizione sociale, riduce la confidenza emotiva e porta facilmente all'isolamento.

Le persone socializzate come donne, d'altra parte, vengono spesso incoraggiate alla cura e alla relazione. Questo può facilitare la comunicazione emotiva, ma non le protegge dalla solitudine: l'intersezione tra sessismo, lesbofobia e bifobia genera vulnerabilità specifiche, che si manifestano come esclusione sociale, svalutazione delle relazioni tra donne, invisibilità delle famiglie queer.

2.5 RIFIUTO FAMILIARE E STATUS ABITATIVO

Il rifiuto familiare è uno dei fattori più dolorosi nella storia di molte persone LGBTQIA+. Lo studio di Yadegarfard e Meinhold-Bergmann mostra che il rifiuto è fortemente correlato a depressione, solitudine e rischio suicidario, in particolare nelle adolescenti trans. Ma non serve arrivare all'espulsione esplicita per produrre danni profondi: anche la mancanza di accettazione emotiva, silenzi, freddezza, battute svalutanti, è sufficiente a compromettere la salute mentale. La collocazione geografica gioca un ruolo ulteriore: vivere

in piccoli centri, contesti rurali o paesi con una cultura fortemente repressiva può rendere più difficile incontrare altre persone LGBTQIA+, accedere a servizi di supporto, partecipare a eventi comunitari.
Per le persone senior, infine, il rifiuto e la mancanza di riconoscimento possono tradursi in una profonda instabilità: chi non ha avuto la possibilità di sposarsi, di costruire una famiglia riconosciuta, di accedere a tutele legali, vive spesso la vecchiaia con meno reti di cura e maggiori rischi di isolamento.

2.6 DIGITALIZZAZIONE: RISORSA E ARMA

La rete è diventata uno spazio ambivalente per le persone LGBTQIA+. Da un lato rappresenta una risorsa preziosa: un luogo dove informarsi, creare connessioni, accedere a servizi di supporto, partecipare a comunità anche a distanza. Dall'altro lato, la dimensione online può trasformarsi in un rifugio che porta alcune persone, soprattutto le più fragili, a isolarsi dal mondo offline. In questo contesto, non mancano episodi di cyberbullismo e discorsi d'odio, che colpiscono in maniera particolare le persone trans, non binarie, le persone grasse, le persone con disabilità, le persone razzializzate.
La sfida, dal punto di vista educativo, è aiutare le persone a usare gli strumenti digitali in modo consapevole e critico, valorizzando le risorse e proteggendosi dai rischi.

2.7 SALUTE E SOLITUDINE

Le solitudini involontarie sono particolarmente acute in alcune condizioni ancora poco considerate nei servizi e nelle narrazioni sociali. In questo paragrafo affrontiamo insieme, ma non equipariamo, tre piani distinti: le malattie croniche e le disabilità, le condizioni sierologiche come la sieropositività e le condizioni psicologiche, tra cui le neurodivergenze. Si tratta di esperienze profondamente diverse tra loro per origine, decorso e significato

per chi le vive: una malattia cronica non è la stessa cosa di uno stato sierologico, così come una neurodivergenza o una condizione di salute mentale non equivalgono né all'una né all'altra, e nessuna delle tre va confusa con le altre. Le trattiamo in sequenza in questo paragrafo perché condividono, pur nella loro specificità, un meccanismo comune: un doppio stigma, quello legato alla condizione di salute e quello legato all'identità LGBTQIA+, che si sommano e contribuiscono a un isolamento più profondo, spesso strutturale.

Le persone LGBTQIA+ che convivono con una malattia cronica o con una disabilità affrontano spesso una doppia barriera. Da un lato ci sono le difficoltà legate alla condizione di salute in sé: dolore, affaticamento, necessità di cure continuative, barriere di accessibilità negli spazi fisici e digitali. Dall'altro lato c'è il rischio di non essere pienamente riconosciutə nella propria identità di genere o nel proprio orientamento sessuale da parte di servizi sanitari e sociali pensati per un'utenza normativa, che raramente prevedono personale formato su entrambi gli aspetti. Questo si traduce spesso nella necessità di scegliere quale parte di sé rendere visibile in un dato contesto, ad esempio decidendo se parlare della propria disabilità in uno spazio LGBTQIA+ o della propria identità queer in un contesto sanitario o riabilitativo. Questo costo psicologico aggiuntivo, che si somma alla gestione quotidiana della malattia o della disabilità, aumenta il rischio di isolamento e riduce le occasioni di costruire relazioni in cui ci si senta riconosciutə nella propria interezza.

La sieropositività è spesso accompagnata da forme complesse di solitudine, derivanti tanto dallo stigma sociale quanto dall'invisibilizzazione nei servizi e nei contesti comunitari. Studi su persone con HIV over 50, ad esempio, mostrano che una quota significativa vive solitudine, isolamento sociale o entrambe le condizioni. Questi effetti sono aggravati da co-morbidità fisiche, mobilità ridotta, precarietà economica e da una narrazione pubblica che

parla poco di HIV in modo realistico e non catastrofico. A livello biologico, inoltre, la solitudine ha effetti misurabili su infiammazione, immunità e gestione terapeutica, tanto da essere considerata una vera e propria variabile clinica nei percorsi di cura.

Le persone neurodivergenti, ad esempio autistiche, con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), con disturbi del neurosviluppo, riportano tassi più alti di solitudine, indipendentemente dalla presenza o meno di relazioni esterne. Non è raro che una persona abbia molte interazioni ma si senta comunque sola, perché fatica a trovare spazi in cui la propria modalità di comunicazione e percezione sia davvero compresa e rispettata. Una parte della letteratura indica che la solitudine nelle persone neurodivergenti nasce da fattori come esperienze negative nei contesti sociali, necessità di masking (il camuffamento della propria identità per adattarsi alle aspettative neurotipiche), incomprensione diffusa e barriere alla reciprocità emotiva.

Diversamente dalla neurodivergenza, che descrive una modalità di funzionamento cognitivo e non una condizione da curare, alcune persone LGBTQIA+ convivono con diagnosi psichiatriche o percorsi di salute mentale (ad esempio disturbi d'ansia, depressivi, o legati a un trauma). In questi casi il rischio è quello di un doppio stigma: da un lato quello, ancora diffuso, verso la sofferenza psichica; dall'altro quello legato all'identità LGBTQIA+, che talvolta viene impropriamente ricondotta alla condizione psichiatrica stessa, anziché essere riconosciuta come una dimensione distinta della persona. Questo doppio stigma può portare le persone a rinunciare a chiedere supporto, per timore di non essere credutə o di vedere la propria identità patologizzata da chi dovrebbe fornire cura, aggravando così l'isolamento invece di alleviarlo.

2.8 PER CONCLUDERE: RICONOSCERE, NOMINARE, TRASFORMARE

Riflettere sulle cause delle solitudini LGBTQIA+ non serve a colpevolizzare i singoli contesti, la famiglia, la scuola, i servizi, ma a riconoscere che la solitudine non è mai solo un fatto privato. È il prodotto di strutture, norme, immaginari e scelte politiche. Sapere questo può essere doloroso, ma è anche uno strumento di liberazione: **se la solitudine è sistemica, allora può essere affrontata collettivamente.**

A partire da questa consapevolezza diventa possibile immaginare interventi più mirati nelle scuole, nei servizi, nelle associazioni, nei quartieri.

