

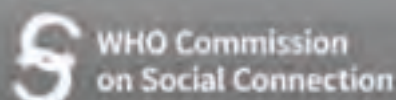
A close-up photograph of two hands, one light-skinned and one dark-skinned, reaching towards each other in a gesture of connection. The background is a soft, out-of-focus gradient of pink, purple, and yellow. The text 'From loneliness' is overlaid in large white font on the left side.

From loneliness

to social connection

Charting a path to healthier societies

Report of the WHO Commission on Social Connection



Dalla solitudine

alla connessione sociale

Tracciando un percorso verso società più sane

Rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale



World Health
Organization



WHO Commission
on Social Connection

Questa traduzione, curata e adattata da CCW – Cultural Welfare Center, non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile per il contenuto o l'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale in inglese sarà quella vincolante e autentica.

Dalla solitudine alla connessione sociale – tracciando un percorso verso società più sane: rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale

ISBN 978-92-4-011236-0 (versione elettronica)

ISBN 978-92-4-011237-7 (versione cartacea)

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2025

Alcuni diritti riservati. Questo lavoro è disponibile con licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Ai sensi di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia citata correttamente, come indicato di seguito. In nessun caso l'uso di questa opera deve suggerire che l'OMS approvi una specifica organizzazione, prodotti o servizi. Non è consentito l'uso del logo OMS. Se si adatta l'opera, occorre concedere la nuova opera con la stessa licenza Creative Commons o con una licenza equivalente. Se si crea una traduzione di questa opera, occorre aggiungere la seguente dichiarazione di esclusione di responsabilità insieme alla citazione consigliata: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile per il contenuto o l'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale in inglese sarà quella vincolante e autentica".

Qualsiasi mediazione relativa a controversie derivanti dall'uso della licenza sarà condotta in conformità con le regole di mediazione dell'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citazione suggerita. From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati CIP (Cataloguing-in-Publication). I dati CIP sono disponibili su <https://iris.who.int/>.

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare pubblicazioni OMS, vedere <https://www.who.int/publications/book-orders>. Per presentare richieste commerciali e quesiti su diritti e licenze, vedere <https://www.who.int/copyright>.

Materiale di terze parti. Se si desidera riutilizzare materiale di questa opera attribuito a terze parti, come tabelle, figure o immagini, è responsabilità dell'utente determinare se è necessaria un'autorizzazione e ottenere il permesso dal titolare del copyright. Il rischio di reclami derivanti da violazione di diritti di terzi incombe esclusivamente sull'utente.

Clausole generali di esclusione di responsabilità. Le denominazioni impiegate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS in merito allo status giuridico di alcun Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o in merito alla delimitazione dei suoi confini. Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora pieno accordo.

La menzione di specifiche aziende o prodotti di determinati produttori non implica che essi siano approvati o raccomandati dall'OMS rispetto ad altri di natura simile non menzionati. Salvo eccezioni, i nomi di prodotti brevettati sono contraddistinti da lettere iniziali maiuscole.

Sono state adottate tutte le misure ragionevoli da parte dell'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato è distribuito senza alcuna garanzia di alcun tipo, né espressa né implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale spetta al lettore. In nessun caso l'OMS potrà essere ritenuta responsabile di eventuali danni derivanti dal suo utilizzo.

Foto di copertina: © OMS

Progettazione e impaginazione a cura di Blossom

Traduzione italiana del Rapporto “From loneliness to social connection – charting a path to healthier societies” sulla connessione sociale per la costruzione di società più sane, frutto del lavoro della Commissione OMS sulla Connessione Sociale.

“Ora è il momento di agire: ora è il momento di dare priorità alla connessione sociale. Insieme, ce la faremo.”

Commissione OMS sulla Connessione Sociale

Perché è importante questo rapporto?

Le analisi qui raccolte vedono la luce in un'epoca di discontinuità, segnata da cambiamenti così radicali da ridefinire il modo in cui viviamo e immaginiamo il futuro. L'invecchiamento demografico, l'aumento dei disturbi di salute mentale (soprattutto tra i giovani), la crescente disparità tra gruppi sociali e una digitalizzazione sempre più pervasiva stanno erodendo la capacità di costruire e mantenere legami significativi. Questi fattori concorrono a una vera e propria epidemia di solitudine, che oggi colpisce quasi una persona su sei nel mondo, soprattutto anziani, giovani, migranti e rifugiati, persone con disabilità e minoranze sessuali e di genere e causa oltre 870.000 decessi ogni anno.