CAPITOLO 3

Gli effetti delle solitudini involontarie

Avviso sui contenuti (promemoria):
questo capitolo affronta in modo diretto autolesionismo, ideazione e rischio suicidario, dipendenze e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
Se in questo momento questi temi risultano difficili da leggere, è possibile saltare le prossime pagine o fare una pausa.

La solitudine rappresenta un fenomeno multidimensionale che non si limita a un semplice stato emotivo, ma si configura come un processo dinamico in grado di incidere in profondità sulla salute mentale, sulle competenze relazionali e sull'integrazione sociale degli individui. Essa può derivare tanto da un isolamento imposto da fattori esterni quanto da una forma di autoisolamento volontario, che si sviluppa come strategia di difesa o di ritiro.

Isolamento e chiusura relazionale: il primo livello di conseguenze riguarda la progressiva riduzione della rete sociale. Tale processo si traduce in una chiusura relazionale che limita i rapporti interpersonali ad attività superficiali e pragmatiche, senza possibilità di un reale scambio affettivo. Questo aspetto appare più marcato nelle persone socializzate come uomini, spesso condizionate da modelli culturali che scoraggiano l'espressione emotiva e la ricerca di supporto.

Impatto sulla salute mentale: numerosi studi hanno evidenziato come la solitudine costituisca sia un fattore di rischio sia un fattore di mantenimento di disturbi psicopatologici. Ansia, depressione ed esaurimento sono le manifestazioni principali alle quali si aggiungono burnout e disturbi correlati allo stress.

Emarginazione e invisibilità sociale: la persona isolata percepisce la propria presenza come irrilevante nel tessuto comunitario. Questo stato alimenta un circolo vizioso, in cui la riduzione delle capacità relazionali rafforza l'isolamento stesso. Peggiora anche per la mancanza di relazioni familiari, come nel caso di molte persone anziane che non hanno la possibilità di avere l'aiuto dei figli e che devono fare affidamento su una rete di amicizie che hanno creato nel corso della vita, talvolta anch'esse avanti con gli anni.

Solitudine digitale e trasformazione delle relazioni: la diffusione delle tecnologie digitali ha introdotto nuove modalità di connessione sociale. Se da un lato i social media possono rappresentare un fattore protettivo contro l'isolamento, soprattutto negli anziani o nei soggetti geograficamente marginalizzati, dall'altro lato essi rischiano di fomentare la creazione di legami e relazioni asincrone prive del peso della performatività. L'effetto "echo chamber" ("camera dell'eco", la creazione di un ambiente chiuso e auto-referenziato) riguarda anche persone anziane che usano computer e social network: se da un lato l'uso della tecnologia può essere un modo per contrastare la solitudine di chi, per vari motivi, si ritrova isolatə nella propria casa, dall'altro lato può diventare un modo per cristallizzare la situazione di isolamento creando un mondo parallelo che si configura come zona di comfort.

Autonomia, dipendenza e autopercezione: la solitudine compromette anche la capacità di chiedere aiuto, generando l'illusione di un'autonomia totale. L'idealizzazione dell'indipendenza diventa così un valore supremo, che porta al rifiuto del sostegno sociale e all'impoverimento dei legami affettivi. Ne conseguono bassa autostima, senso di fallimento, vissuti di alienazione e, in alcuni casi, comportamenti di dipendenza da sostanze o da dinamiche relazionali disfunzionali.

Solitudine, minority stress e popolazioni vulnerabili:

la condizione di solitudine si intreccia in modo significativo con le dinamiche del minority stress, che colpiscono in particolare la comunità LGBTQIA+. I meccanismi di minority stress alimentano solitudine e ritiro; sono gli stessi assi lungo cui, anche negli adolescenti e negli adulti, si osservano vittimizzazione, bassa autostima e scarsa fiducia relazionale nei profili di ritiro/isolamento. Tra i giovani della comunità LGBTQIA+, tale condizione si traduce spesso in abbandono scolastico o in un calo drastico del rendimento, a causa della percezione dell'ambiente scolastico come non sicuro. Sul piano occupazionale, si osserva una ridotta capacità di trovare un'occupazione, con tassi di disoccupazione più elevati.

Effetti neurobiologici: la letteratura scientifica documenta come la solitudine cronica determini alterazioni neurobiologiche rilevanti. I processi emotivi e le funzioni cognitive esecutive risultano compromessi, con un aumento delle risposte infiammatorie allo stress. Queste alterazioni sono particolarmente accentuate nelle persone gender non-conforming, che subiscono la sovrapposizione degli effetti dello stress cronico e della marginalizzazione sociale.

Autolesionismo, pensieri suicidi e tentativi di suicidio: le conseguenze più gravi della solitudine comprendono forme di autolesionismo fisico e psicologico e l'emergere di pensieri suicidari. Le ricerche indicano che i tassi di ideazione e tentativi di suicidio sono più elevati tra i giovani LGBTQIA+ rispetto alle persone anziane che hanno già alle spalle un coming out, una visibilità assodata e una certa stabilità. L'incidenza del suicidio è maggiore negli uomini adulti. Riproduzione di modelli patriarcali, dinamiche di controllo e mancanza di modelli alternativi: infine, la solitudine agisce anche come vettore di riproduzione culturale. In contesti familiari isolati, i figli maschi tendono a replicare schemi patriarcali e dinamiche di controllo, con una conseguente difficoltà nello sviluppo di relazioni empatiche e paritarie. Tale mancanza di dialogo ed empatia contribuisce a

perpetuare il ciclo della solitudine attraverso le generazioni, spesso in un contesto di peggioramento della situazione economica familiare, magari già precaria.

3.1 PERSONE SOCIALIZZATE DONNE LESBICHE, BISESSUALI E QUEER: IMPLICAZIONI CORPOREE

La solitudine, nelle donne lesbiche, bisessuali e queer (LBQ), non si limita a un vissuto psicologico o emotivo, ma si incarna nel corpo, diventando un'esperienza materiale e fisiologica. Essa altera processi biologici, neuroendocrini e immunitari, e si intreccia con lo stigma sociale e culturale che per decenni ha marginalizzato le soggettività femminili non eterosessuali. Le donne LBQ, soprattutto in età adulta e matura, vivono spesso un duplice processo di esclusione: da un lato la mancanza di riconoscimento sociale e affettivo nelle reti familiari e nei contesti istituzionali; dall'altro l'invisibilità persino all'interno della comunità LGBTQIA+, dove la narrazione maschile tende a prevalere.
La solitudine cronica trasforma il corpo in uno spazio di vulnerabilità e di tensione identitaria. L'assenza di conferme sociali e di sguardi accoglienti amplifica vissuti di non conformità, vergogna o non desiderabilità.

Dal punto di vista fisiologico, la solitudine cronica nelle donne LBQ si associa a livelli elevati di cortisolo, che indicano una maggiore esposizione allo stress e alla fatica emotiva. La risposta immunitaria tende a essere più infiammatoria e meno regolata, aumentando il rischio cardiovascolare e metabolico.