A seguito alla risoluzione del maggio 2025, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha integrato formalmente la connessione sociale tra i determinanti della salute pubblica. Questo atto impegna gli Stati membri a tradurre tale principio in piani operativi concreti, elevando un bisogno umano universale a parametro politico misurabile.

A consolidamento di questo percorso, nel giugno 2025 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha presentato il rapporto From loneliness to social connection – charting a path to healthier societies, curato dalla Commissione sulla Connessione Sociale. Il rapporto, concepito come uno strumento d'indirizzo, sollecita le istituzioni a ogni livello a riconoscere i legami sociali come un pilastro del ben-essere, capace di produrre benefici tangibili:

- ridurre ansia, depressione e altri disturbi della salute mentale
- diminuire il rischio di patologie cardiovascolari e ictus
- prevenire la mortalità prematura
- rafforzare la cooperazione e la coesione sociale
- migliorare la qualità della vita individuale e collettiva.

Gestire la complessità di questo fenomeno impone il passaggio da interventi isolati a una visione d'insieme. Costruire una risposta efficace significa stabilire standard politici coerenti, diffondere modelli collaudati e garantire una rendicontazione trasparente dei progressi. Questo coordinamento tra società civile e istituzioni si articola in cinque direttrici prioritarie:

1. sostenere lo sviluppo delle politiche nazionali e promuovere lo scambio di conoscenze tra Paesi e tra diversi settori;
2. potenziare la capacità di ricerca, definire priorità chiare e finanziare studi in grado di rispondere alle principali domande scientifiche;
3. elaborare linee guida globali e creare un “acceleratore di interventi” per sviluppare soluzioni scalabili ed efficaci, sostenendone l'implementazione nei diversi contesti nazionali;
4. rafforzare i sistemi di monitoraggio, sviluppare un indice globale della connessione sociale e migliorare la qualità e la quantità dei dati raccolti;
5. integrare la connessione sociale nelle principali agende di salute e sviluppo e promuovere campagne di sensibilizzazione.

Abbiamo deciso di mettere questo documento a disposizione del pubblico italiano per fornire un linguaggio comune e criteri d'azione condivisi. L'obiettivo è permettere a istituzioni, terzo settore e mondo scientifico di recepire i nuovi standard globali per affrontare, con metodo e coerenza, la sfida della solitudine e dell'isolamento.

La realizzazione di questa traduzione è stata possibile grazie al sostegno della Fondazione Compagnia di San Paolo, della Fondazione Monte Paschi di Siena e di Assifero – Associazione Italiana Fondazioni ed enti filantropici, e si inserisce nel solco dell'impegno che CCW-Cultural Welfare Center, primo centro nazionale su Cultura e Salute, porta avanti dal 2020 per diffondere in Italia le principali evidenze internazionali su cultura, salute e ben-essere, come approccio integrato basato sui determinanti della salute, tra cui il ben-essere sociale. Un lavoro continuativo e di rete che ha permesso di pubblicare dal 2020, nella sezione “Ricerche” del sito web di CCW, dieci tra report, toolkit e manuali dell'OMS, di University college of London e di altri organismi europei, contribuendo alla diffusione di conoscenze aggiornate nel panorama nazionale.

L'uscita dalla solitudine passa per il consolidamento di spazi e servizi capaci di generare coesione. Servono politiche e finanziamenti mirati che valorizzino la capacità delle relazioni di produrre nuove opportunità sociali.

Una risposta concreta a queste sfide è la prescrizione sociale. Consolidato nel Regno Unito e ora al centro del dibattito internazionale, questo modello attiva interventi non sanitari che collegano i cittadini alle risorse del territorio. Attraverso il link worker, la persona viene accompagnata in un percorso su misura che affronta le fragilità quotidiane — dall'abitare all'accesso ai servizi — facendo leva sulla forza dei legami comunitari. Valorizzando il Terzo Settore, la prescrizione sociale integra salute e benessere attraverso attività fisiche, culturali e a contatto con la natura.

Il Cultural Welfare Center (CCW) promuove l'adozione di questo modello in Italia per contrastare la povertà relazionale, trasformando le risorse di prossimità in una rete strutturata di cura.

Collaborare per rimettere i legami sociali al centro delle politiche di domani.