Il corpo diventa spesso mezzo di espressione di un dolore invisibile. Nelle donne LBQ isolate, possono emergere pratiche autolesive, come tagli, bruciature o disturbi alimentari, che rappresentano un linguaggio corporeo attraverso cui il dolore psichico prende forma visibile. Il concetto di embodiment, inteso come il corpo

quale luogo di sedimentazione delle esperienze sociali, aiuta a comprendere come la solitudine e lo stigma interiorizzato si traducano in tensioni somatiche. L'embodiment diventa così il punto in cui il sociale si fa biologico, e dove la solitudine si trasforma in esperienza corporea concreta.

3.2 PERSONE TRANSGENDER E NON BINARIE

Per le persone transgender e non binarie, la solitudine assume contorni ancora più strutturali e complessi, poiché intreccia dimensioni psicologiche, corporee e mediche. Anche in questo caso, la solitudine non è soltanto una condizione emotiva, ma un fenomeno incarnato. Tuttavia, a differenza delle donne LBQ, per le persone transgender il corpo è spesso un territorio di conflitto identitario, segnato da esperienze di disforia, medicalizzazione e discriminazione sistemica. La solitudine può inoltre amplificare la percezione di scollamento tra identità di genere e corpo fisico, rendendo quest'ultimo un luogo di sofferenza e alienazione.

Gli effetti biologici della solitudine si intrecciano con le specificità delle persone transgender, soprattutto per chi segue percorsi di terapia ormonale sostitutiva (Hormone Replacement Therapy, HRT). Lo stress cronico e l'attivazione infiammatoria possono modificare l'efficacia percepita delle terapie, interferire con la regolazione endocrina e intensificare gli effetti collaterali.

Il corpo diventa spesso teatro di un dolore identitario, dove la solitudine e la disforia si incontrano. Le pratiche autolesive, in questi casi, possono assumere la forma di tentativi di "correggere" o punire il corpo percepito come incongruo. L'embodiment evidenzia con forza la materialità del vissuto di esclusione. Il corpo non è soltanto il bersaglio dello stigma, ma anche il suo archivio vivente: un luogo in cui si accumulano la paura, la vergogna e il rifiuto sociale.

3.3 PERSONE GIOVANI: ESPERIENZE DI RITIRO O "HIKIKOMORI"

Le esperienze di ritiro e isolamento sociale, come la sindrome da autoesclusione Hikikomori, sono caratterizzate da un isolamento auto-imposto e prolungato dalla società, che può durare da sei mesi a diversi anni. Le cause sono varie e complesse, come abbiamo già potuto vedere, e gli effetti/conseguenze includono: ansia, depressione, disturbi del sonno, apatia, e un deterioramento generale della salute fisica e cognitiva, con possibili comportamenti regressivi o violenti.
Nello specifico la sindrome Hikikomori colpisce lə giovani e lə adolescenti e, secondo stime aggiornate dell'associazione Hikikomori Italia (Crepaldi), ci sono ormai circa 200.000 hikikomori in Italia. Incrociando questi dati con quelli del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), possiamo notare come questo fenomeno si sviluppi in tre fasi.
Prima fase (pre-hikikomori): il ragazzo o la ragazza va a scuola spesso con difficoltà, con manifestazioni di insofferenza e un rifiuto saltuario di recarsi in aula, per poi piano piano ritirarsi dalle uscite con amici e amiche, dallo sport e da altre attività sociali. Il rischio è che lo stress legato all'ansia del giudizio porti a un burnout, a un esaurimento delle energie nervose e motivazionali. Social network e smartphone amplificano l'ansia sociale.
Seconda fase: è quella dell'abbandono scolastico, che spesso porta direttamente alla terza fase.
Terza fase: la porta della stanza dei ragazzi si chiude e finiscono i rapporti con i genitori, che non riescono più a comunicare con lorə.

Agire sulla prima fase potrebbe sembrare una buona soluzione, ma va ricordato che le persone hikikomori non sono molto collaborative e negano di avere un problema. Questo mette in confusione insegnanti e genitori e rende difficile intervenire nel modo corretto,

soprattutto se non vengono individuati per tempo i segnali di questo disagio.
Incrociando i dati disponibili (per lo più studi trasversali e/o su campioni specifici, che prendono in esame anche la realtà italiana della popolazione scolastica dal 2019 al 2022), l'aumento della solitudine adolescenziale è documentato anche a livello internazionale, ma il trasferimento a contesti locali richiede cautela. Non risultano, nel corpus consultato, studi che quantifichino direttamente il fenomeno hikikomori nelle persone LGBTQIA+ o nelle persone Transgender e Gender Diverse (TGD).

- Differenze di genere (2019→2022, "mai incontri con gli amici"): dal 6,3% al 10,9% per le femmine, dal 5,0% all'8,8% per i maschi; non sono riportate differenze per orientamento nelle tabelle principali; in generale, le femmine mostrano livelli più alti nel 2022.
- Profilo di rischio: negli adolescenti italiani, una quota non trascurabile presenta caratteristiche compatibili con ritiro scolastico/sociale (profilo "Lone Wolves"), con crescita post-pandemica; tra le persone TGD si osservano prevalenze molto elevate di solitudine/isolamento.
- Adulti LGB (Lesbiche, Gay, Bisessuali) con alta preoccupazione per lo stigma e ansia sociale mostrano maggiore solitudine.
- Persone TGD: uno studio ospedaliero condotto in Germania rileva solitudine all'83,3%, isolamento sociale percepito al 77,7%, isolamento oggettivo al 34,4%. Fattori associati: bassa istruzione, cattiva salute, disoccupazione; essere non sposatə e avere subìto un intervento chirurgico di affermazione di genere risultano associati a più solitudine nel campione.
- Minoranze sessuali: un modello strutturale su un campione globale di 7.856 adulti LGBTQ in 85 Paesi mostra che la marginalizzazione (discriminazioni, microaggressioni, rifiuto familiare) è associata a maggiore solitudine sociale ed emotiva, anche indirettamente tramite omonegatività interiorizzata, occultamento e preoccupazione per lo stigma; un maggiore

coinvolgimento nella comunità LGBTQ si associa, seppur debolmente, a meno solitudine.

3.4 ISOLAMENTO MASCHILE

L'isolamento maschile è il risultato di dinamiche complesse che intrecciano norme culturali, socializzazione di genere e difficoltà relazionali.
La pressione culturale della mascolinità: uno dei motivi principali risiede nella costruzione culturale della mascolinità, che valorizza forza, autocontrollo e indipendenza. Molti uomini sviluppano relazioni basate su attività pratiche o sportive, ma faticano a coltivare rapporti di intimità e fiducia (Van de Velde, 2025).

La socializzazione maschile spinge gli uomini a evitare l'ammissione di vulnerabilità, portandolə a interpretare il disagio in termini di noia, frustrazione o irritazione piuttosto che di solitudine, con il rischio di una sottostima della solitudine maschile nelle indagini (Perlman & Peplau, 1981).
Gli uomini, rispetto alle donne, tendono inoltre a impegnarsi meno in rapporti basati sul sostegno reciproco e sull'intimità. Secondo un report dell'associazione statunitense AARP (2018), soprattutto dopo i 45 anni gli uomini trascorrono più tempo da soli e mostrano punteggi inferiori per quanto riguarda il sostegno emotivo.
La negazione della solitudine non elimina certo il problema, ma lo amplifica, con rischio di ansia, ritiro sociale e comportamenti compensatori disfunzionali, come abuso di alcol o rigidità relazionale.
Contrastare questa forma di solitudine significa non solo promuovere occasioni di incontro, ma anche mettere in discussione le norme culturali che regolano l'espressione emotiva degli uomini.