Catterina Seia

Presidente CCW-Cultural Welfare Center

Annalisa Cicerchia

Presidente Commissione scientifica CCW-Cultural Welfare Center

Traduzione a cura di Debora Comini – Knowledge community CCW-Cultural Welfare Center
ed Elena Rosica – Area ricerca CCW-Cultural Welfare Center

Impaginato a cura di Francesca Taurino – Area Comunicazione CCW-Cultural Welfare Center

Indice

Premessa	v
Prefazione	vii
Ringraziamenti	viii
Abbreviazioni	xii
Glossario	xii
Sintesi esecutiva	xv
Introduzione	1

Capitolo 1

Concetti chiave – connessione sociale, isolamento sociale e solitudine	6
1.1 Definizione di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine	9
1.2 Differenze tra culture	15
1.3 Differenze lungo l'arco della vita	17

Capitolo 2

Portata del problema	22
2.1 Strumenti di misurazione	25
2.2 Stime della prevalenza di solitudine, connessione sociale e isolamento sociale	28
2.3 Tendenze nel tempo	39

Capitolo 3

Determinanti dell'isolamento sociale e della solitudine	54
3.1 Fattori che possono spiegare il possibile aumento storico della disconnessione sociale	56
3.2 Fattori di rischio e fattori protettivi per la disconnessione sociale relativi alla popolazione adulta generale	62
3.3 Fattori di rischio e fattori protettivi relativi a popolazioni specifiche	70

Capitolo 4

Impatto della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine	82
4.1 Impatti della disconnessione sociale	84
4.2 Effetti protettivi della connessione sociale	97

Capitolo 5

Advocacy, campagne, reti e coalizioni	108
5.1 Advocacy	110
5.2 Campagne	110
5.3 Reti e coalizioni	119

Capitolo 6

Politiche per favorire la connessione sociale	129
6.1 Politiche adottate dagli Stati Membri dell'OMS	133
6.2 Campagne	139
6.3 Caratteristiche, obiettivi e raccomandazioni	143
6.4 Finanziamento e attuazione	143
6.5 Monitoraggio e valutazione di politiche, strategie, piani d'azione e linee guida	143

Capitolo 7

Strategie comunitarie	147
7.1 Il ruolo dell'infrastruttura sociale nella promozione della connessione sociale	149
7.2 Efficacia di ulteriori interventi comunitari	155
7.3 Attuazione delle strategie comunitarie	159

Capitolo 8

Strategie individuali e relazionali	164
8.1 Interventi individuali e relazionali e la loro efficacia	166
8.2 Efficacia degli interventi in diversi gruppi di popolazione	172
8.3 Il ruolo della tecnologia digitale nella realizzazione degli interventi	174
8.4 Lacune nelle evidenze, limiti e sfide	176
8.5 Attuazione delle strategie individuali e relazionali	177

Capitolo 9

La via da seguire – cinque aree strategiche	181
--	------------

Appendice 1. Stima della prevalenza globale della solitudine	192
Appendice 2. Stima della mortalità globale dovuta alla solitudine	209

Premessa

Dalla solitudine alla connessione sociale – tracciare un percorso verso società più sane

I fatti sono innegabili: la solitudine e l'isolamento sociale rappresentano importanti sfide per la salute pubblica e devono essere affrontati ora. Il rapporto della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla Connessione Sociale chiarisce un punto essenziale: la connessione sociale è fondamentale per la salute, la forza e la resilienza degli individui e delle società. I dati contenuti in questo rapporto dimostrano l'urgenza di un'azione immediata. Le conseguenze della disconnessione sociale sono gravi – e le soluzioni sono a portata di mano.

Questo è un momento critico e non possiamo permetterci di aspettare. La disconnessione sociale colpisce persone di tutte le età e di ogni background, in ogni regione del mondo. Dai problemi di salute mentale, come depressione e ansia, alle condizioni fisiche quali malattie cardiache e ictus fino alla morte prematura, l'impatto della solitudine è profondo. Eppure, viene spesso trascurata, nonostante sia dannosa quanto altri ben noti rischi per la salute.

Siamo orgogliosi di presentare questo rapporto fondamentale, frutto di decenni di ricerca, competenze e collaborazione tra leader ed esperti con esperienza diretta in tutto il mondo, tutti concordi nel riconoscere che la connessione sociale è una componente essenziale di una società sana e prospera. Questo rapporto sottolinea una verità fondamentale: la nostra capacità di prosperare, come individui e come nazioni, dipende dalla nostra capacità di connetterci con gli altri. Quando costruiamo relazioni e coltiviamo la fiducia, costruiamo società più forti e resilienti.

Non ci sono dubbi: la connessione non è solo un concetto positivo, ma un elemento fondamentale. Rafforza le comunità, favorisce la cooperazione e crea opportunità. Senza connessione non potremo affrontare efficacemente le sfide di oggi, che riguardino la salute pubblica, la crescita economica o la stabilità sociale.

Accanto a dati rigorosi e raccomandazioni di sanità pubblica, siamo motivati anche da qualcosa di profondamente semplice: la consapevolezza che un sorriso, una parola gentile o una conversazione significativa possono migliorare la vita. Questi piccoli atti di connessione sono strumenti potenti – non solo per le persone, ma anche per migliorare le nostre società.

Questo è un momento di reale opportunità. Affrontare solitudine e isolamento richiede azioni coraggiose. Occorre una leadership in tutti i settori – governo, imprese, comunità e settore privato. Il potenziale di cambiamento è enorme. Concentrandoci sulla connessione, possiamo creare comunità in cui tutti abbiano un senso di appartenenza e di scopo, in cui le relazioni siano valorizzate e le persone possano vivere con dignità.

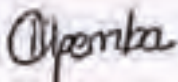
Serviranno determinazione, investimenti e duro lavoro, ma i risultati ne varranno la pena. Siamo a un bivio.

Il tempo della compiacenza è passato. Ora è il momento di agire: ora è il momento di dare priorità alla connessione.

Insieme, ce la faremo.

Commissione OMS sulla Connessione Sociale (1)

Co-presidenti della Commissione:



Ms Chido Mpemba



Dr Vivek Murthy

Commissari:



Dr Karen DeSalvo



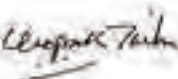
Mr Jakob Forssmed



Ms Haben Girma



Ms Hina Jilani



Dr Cleopa Mailu



Ms Junko Mihara



Mr Ralph Regenvanu



Dr Ximena Aguilera



Mr Amine Tehraoui

Prefazione

Nelle parole senza tempo della Costituzione dell'OMS, la salute non è semplicemente l'assenza di malattia, ma uno stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale. Eppure, la dimensione sociale della salute è spesso trascurata.

Questo rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale richiama l'attenzione su una sfida critica ma poco riconosciuta della salute pubblica: la disconnessione sociale. Sebbene l'isolamento sociale e la solitudine siano spesso considerati lotte individuali, questo nuovo rapporto mostra come il loro impatto si estenda a comunità e società. La disconnessione sociale rappresenta una minaccia seria per la salute globale, contribuendo ad aumentare i rischi di malattie, morte precoce e peggioramento della salute mentale, con significativi costi sociali ed economici. I rapidi cambiamenti sociali, demografici e tecnologici stanno rimodellando il nostro modo di vivere, lavorare e relazionarci, in molti casi aggravando una crisi di disconnessione sociale. Quasi una persona su sei nel mondo sperimenta solitudine.

Questo rapporto funge sia da campanello d'allarme sia da tabella di marcia per il progresso. Dimostra come i danni della disconnessione sociale possano essere prevenuti e fornisce percorsi pratici, basati su evidenze, per affrontare il problema. Affrontando le lacune politiche e di ricerca, offrendo interventi mirati, rafforzando le infrastrutture comunitarie, migliorando la misurazione e favorendo la collaborazione attraverso reti e coalizioni, esso fornisce una guida ai Paesi e alle comunità per intraprendere azioni concrete.

Riconoscendo l'entità e l'urgenza di questa problematica, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la prima risoluzione sulla connessione sociale nel maggio 2025 — affermando che la connessione sociale è vitale per la salute pubblica e impegnandosi in un'azione coordinata. L'OMS accoglie con favore questo rapporto di importanza storica e rende omaggio ai commissari per la loro leadership. Il loro lavoro testimonia una verità fondamentale: la connessione umana è una necessità e deve essere integrata nel modo in cui pianifichiamo le città, progettiamo i servizi, utilizziamo la tecnologia e definiamo le nostre politiche sociali. Di fronte a sfide globali complesse — tra cui l'invecchiamento della popolazione, i disturbi della salute mentale, le disuguaglianze crescenti e gli impatti sociali del digitale — rafforzare la connessione sociale deve essere parte della soluzione. Agendo ora, possiamo costruire società in cui tutti possano sentirsi visti, sostenuti e connessi in modo significativo. Esorto i leader di tutti i settori a riconoscere la connessione sociale non solo come una priorità di salute pubblica, ma anche come fondamento per un mondo più sano, più inclusivo e più resiliente.