3.5 LE PERSONE ANZIANE

L'isolamento in età anziana è un fenomeno multifattoriale, radicato in condizioni personali, sociali e culturali.

Fattori demografici e familiari: molti anziani vivono solə a causa della vedovanza, dell'assenza di figli o del distacco dai legami familiari. Le indagini dell'organizzazione statunitense SAGE (Services and Advocacy for LGBT Elders, 2025) mostrano che le persone LGBTQ+ anziane hanno probabilità doppia di vivere solə e sono meno propense ad avere figli, fattore che riduce le reti di sostegno informale.

Declino della salute fisica e mentale: la presenza di malattie croniche, disabilità o condizioni come l'HIV/AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) aumenta il rischio di isolamento. Gli studi confermano che solitudine e isolamento incidono su salute cardiovascolare, rischio di demenza e mortalità precoce (Fakoya et al., 2020).

Discriminazione e stigma: molti anziani, soprattutto appartenenti a minoranze sessuali e di genere, hanno sperimentato discriminazioni per tutta la vita. Quasi la metà degli anziani LGBTQ+ segnala episodi di discriminazione, anche in ambiti cruciali come abitazione e assistenza sanitaria (SAGE, 2025). Per il contesto italiano, il progetto Silver Rainbow di Arcigay, realizzato con Arci Pesca FISA e finanziato dal Ministero del
Lavoro e delle Politiche Sociali, descrive per le persone LGBTI anziane una condizione di "doppia invisibilità", come persone LGBTI e come persone anziane, che rende la solitudine involontaria "un rischio concreto e doppio" (Arcigay, Iseppato, 2019).

Fragilità economica e abitativa: l'insicurezza economica limita l'accesso a servizi, spazi di socialità e opportunità culturali. Molti anziani, in particolare LGBTQ+, hanno redditi più bassi e maggior rischio di precarietà abitativa; il rapporto conclusivo

del progetto Silver Rainbow propone, tra le possibili risposte, modelli di cohousing (abitare collaborativo) pensati per le persone LGBTI della terza e quarta età (Arcigay, Lelleri, 2019). Debolezza delle reti sociali: con l'età si riduce la dimensione delle reti amicali, mentre il pensionamento comporta la perdita di contatti significativi.

Aspetti psicologici e soggettivi: non tuttə coloro che vivono solə si sentono solə, ma moltə riferiscono mancanza di compagnia o difficoltà a mantenere relazioni affettive. Insufficiente accesso a servizi adeguati: la paura di discriminazioni o la scarsa sensibilità culturale di istituzioni e caregiver rendono più difficile per gli anziani cercare supporto.

Approfondimento: il corpo che cambia

Negli anni il corpo partecipa attivamente alla costruzione dell'identità personale, ed essendo la sua immagine corporea in continua mutazione e critica ristrutturazione, diventa protagonista primo dei disturbi psico-fisici. Nei momenti di radicale cambiamento, si pensi all'adolescenza o alla stessa vecchiaia, i vissuti del corpo possono portare a una crisi nel sentimento di continuità della propria immagine corporea. Le esperienze che, nella vita dell'anziano, possono portare a una riscoperta decisa e traumatica del corpo sono trasversali, ossia toccano in egual misura sia le persone etero che le persone anziane LGBTQIA+, così come le persone di altre fasce di età. Resta però il fatto che per le persone LGBTQIA+ questo elemento diventa un addendo ulteriore, che aumenta il peso della discriminazione e peggiora la condizione di solitudine della persona, soprattutto se anziana.

Il corpo non più disponibile: il corpo fisiologicamente silenzioso è naturalmente aperto alle esperienze del mondo della quotidianità. Nel momento in cui viene percepito un certo declino della forza e delle prestazioni fisiche, il vissuto che l'anziano sperimenta può essere decisamente tragico e incidere sui rapporti e sulle modalità con cui affronterà il mondo esterno.

Il declino estetico del corpo: il fisiologico declino estetico può infliggere ferite tali da portare, in qualche caso, a vere e proprie reazioni comportamentali disturbate e vissuti di inadeguatezza. Il cambiamento estetico del corpo può impattare anche sulla salute mentale o sulla qualità di vita delle persone giovani, in relazione al peso dato ai canoni estetici vigenti nella società in cui si vive, in un dato periodo storico.

Il corpo malato: il corpo diviene uno scomodo oggetto da curare e i rapporti con le persone si riducono a quelli con le figure professionali sanitarie. Questa non è solo una condizione vissuta dai corpi delle persone anziane debilitate dall'età, ma anche da persone più giovani affette da malattie croniche o disabili, in società strutturate per le persone "normodotate".

Il corpo non produttivo: la persona anziana viene privata di colpo della più antica e riconosciuta fonte di legittimazione sociale, culturale ed economica. Con la perdita del riconoscimento socio-economico, il tentativo, a volte disperato, di arginare il crollo della propria immagine può avere risvolti negativi legati all'isolamento oppure a un'attenzione continua e reiterata al corpo, che potrebbe sfociare in vissuti depressivi o in malesseri persistenti.

CAPITOLO 4

Strategie e interventi: buone pratiche e approcci trasformativi

Le solitudini involontarie non sono soltanto esperienze individuali ma rappresentano fenomeni sociali con conseguenze profonde sulla qualità della vita della singola persona quanto sul benessere dell'intera comunità.
Per contrastarle è fondamentale progettare attività e interventi mirati, capaci di agire su più livelli (sociale, relazionale e politico). La progettazione di percorsi e iniziative diventa quindi uno strumento strategico in cui offrire occasioni di incontro diventa lo strumento chiave per generare un cambiamento culturale duraturo, che promuova una società inclusiva e accogliente.
La creazione di spazi sicuri, luoghi fisici o virtuali nei quali le persone si possano riconoscere, sentirsi accolte e sviluppare nuove relazioni, è una condizione imprescindibile per ridurre l'isolamento e costruire un senso di appartenenza condiviso.

Un aspetto fondamentale su cui riflettere è la comunicazione: non richiede soltanto le attenzioni e cure che dedicheremmo a qualsiasi comunicazione di eventi o progettualità, non basta creare una comunicazione inclusiva e corretta, la sfida è quella di raggiungere il target.
Vi invitiamo a ragionare sulle modalità comunicative da preferire, anche partendo dagli strumenti e modalità da utilizzare.

Es: Per raggiungere le persone anziane è efficace una sponsorizzazione su tik-tok?

4.1 ESEMPI E BUONE PRATICHE

Abbiamo scelto di presentare progetti e interventi in diverse aree, sviluppati in aree geografiche e culturali differenti, con attenzione mirata a quali offrono dei focus o stimoli di interesse per favorire la riflessione in merito ad una progettazione efficace da sviluppare nei Comitati partecipanti.

Caffè, gruppi AMA e incontri informali regolari

Obiettivi ed esiti attesi:

- Creare appuntamenti regolari di socializzazione per contrastare l'isolamento e rafforzare il senso di comunità.
- Offrire spazi di dialogo e confronto in contesti informali oppure in setting strutturati o percorsi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) con la presenza di una persona facilitatrice.
- Aumentare la frequenza e continuità dei contatti, elemento essenziale per costruire legami duraturi.

Questi interventi hanno il vantaggio di essere semplici da avviare, replicabili e di non richiedere finanziamenti o contributi economici. La loro efficacia dipende spesso dalla capacità di creare un clima accogliente e dalla chiarezza dei target di riferimento.
La partecipazione ad associazioni LGBTQIA+ e alle reti identitarie è di per sé già un'occasione preziosa, con appuntamenti che garantiscono socialità in uno spazio comune sicuro di condivisione.

La dimensione identitaria o tematica aumenta il senso di appartenenza, facilita l'identificazione e favorisce una partecipazione costante nel tempo.

The LGBT Foundation

Sito web: lgbt.foundation/liverpool
Organizzazione di eventi sociali informali, creazione di spazi safer per favorire la partecipazione intergenerazionale e interculturale.

Un elemento di successo è la specificità dei gruppi, quelli che funzionano meglio sono quelli con un target ben definito. Il gruppo Sapphos, dedicato a persone socializzate donne, è uno dei più longevi e frequentati. Altri gruppi sono rivolti a comunità con bisogni particolari, come persone LGBTQIA+ con dipendenze da alcol o da metanfetamine.

Servizi telefonici/online:

Obiettivi ed esiti attesi:

- Ridurre la solitudine e il senso di abbandono direttamente al domicilio delle persone, senza la necessità di spostamenti.
- Offrire ascolto attivo e supporto emotivo in modo flessibile, sia su appuntamento sia con cadenza regolare.
- Creare una rete di prossimità digitale che dia continuità al sostegno e mantenga un canale di contatto anche nei momenti di maggiore fragilità.
- Intercettare chi, per motivi di salute, di mobilità, di isolamento geografico o di timore del giudizio, non accederebbe ad altri servizi in presenza.

Questi servizi sono particolarmente efficaci se garantiti da personale formato e disponibile in modalità accessibile e inclusiva.

SAGE x HearMe

Sito: sageusa.org

Nato dalla collaborazione tra l'associazione SAGE e l'app HearMe, questo servizio offre supporto on-demand per il benessere mentale. Permette di parlare o messaggiare in tempo reale con persone LGBTQIA+ o alleate, preparate e formate; Ha reso disponibili strumenti aggiuntivi come diario post-sessione e registro giornaliero dell'umore.

La disponibilità 24 ore su 24, 7 giorni su 7, garantisce accesso immediato a supporto, comprensione e connessione. Richiede risorse molto significative per mantenere una copertura continuativa, ma rappresenta un modello pionieristico di sostegno digitale per la comunità.

Eventi di arte e cultura

Obiettivi ed esiti attesi:

- favorire l'interazione sociale attraverso la condivisione di esperienze artistiche; offrire opportunità di apprendimento culturale e di espressione creativa; valorizzare la storia e la memoria della comunità LGBTQIA+; stimolare la connessione intergenerazionale.

Una ricerca: "Afternoon at the Museum" (Zhong et al., 2024), condotta al De Young Museum di San Francisco, ha mostrato che anche attività apparentemente semplici, come una visita guidata a un museo in un contesto intergenerazionale, possono avere effetti significativi sul benessere psicosociale di persone LGBTQ+ anziane.

"Pride in Ageing"

Visita guidata all'esposizione dedicata a Holly Johnson, riservata a persone LGBTQIA+ over 50, conclusa con un momento conviviale.

Queer Life Drawing Class

Laboratorio di disegno dal vivo condotto da un'artista non binaria, che unisce pratica artistica e socializzazione.

LGBTQ+ Poetry Club

Club di poesia gratuito, nato durante il primo periodo di isolamento della pandemia da Covid-19, che dimostra come gli spazi digitali possano diventare luoghi culturali accessibili anche a chi è geograficamente lontano.

4.2 IL CONTESTO ITALIANO

Gli esempi internazionali presentati sopra offrono spunti metodologici solidi, ma è utile affiancarli a esperienze italiane più vicine al contesto in cui i Comitati Arcigay operano. Di seguito alcune realtà già attive sul territorio nazionale, che possono essere approfondite e contattate per uno scambio di buone pratiche.

Sportelli di ascolto e gruppi di auto mutuo aiuto: molti Comitati territoriali Arcigay gestiscono già sportelli di ascolto psicologico gratuiti e gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) dedicati a target specifici. Un esempio di rete integrata è CasArcobaleno, il polo di servizi di Arcigay Torino, che include lo Sportello Accoglienza (ascolto e orientamento generale, anche per richiedenti asilo LGBTQIA+), lo sportello sanitario SanArcobaleno (test HIV e IST gratuiti, anonimi e rapidi, gestito dal Gruppo Salute Arcigay) e un gruppo AMA dedicato a genitori LGBTQIA+ con figlə nate da precedenti relazioni eterosessuali. Un altro esempio è il Gruppo Trans* & Enby di Arcigay Viterbo, attivo nell'ambito dello sportello Arcobaleno, pensato come spazio di condivisione tra persone transgender e non binarie con incontri mensili in presenza. Per il supporto ai familiari, un riferimento nazionale consolidato è Agedo (Associazione di genitori, parenti, amiche e amici di persone lesbiche, gay, bisessuali, trans+), presente con oltre venti sedi in Italia, con cui Arcigay collabora già in diversi territori. Una mappatura interna di questi sportelli, con indicazione di frequenza e target, potrebbe diventare essa stessa un primo intervento a bassa soglia contro le solitudini, da mettere in rete tra Comitati.

Gruppi Over 60 e Terza Età LGBTQIA+: alcuni Comitati italiani hanno già sperimentato momenti conviviali dedicati a persone anziane LGBTQIA+. Un esempio concreto è il progetto Angelo Azzurro del Circolo Mario Mieli di Roma (dal 2015, con il sostegno di Regione Lazio e Comune di Roma), nato per migliorare la qualità della vita delle

persone anziane omosessuali e sensibilizzare i servizi territoriali: gli incontri conviviali del gruppo, tra cui pranzi periodici, hanno poi dato origine anche a una sperimentazione di cohousing tra persone LGBT+ over 60. Un secondo esempio è il gruppo Silver Rainbow del CIG Arcigay Milano (distinto dal progetto nazionale Silver Rainbow citato nel Capitolo 3, pur ispirandosi agli stessi obiettivi), che conta oggi circa 60 personə iscrittə e propone incontri di autocoscienza, gruppi di lettura, aperitivi, cene e gite. Si propone di strutturare iniziative di questo tipo come appuntamento fisso mensile nei Comitati che ancora non lo fanno, eventualmente in collaborazione con centri anziani comunali o con Auser, per aumentarne visibilità e continuità.

Percorsi intergenerazionali nelle scuole e nelle università: si propone di affiancare alle attività di educazione affettiva e sessuale già portate nelle scuole da Arcigay un momento di incontro diretto tra studenti e persone LGBTQIA+ senior, per uno scambio di memoria storica e attivismo. Un esempio concreto a cui guardare è l'evento "Costruire memorie e storie collettive LGBTQ+. Un dialogo con lə militantə", promosso a Firenze dall'Istituto Universitario Europeo e dalla Scuola Normale Superiore in collaborazione con le associazioni Azione Gay e Lesbica e IREOS, nell'ambito dell'LGBT History Month: un dialogo pubblico tra generazioni diverse di attivistə, con la partecipazione di figure storiche del movimento italiano come Angelo Pezzana, fondatore del FUORI!, primo gruppo di liberazione omosessuale in Italia.