A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Tedros Adhanom Ghebreyesus'.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Direttore generale
Organizzazione Mondiale della
Sanità

Ringraziamenti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità esprime la sua sincera gratitudine a tutti coloro che hanno contribuito alla preparazione di questo rapporto.

Gli undici membri della Commissione OMS sulla Connessione Sociale hanno fornito la leadership e la supervisione strategica del rapporto (1).

Alana Officer ha coordinato il lavoro complessivo, Christopher Mikton è stato il responsabile tecnico, Helen Morton ha guidato l'advocacy politica, Kazuki Yamada era responsabile della comunicazione e della rappresentanza delle esperienze dirette, e Yejin Lee della pianificazione e della gestione; tutti hanno operato sotto la direzione di Etienne Krug, Direttore del Dipartimento dei Determinanti Sociali della Salute (SDH), che ha fornito una guida strategica durante la preparazione del documento. L'OMS riconosce inoltre il prezioso supporto e la supervisione di Devora Kestel, Direttrice del Dipartimento per la Salute Mentale, la Salute del Cervello e l'Uso di Sostanze (MSD), e di Anshu Banerjee, Direttore del Dipartimento per la Salute Materna, Neonatale, del Bambino e dell'Adolescente e per l'Invecchiamento (MCA).

Il supporto tecnico e le indicazioni sono state fornite da Valentina Baltag e Matteo Cesari (MCA), Darryl Barrett e Sophie Jullien (Dipartimento Malattie Non Trasmissibili), Manjula Narasimhan (Salute Sessuale e Riproduttiva), Asiya Ismail Odugbeh-Kolev (Servizi Sanitari Integrati), Katrin Seeher e Mark Van Ommeren (MSD). Il supporto è stato fornito anche da April Siwon Lee (Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale) e Patricia Morsch (Organizzazione Panamericana della Sanità).

Un gruppo centrale è stato responsabile della stesura del rapporto, composto da Christopher Mikton, Alana Officer, Daniel L. Surkalim e Sara Wood. I responsabili dei capitoli sono stati i seguenti:

- Capitolo 1 – Christopher Mikton, Alana Officer e Daniel L. Surkalim
- Capitoli 2 e 3 – Daniel L. Surkalim e Christopher Mikton
- Capitolo 4 – Sara Wood e Christopher Mikton
- Capitolo 5 – Alana Officer e Helen Morton
- Capitolo 6 – Nina Goldman e Christopher Mikton
- Capitoli 7 e 8 – Sara Wood
- Capitolo 9: La via da seguire – Alana Officer, Christopher Mikton, Sara Wood e Helen Morton

Il rapporto ha inoltre ricevuto preziosi contributi da un Gruppo Consultivo Tecnico, composto da esperti e accademici di tutte e sei le Regioni dell'OMS, che hanno anche revisionato la bozza finale: Fransisca Agung (Universitas Pelita Harapan, Indonesia), Manuela Barreto (University of Exeter, Exeter, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord), Munmun De Choudhury (Georgia Institute of Technology, Atlanta (GA), Stati Uniti d'America (USA)), Palmira Fortunato dos Santos (Mozambique National Institute of Health, Maputo, Mozambico), Razak Gyasi (African Population and Health Research Center, Nairobi, Kenya), Ahmad Hajebi (Iran University of Medical Sciences, Repubblica Islamica dell'Iran), Julianne Holt-Lunstad (Brigham Young University, Provo (UT), USA), Shereen Hussein (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londra, Regno Unito), Rosco Kasujja (Makerere University School of Psychology, Kampala, Uganda), Ichiro Kawachi (Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston (MA), USA), Brigitte Khoury (American University of Beirut, Libano), Naoki Kondo (Kyoto University, Kyoto, Giappone), Mathias Lasgaard (University of Southern Denmark, Odense, Danimarca), Michelle Lim (University of Sydney, Sydney, Australia), Fernando Lolas Stepke (Central University of Chile, Cile), Pallab Maulik (George Institute for Global Health, Barangaroo, Australia), Howard White (Global Development Network, Nuova Delhi, India) e Bin Yu (Medical College Tianjin University, Cina). I co-presidenti erano Pamela Qualter (University of Manchester, Manchester, Regno Unito) e Aparna Shankar (FLAME University, Pune, India).

Tutti gli esperti hanno completato una dichiarazione dell'OMS relativa ai conflitti di interesse, che è stata revisionata e non ha evidenziato alcun conflitto di interesse.