CAPITOLO 5

Progettare il cambiamento

Progettare il cambiamento significa trasformare ciò che sappiamo sulle solitudini involontarie in decisioni pratiche collocate nelle istituzioni, scuole e associazioni di riferimento, definendo ruoli e competenze e costruendo alleanze (intergenerazionali, di genere/LGBTQIA+, tra contesti). Le ricerche mostrano che la solitudine non è solo un fatto individuale ma un fenomeno sociale con cause e conseguenze che si giocano a livello sociale e politico: norme, disuguaglianze, appartenenze, stigma.

Le leve operative: una cornice per orientarsi

Nei capitoli precedenti abbiamo visto alcuni dati di partenza: la solitudine cresce tra gli adolescenti, colpisce in modo particolare le persone anziane, e per le persone LGBTQIA+ si somma al rischio legato allo stigma. La domanda di questo capitolo è molto concreta: partendo da questi dati, cosa possiamo davvero fare, con le risorse che un Comitato o un servizio hanno a disposizione

Per rispondere proponiamo un percorso in quattro passaggi:

1. Partire dai dati che già abbiamo, quelli visti nei capitoli precedenti, insieme a eventuali informazioni sul proprio territorio.
2. Scegliere su cosa agire, usando tre leve operative: gli Spazi, i Processi, le Politiche.
3. Tradurre le leve in azioni concrete.
4. Misurare, con pochi indicatori semplici, se le azioni stanno funzionando.

Non esiste una ricetta valida per tutti i contesti: ogni Comitato, ogni scuola, ogni servizio dovrà adattare questo schema alla propria realtà. Quello che offriamo è un metodo di lavoro, non un elenco di attività da copiare.

Leva 1: gli spazi (dove agire per primi)

La prima leva riguarda i luoghi, fisici o virtuali, in cui le persone possono incontrarsi: una sede associativa, una scuola, un consultorio, una biblioteca, un gruppo online. La solitudine non dipende solo da fattori interiori: dipende anche

da dove le persone possono andare, da chi le accoglie e da quanto si sentono al sicuro in quel luogo.

Il primo passo pratico è una mappatura: elencare gli spazi già presenti sul territorio e capire quali sono davvero pronti ad accogliere le persone che si vogliono raggiungere.

Cos'è una heatmap e perché usarla
Per fare questa valutazione in modo ordinato, usiamo uno strumento chiamato heatmap, letteralmente "mappa di calore". L'idea è semplice: un Comitato ha poche energie e poche risorse, e deve scegliere da dove cominciare. Non tutti gli spazi sono ugualmente pronti: alcuni sono già accoglienti e sicuri, altri hanno solo bisogno di una piccola spinta, altri ancora richiedono un lavoro lungo prima di poter essere usati. La heatmap serve a distinguere questi tre casi, colorando idealmente ogni spazio di rosso (caldo), giallo (tiepido) o blu (freddo), come una mappa del meteo.

Come si costruisce, passo per passo
1. Si elencano gli spazi conosciuti sul territorio. Per un Comitato di medie dimensioni possono bastare 5 o 6 spazi: la propria sede, una scuola con cui si collabora già, un consultorio, un centro giovanile, una biblioteca, un centro anziani.
2. Per ciascuno spazio si assegna un punteggio da 0 a 2 (0 = assente, 1 = parziale, 2 = presente) su cinque aspetti:
- Raggiungibilità: è facile arrivarci, con mezzi pubblici o a piedi, in orari compatibili?
- Sicurezza percepita: chi entra si sente accolto e non giudicato?
- Riconoscibilità: le persone sanno che quello spazio esiste ed è anche per loro?
- Presenza di una figura ponte: c'è già una persona di fiducia che può fare da tramite?
- Governance minima: c'è qualcuno che decide, con orari stabiliti e tempi certi di risposta?

3. Si sommano i cinque punteggi, per un totale da 0 a 10:
8-10 punti: spazio CALDO, si può iniziare subito.
5-7 punti: spazio TIEPIDO, serve un piccolo intervento per renderlo pronto (ad esempio trovare una figura ponte, o comunicare meglio che quello spazio esiste).
0-4 punti: spazio FREDDO, mancano troppi elementi di base: conviene aspettare, o lavorare prima su un accordo istituzionale, prima di investirci energie.

Un esempio concreto
Immaginiamo un Comitato territoriale che applica questo metodo. Nei primi 30 giorni elenca sei spazi e li valuta così:

Sede associativa: raggiungibilità 2, sicurezza percepita 2, riconoscibilità 2, figura ponte 2, governance 2 → totale 10 → CALDA.
Scuola superiore, con cui esiste già una collaborazione per l'educazione affettiva: raggiungibilità 2, sicurezza percepita 2, riconoscibilità 1, figura ponte 2, governance 2 → totale 9 → CALDA.
Centro giovanile comunale: raggiungibilità 2, sicurezza percepita 1, riconoscibilità 1, figura ponte 1, governance 1 → totale 6 → TIEPIDO.
Consultorio familiare: raggiungibilità 1, sicurezza percepita 1, riconoscibilità 1, figura ponte 1, governance 1 → totale 5 → TIEPIDO.
Biblioteca civica: raggiungibilità 1, sicurezza percepita 1, riconoscibilità 0, figura ponte 0, governance 0 → totale 2 → FREDDA.
Centro anziani: raggiungibilità 1, sicurezza percepita 0, riconoscibilità 0, figura ponte 0, governance 0 → totale 1 → FREDDO.

Con questi numeri il Comitato ha già una priorità chiara: iniziare da sede associativa e scuola, che sono calde; lavorare per rafforzare centro giovanile e consultorio, che sono tiepidi; rimandare biblioteca e centro anziani, che sono freddi, a meno di non decidere di investire prima in un accordo

istituzionale che li sblocchi.

Tra il giorno 31 e il giorno 60 il Comitato avvia le prime azioni concrete negli spazi caldi (ad esempio un caffè settimanale nella propria sede, dedicato a persone LGBTQIA+ over 50; un incontro a scuola con testimonianze di persone attiviste senior) e comincia a lavorare sul "pezzo mancante" negli spazi tiepidi, ad esempio individuando una persona disponibile a fare da referente nel centro giovanile e nel consultorio.

Tra il giorno 61 e il giorno 90 si osserva cosa ha funzionato: quante persone hanno partecipato con continuità, come si sentono (con un breve questionario, la scala UCLA-3 descritta più avanti), se la loro percezione di avere una rete di persone su cui contare è cambiata. In base a questi risultati, si decide se stabilizzare le collaborazioni nate negli spazi tiepidi, e se vale la pena investire per sbloccare gli spazi rimasti freddi.

Per misurare questi risultati bastano pochi indicatori semplici: quante persone continuano a partecipare dopo le prime tre settimane; un breve questionario sul livello di solitudine percepita prima e dopo (la scala UCLA-3); qualche domanda informale su chi le persone possono chiamare in caso di bisogno.

Leva 2: i processi (come organizzare i contatti nel tempo)

Se la prima leva riguarda dove agire, la seconda riguarda come organizzare i contatti perché durino nel tempo. La logica è semplice: meno barriere ci sono per partecipare, più le persone tornano, più aumenta la possibilità di ridurre davvero la solitudine. Gli approcci con contatti regolari funzionano meglio di singoli eventi isolati, soprattutto con le persone over 65 e con chi è più a rischio di isolamento.

Alcuni esempi di processi utili:
Chiamate pubbliche mirate, particolarmente indicate per le persone over 65: un invito a domicilio, un messaggio nei gruppi di quartiere, un avviso in bacheca condominiale.
Attività di supporto tra pari (persone che vivono esperienze simili si sostengono a vicenda) e momenti di narrazione condivisa, rivolti a un pubblico più ampio.
Contatti telefonici od online, rivolti soprattutto a persone under 35 e a chi ha mobilità ridotta: una telefonata o videochiamata settimanale per chi non può o non vuole muoversi.

Per funzionare bene, un processo dovrebbe avere alcuni standard minimi: almeno un contatto settimanale a distanza, più un incontro ogni due settimane in presenza dove possibile; una persona formata che faciliti il gruppo ogni 8-12 partecipanti; un'iscrizione semplice, orari prevedibili e la possibilità di partecipare sia online sia di persona.

Per capire se un processo funziona si possono osservare: quante persone restano almeno tre settimane (un buon segno che il gruppo ha attecchito); la rete sociale delle persone partecipanti, misurata con la Lubben Social Network Scale-6 (uno strumento sviluppato dall'Università Brandeis per capire quante relazioni di sostegno una persona può contare) o anche solo con domande informali; il benessere percepito, misurato con la scala UCLA-3 prima e dopo il percorso.

Leva 3: le politiche (le regole che rendono tutto stabile nel tempo)
Spazi e processi funzionano meglio, e durano più a lungo, se sono sostenuti da regole chiare. Per questo la terza leva riguarda le politiche interne di un'organizzazione o di un territorio: regolamenti che garantiscano criteri di accoglienza inclusivi; il riconoscimento ufficiale del ruolo di "figure ponte" e dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA, incontri tra persone che si sostengono a vicenda su un'esperienza comune), con orari e spazi dedicati; accordi scritti tra scuola, servizi

sociosanitari e terzo settore, con tempi certi e un modo per verificare se stanno funzionando.

I ruoli: chi fa cosa
Un intervento contro le solitudini involontarie funziona solo se è chiaro chi fa cosa. I ruoli si possono immaginare su quattro livelli:
- Livello strategico: chi decide la direzione generale del progetto e costruisce le collaborazioni, ad esempio l'ente capofila, i partner (associazioni, scuole, servizi, enti pubblici) e i comitati consultivi composti dalle persone destinatarie degli interventi.
- Livello comunitario: chi lavora direttamente con le persone, creando punti di contatto ricorrenti e spazi accoglienti, ad esempio le persone che facilitano i gruppi, le persone volontarie di prossimità e le persone che fanno da pari (peer, cioè persone che condividono la stessa esperienza di chi ricevono supporto).
- Livello clinico-psicosociale: chi si occupa del sostegno pratico e psicologico più specialistico, ad esempio case manager e assistenti sociali, psicologə e psicoterapeutə, educatorə e operatorə scolastici.
- Livello valutativo: chi trasforma gli obiettivi in numeri misurabili, distinguendo la solitudine (come una persona si sente) dall'isolamento (quante relazioni ha oggettivamente), e chi si occupa di raccontare i risultati verso l'esterno.

Le alleanze
Le alleanze sono il modo in cui più soggetti si mettono insieme per affrontare un problema che nessuno può risolvere da solo. Ne indichiamo tre tipi principali:
- Alleanze intergenerazionali, tra persone giovani e persone senior: le persone senior possono condividere la propria esperienza di attivismo o di discriminazioni vissute; le persone più giovani possono trasmettere nuovi strumenti e linguaggi, ad esempio quello dei pronomi, che rende visibili identità che per le generazioni precedenti erano prive di parole per essere nominate.

- Alleanze di genere e LGBTQIA+, tra persone, gruppi e istituzioni che si impegnano insieme contro stigma e discriminazioni: il coinvolgimento in una comunità LGBTQ è un fattore protettivo importante contro la solitudine.
- Alleanze tra contesti diversi, ad esempio scuola, terzo settore e servizi sociosanitari: la solitudine nasce spesso proprio nelle crepe tra un contesto e l'altro, quando una persona passa da un ambiente a un altro senza che nessuno se ne faccia carico. Le alleanze servono a chiudere quelle crepe con accordi di invio reciproco, sportelli itineranti e presenza condivisa agli stessi eventi.

BIBLIOGRAFIA

Per approfondire

I riferimenti sono raccolti qui in ordine alfabetico e uniti in un'unica lista per l'intero testo; le voci che comparivano più volte nelle diverse sezioni della bozza originale sono state unificate in una sola voce.

Fonti statistiche e istituzionali italiane citate nel testo
Le fonti seguenti sono state individuate tramite una ricerca dedicata per integrare il testo con dati aggiornati sul contesto italiano.

Arcigay, (2019). Silver Rainbow: azioni multilivello per l'invecchiamento positivo della popolazione anziana LGBTI, il contrasto alle solitudini involontarie, il dialogo intergenerazionale e la promozione dell'accoglienza e della visibilità in contesti non LGBTI. Report dei focus group. Arcigay, in collaborazione con Arci Pesca FISA, con il sostegno del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Arcigay, (2019). Silver Rainbow: azioni multilivello per l'invecchiamento positivo della popolazione anziana LGBTI. Report conclusivo, sondaggio "Gli anni che passano" e proposta di modello di cohousing. Arcigay, in collaborazione con Arci Pesca FISA, con il sostegno del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Gay Center. (2024). Effetto Farfalla: laboratori contro il bullismo omotransfobico nelle scuole superiori e nei centri di aggregazione giovanile, anno scolastico 2023-2024. Finanziato dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo.

Istituto Superiore di Sanità (ISS), Centro Operativo AIDS (COA). (2024). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2023. Notiziario dell'ISS, volume 37, n. 11.

ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, & UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali. (2022). L'indagine sulle

discriminazioni lavorative nei confronti delle persone LGBT+ in unione civile o già in unione. Report 2019-2021.

ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, & UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali. (2024). L'indagine Istat-Unar sulle discriminazioni lavorative nei confronti delle persone trans e non binarie. Report 2023.

Ministero dell'Interno, Osservatorio per la Sicurezza contro gli Atti Discriminatori (OSCAD). (2024). Monitoraggio dei crimini d'odio, dati al 31 dicembre 2023.

Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza (ECRI), Consiglio d'Europa. (2024). Rapporto sull'Italia (dati ISTAT 2019-2022 su discriminazioni lavorative delle persone LGBT+).

Bibliografia generale

Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA). (2019). A long way to go for LGBTI equality.

AARP. (2018). Loneliness and social connections: A national survey of adults 45 and older. AARP Research.

Austin-Keiller, N., et al. (2023). "Alone, there is nobody": A qualitative study of the lived experience of loneliness in older men living with HIV. PLOS ONE.

Baams, L. (2018). Disparities for LGBTQ youth: Evidence from population-based studies. Current Opinion in Psychology.

Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. Developmental Psychology, 51(5), 688–696.

Botha, M., Dibb, B., & Frost, D. M. (2020). Autistic masking, minority stress, and mental health. Autism.