Il supporto alla ricerca per derivare le stime della prevalenza della solitudine presentate nel Capitolo 2 di questo rapporto è stato fornito da Charlton Callender e Haidong Wang (OMS), Marie Ng (National University of Singapore) e Zhuoni Xiao (University of Edinburgh, Regno Unito).

L'analisi delle reti presentata nel Capitolo 5 è stata fornita da Leandro Garcia, Ruth Hunter e Neil Anderson (WHO Collaborating Centre for Research and Training on Complex Systems and Network Science for Non-communicable Disease Prevention and Control, presso la Queens' University Belfast, Regno Unito).

La revisione delle politiche nazionali, su cui si basa il Capitolo 6, è stata condotta da Nina Goldman (University of Manchester, Manchester, Regno Unito), Melek Alemdar (University of Manchester, Manchester, Regno Unito) e Necmettin Erbakan University, Konya, Turchia), Herlind Megges (German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, Berlino, Germania), Naka Matsumoto (Meiji University, Tokyo, Giappone), Eric Schoenmakers e Pauline van den Berg (Fontys University of Applied Sciences, Eindhoven, Paesi Bassi), Mathias Kamp Lasgaard e Julie Christiansen (Public Health Research, University of Southern Denmark, Odense, Danimarca), Niina Junttila (University of Turku, Turku, Finlandia), Andreas Schönbachler (University of Lucerne, Svizzera), Debora Drax (Consultant for Psychology and Design, Basilea, Svizzera), Austen El-Osta (Imperial College London, Londra, Regno Unito) e Pamela Qualter (University of Manchester, Manchester, Regno Unito).

L'esercizio di ricerca e di definizione delle priorità, i cui risultati sono presentati nel Capitolo 9, è stato condotto da Mark Tomlinson e Melissa Bradshaw (Stellenbosch University, Stellenbosch, Sudafrica), Julianne Holt-Lunstad (Brigham Young University, Provo (UT), USA), Hans Rocha IJzerman e Miguel Alejandro A. Silan (Annecy Behavioral Science Lab, Annecy, Francia), Michelle Lim (University of Sydney, Sydney, Australia), Paul Cann (Global Initiative on Loneliness and Connection, Oxfordshire, Regno Unito) e Christopher Mikton e Daniel L. Surkalim (OMS).

Siamo particolarmente grati alle persone con esperienza diretta che hanno generosamente condiviso il loro tempo, le loro intuizioni e le loro competenze. Le loro voci sono state preziose nella definizione del lavoro della Commissione. Un ringraziamento speciale va a coloro che hanno partecipato ai panel delle testimonianze dirette per esaminare e fornire contributi sulla bozza del rapporto. Ringraziamo anche coloro che hanno condiviso le loro storie nella serie di brevi filmati sulla Connessione Sociale, presentati all'inizio di ciascun capitolo, e coloro che hanno contribuito a scrivere le "Riflessioni da esperienze vissute" in tutto il rapporto.

Le persone che hanno partecipato ai panel delle testimonianze dirette sono stati: Polina Abrazheych (Ucraina/Polonia), April Baker (Regno Unito), Leila Bautista (Canada), Crystal Bettenhausen-Bubulka (USA), Paurvi Bhatt (USA), Glennis Brown (Nuova Zelanda), David Burnside (Nuova Zelanda), Lisa Catino (USA), Meryl Evans (USA), Chris Frederick (Regno Unito), Kristen Graham (Australia), Felicia Henderson (Francia), Tommy Hoang (USA), Matthew Jackman (Australia), Shalu Jain (India), Michelle Jeu (USA), David Johnstone (Nuova Zelanda), Maggie Marx (Sudafrica), Jack McLeaney (USA), Daniel Francis McPhee (Nuova Zelanda), Willow Moon (USA), Patience Mupemo (Zambia), Ruth Mwanza (Kenya), Silfana Nasri (Regno Unito), Neferteri Nelson-Williams (USA), Thomas Ninan (India), Amy Richards (USA), Kayla Rodriguez (USA), Puneet Singh Singhal (India), Janice Tufe (USA), Michelle Usman (Regno Unito), Scott Whitney (Regno Unito), Emma Williams (Nuova Zelanda), Rowan Williams (USA). Kaitlin McBride (Nuova Zelanda), Sue Walker (Australia) e Scott Whitney (Regno Unito) hanno anche co-progettato la struttura e la programmazione dei panel con l'OMS.