Bowleg, L. (2021). Evolving intersectionality within public health: From analysis to action. American Journal of Public Health, 111(1), 88–90.

Brake, E. (2012). Minimizing Marriage: Marriage, Morality, and the Law. Oxford University Press.

Bruss, K. V., et al. (2024). Loneliness, lack of social and emotional support among transgender people.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. Annual Review of Psychology, 66, 733–767.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. W.W. Norton.

Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Experiences of autism, loneliness, and relationships. Autism in Adulthood.

Cerbara, L., Ciancimino, G., & Tintori, A. (2025). Self-isolation of adolescents after Covid-19 pandemic between social withdrawal and Hikikomori risk in Italy. Scientific Reports.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity. Gender & Society, 19(6), 829–859.

Craig, S. L., et al. (2021). Cyberbullying and LGBTQ youth. Journal of Adolescence.
Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins. Stanford Law Review.

Crepaldi, M., & Associazione Hikikomori Italia. Dati e osservazioni sul fenomeno hikikomori in Italia, incrociati con i dati del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Döring, N. (2021). The ambivalence of online intimacy. Journal of Digital Social Research.

Elmer, E. M., van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2022). Minority stress and loneliness in a global sample of sexual minority adults.

Emlet, C. A. (2006). Older adults living with HIV/AIDS. Family & Community Health.

Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health, 20, 129.

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Internalized homophobia and relationship quality among LGB adults. Journal of Marriage and Family.

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2020). Minority stress and the health of sexual minorities. Annual Review of Psychology, 71, 65–89.

Gorman-Murray, A., & Browne, K. (2017). Queer migration and urban space. Routledge.

Greene, M., et al. (2018). Aging with HIV: Challenges and resilience. The Gerontologist.

Gupta, A., Li, J., & McConnell, E. A. (2025). Existential isolation and digital belonging among LGBTQ+ young adults. Journal of LGBTQ Issues in Counseling, 19(2), 112–130.

Hajek, A., & König, H.-H. (2023). Loneliness and social isolation among transgender and gender diverse people.

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? Psychological Bulletin, 135(5), 707–730.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218–227.

Hawkley, L. C. (2022). Loneliness: A social and public health problem. Current Directions in Psychological Science.
Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice. American Psychologist.

Holt-Lunstad, J. (2021). The major health implications of social connection. Current Directions in Psychological Science, 30(3), 251–259.

hooks, bell. (2004). The Will to Change: Men, Masculinity, and Love. Washington Square Press.

Hughes, M., et al. (2015). Loneliness and social support among lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 and over. Australia.

Hull, L., et al. (2017). Camouflaging in autism spectrum conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Kosciw, J. G., et al. (2020). The 2019 National School Climate Survey. GLSEN.

Manalastas, E. (2016). LGBTQ poverty and exclusion. LGBT Research Digest.

McInroy, L. B., & Craig, S. L. (2020). Online networks and the development of sexual and gender minority youth. Youth & Society, 52(4), 482–500.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674–697.

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3), 209–213.

Müller, E., et al. (2008). Loneliness in autistic adults. Autism.

Nobre, N., et al. (2018). Loneliness and social isolation in people living with HIV aged 50 and over. AIDS Care, 30(11), 1404–1412.

OCSE/OECD. Indagine PISA (Programme for International Student Assessment): dati sull'aumento della "school loneliness" in 36/37 Paesi dopo il 2012.

Ozawa-de Silva, C., & Parsons, M. (2020). Toward anthropology of loneliness.

Pachankis, J. E., et al. (2021). Structural stigma and social isolation. Journal of Health and Social Behavior.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), Personal Relationships in Disorder (pp. 31–56). Academic Press.

Pinazo-Hernandis, S. (2025). Loneliness and intersectional discrimination among aging LGBT people.

Puckett, J. A., et al. (2017). Stigma and LGBTQ mental health. Journal of Counseling Psychology.

Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. Signs, 5(4), 631–660.

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in LGBTQ youth. Annual Review of Clinical Psychology, 12, 465–487.

Ryan, C., et al. (2010). Family acceptance in adolescence and well-being in adulthood among LGBTQ individuals. Journal of

Child and Adolescent Psychiatric Nursing.
SAGE – Services and Advocacy for LGBT Elders. (2025). Dati su condizioni di vita e discriminazione delle persone LGBTQ+ anziane.

Sales, C., & Policarpo, V. (2022). Loneliness and identity among LGBTQ migrants. Sexualities.

Scandurra, C., Mezza, F., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2019). Intersectional experiences, minority stress, and mental health among bisexual, pansexual, and queer people. Frontiers in Psychology, 10, 1–12.

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2020). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. Frontiers in Psychology, 11, 1–18.

Seidler, V. J. (2006). Masculinities, bodies, and emotions. Men and Masculinities.

Shippy, R. A., & Karpiak, S. E. (2005). Social networks and support in aging individuals living with HIV. Clinical Interventions in Aging.

Sørensen, K., et al. (2021). Digital exclusion and LGBTQ youth. Information, Communication & Society.

Taylor, C. (2016). Intersectionality in LGBTQ research. Journal of Homosexuality.

Tudor, K. (2022). Existential Isolation and the Human Condition. Routledge.

Van de Velde, S. (2025). Isolamento maschile: costruzione culturale della mascolinità e connessioni sociali nel corso della vita.

Van Heesewijk, J. O., et al. (2025). Mental health outcomes and loneliness in older transgender individuals.

Warner, M. (1991). Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory. University of Minnesota Press.

Weiss, R. S. (1973). Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. MIT Press.

Weston, K. (1991). Families We Choose: Lesbians, Gays, Kinship. Columbia University Press.

Wilson, B. D. M., et al. (2021). Health and socioeconomic well-being of LBQ women in the US.

Wilton, T., & Kaufmann, T. (2020). Precarity and queer life. Journal of Sociology.

Wright, M. R., et al. (2024). The role of loneliness in the association between sexual minority status and depressive symptoms in older adults. ScienceDirect.

Yadegarfard, M., & Meinhold-Bergmann, M. E. (2014). Family rejection and depression in LGBTQ youth. Journal of LGBT Youth.

Yalom, I. D. (1980). Existential Psychotherapy. Basic Books.

Zhong, X., Cheng, C., Jenkins, N., Ureste, P., & Duong, T. (2024). Afternoon at the Museum: Psychosocial Wellbeing and Intergenerational Connectedness among LGBT Older Adults. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 32, S40–S41.

ARCIGAY
Associazione LGBTQIA+ Italiana

8 per mille
CHIESA VALDESE
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESI

RAINBOW BONDS

Strategie per combattere la solitudine involontaria delle persone LGBTQIA+ in Italia

Rainbow Bonds è un progetto realizzato da Arcigay finanziato con i fondi dell'Otto per Mille della Chiesa Valdese sul bando ordinario 2024 – Codice progetto OPM/2024/46030

Team di Progetto
Coordinamento: Alberto Bianchi
Formazione: Emanuele Avalle, Alberto Bianchi, Damiano Bivona, Alice Malavenda, Piera Mottola, Charlène Rolland, Elisabetta Solazzi, Anita Sterna, Letizia Vaccarella
Grafica: Letizia Vaccarella
Supporto logistica e organizzazione: Alice Redaelli

Rainbow Bond
ARCIGAY
8 per mille
CHIESA VALDESE