Le persone che hanno condiviso le loro storie di isolamento sociale e solitudine in misura maggiore nella serie di brevi filmati sulla Connessione Sociale sono stati: Polina Abrazheych (Ucraina/Polonia), David Burnside (Nuova Zelanda), Julio Hernandez (Costa Rica), Amy Kavanagh (Regno Unito), Imad Khchifati (Siria/Austria), May Maboil (Sudafrica), Maria Ondosia Mawero (Kenya), Benny Prawira (Indonesia), Brady and Toney Roberts (USA), Rozi Saini (India) e Katsumi Tsuchiya (Giappone). I brevi filmati sono stati prodotti da Rooftop.

Le persone che hanno condiviso prospettive più brevi attraverso il rapporto come "Riflessioni da esperienze vissute" sono stati: Polina Abrazheych (Ucraina/Polonia), April Baker (Regno Unito), Leila Bautista (Canada), Crystal Bettenhausen-Bubulka (USA), Glennis Brown (Nuova Zelanda), David Burnside (Nuova Zelanda), Joe Coggins (Australia), Meryl Evans (USA), Chris Frederick (Regno Unito), Muhammad Soufi Cahya Gemilang (Indonesia), Julio Hernandez (Costa Rica),

Tommy Hoang (USA), Matthew Jackman (Australia), Jasmin Kelsey-De France (USA), Imad Khchifati (Siria/Austria), Maggie Marx (Sudafrica), Maria Ondosia Mawero (Kenya), Jack McElenay (USA), Jennifer McZier (USA), Willow Moon (USA), Patience Mupemo (Zambia), Ruth Mwanza (Kenya), Silfana Nasri (Regno Unito), Barbara Newhouse (USA), Abulogu Okello (Kenya), Benny Prawira (Indonesia), Amy Richards (USA), Kayla Rodriguez (USA), Puneet Singh Singhal (India), Nim De Swart (Australia), Scott Whitney (Regno Unito) e Asa' Wilox (USA). Tre testimonianze di esperienze dirette sono state tratte da ricerche qualitative sulle prospettive sottorappresentate: Adel and Misaq (Svezia) (2), e Daw Nway (Myanmar) (3).

Molti altri hanno fornito contributi che hanno arricchito la nostra comprensione e hanno indirettamente influenzato il rapporto.

Christopher Mikton, Edna Isayhik e Alana Officer hanno redatto la versione in linguaggio semplice del rapporto. Inoltre, l'OMS desidera ringraziare Edna Isayhik per la revisione critica e i contributi a tutti i capitoli.

L'OMS ringrazia inoltre i Governi della Repubblica di Corea e della Svezia, nonché la Fondazione OMS, per il loro generoso supporto finanziario allo sviluppo, alla traduzione e alla pubblicazione del rapporto.

Riferimenti bibliografici

1. WHO Commission on Social Connection [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>).
2. Herz M, Lalander P. Being alone or becoming lonely? The complexity of portraying 'unaccompanied children' as being alone in Sweden. *J Youth Stud.* 2017;20:1062–76 (<https://doi.org/10.1080/13676261.2017.1306037>).
3. Akhter-Khan SC, Drewelies J, Wai KM. Coping with loneliness in southern Myanmar. *Asian Anthropol.* 2022;21:254–62 (<https://doi.org/10.1080/1683478X.2022.2115623>).

Abbreviazioni

AI	Intelligenza artificiale
CBT	terapia cognitivo-comportamentale
COVID-19	malattia da coronavirus 2019
CVD	malattia cardiovascolare
ICT	tecnologie dell'informazione e della comunicazione
LGBTIQ+	lesbica, gay, bisessuale, transgender, intersessuale, queer (o talvolta in fase di esplorazione della propria identità) e altri
RCT	studio controllato randomizzato
UCLA	Università della California a Los Angeles
UI	intervallo di incertezza
WHO	Organizzazione Mondiale della Sanità

Glossario

Attività della vita quotidiana	Un termine usato per descrivere le competenze fondamentali necessarie per prendersi cura di sé in modo indipendente, come mangiare, lavarsi e muoversi (1).
Infrastruttura blu	I corpi idrici naturali o artificiali presenti nelle città, che rallentano il deflusso trattenendo temporaneamente l'acqua, emettono radiazione a onda lunga contribuendo al raffreddamento delle superfici e assorbono radiazione a onda corta, rilasciandola poi attraverso l'evaporazione (2).
Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)	Un trattamento psicoterapeutico che aiuta le persone a identificare e modificare schemi di pensiero distruttivi o disturbanti che hanno un'influenza negativa sul loro comportamento ed emozioni (3).
Infrastruttura verde	Infrastrutture artificiali installate per ridurre le pressioni ambientali, come inondazioni e forti fluttuazioni di temperatura. Comprendono elementi quali reti di spazi pubblici aperti, tetti arborei urbani, zone umide (naturali o costruite), sistemi di biofiltrazione, pareti verdi e tetti verdi (4).
Salute	Uno stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale, e non meramente l'assenza di malattia o infermità (5).

Esperienza diretta	Comprende tutti gli aspetti di ciò che una persona ha vissuto e appreso nel corso della propria storia, insieme alle sue prospettive e alla propria identità. Si distingue dall'esperienza professionale o formativa. L'esperienza diretta deve essere considerata una risorsa preziosa, poiché rappresenta una forma di competenza in grado di migliorare i sistemi sociali, la ricerca, le politiche e i programmi. In questo documento, il termine "persone con esperienza diretta" si riferisce alle competenze acquisite attraverso l'esperienza della solitudine, dell'isolamento sociale o della connessione sociale (6).
Psicoeducazione	Fornitura sistematica di informazioni rilevanti, ampie e aggiornate su una malattia o condizione, compresa la diagnosi e il trattamento (7).
Capitale sociale	Le risorse a cui gli individui e i gruppi hanno accesso attraverso le loro reti sociali (8).
Coesione sociale	Interazioni verticali e orizzontali tra i membri della società, caratterizzate da atteggiamenti e norme che includono fiducia, senso di appartenenza, disponibilità a partecipare e ad aiutare, e dalle relative manifestazioni comportamentali (9).
Determinanti sociali della salute	Fattori non medici che influenzano gli esiti di salute, comprese le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano. Includono anche le forze e i sistemi più ampi che modellano le condizioni di vita quotidiane (10).
Esclusione sociale	Processo complesso e multidimensionale che comporta la mancanza o la negazione di risorse, diritti, beni e servizi, e l'impossibilità di partecipare alle relazioni e alle attività normalmente accessibili alla maggioranza delle persone nella società, nelle sfere economica, sociale, culturale e politica (11).
Salute sociale	Quantità e qualità adeguate di relazioni, in un determinato contesto, necessarie a soddisfare il bisogno individuale di connessione umana significativa (12).
Inclusione sociale	Processo volto a migliorare le condizioni attraverso cui individui e gruppi partecipano alla vita della società, con un'enfasi sull'ampliamento delle opportunità e sull'accesso a risorse e diritti da parte dei gruppi svantaggiati e a rischio di povertà ed esclusione sociale (13).
Infrastruttura sociale	Politiche, servizi, risorse e spazi pubblici correlati a cui le persone hanno accesso e che consentono loro di partecipare pienamente alla vita sociale, civica ed economica senza barriere (14).
Negatività sociale	Comportamenti diretti verso un destinatario che sono percepiti come ostili o indesiderati; non semplicemente sentimenti negativi nei confronti di un'altra persona (15).
Rete sociale	Modelli di legami sociali tra un gruppo di attori, che possono essere individui, organizzazioni, gruppi o altre unità sociali rilevanti (8).
Partecipazione sociale	Coinvolgimento di una persona in attività che implicano interazione con altri nella società o nella comunità (16).
Supporto sociale	Disponibilità, reale o percepita, di risorse (ad esempio informative, materiali o emotive) da parte degli altri; tipicamente, della propria rete sociale (17).
Fiducia sociale	Aspettativa individuale di buona volontà e benevolenza nelle azioni di altre persone o gruppi (18).

Riferimenti bibliografici

1. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc.* 1983;31:721–7. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>.
2. Almaaitah T, Appleby M, Rosenblat H, Drake J, Joksimovic D. The potential of blue-green infrastructure as a climate change adaptation strategy: a systematic literature review. *Blue-Green Syst.* 2021;3:223–48. <https://doi.org/10.2166/bgs.2021.016>.
3. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012;36:427–40. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
4. Parker J, de Baro ME. Green infrastructure in the urban environment: a systematic quantitative review. *Sustainability.* 2019;11(11):3182. <https://doi.org/10.3390/su11113182>.
5. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>).
6. European regional status report on preventing violence against children 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. <https://iris.who.int/handle/10665/341048>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Motlova LB, Balon R, Beresin EV, Brenner AM, Coverdale JH, Guerrero AP et al. Psychoeducation as an opportunity for patients, psychiatrists, and psychiatric educators: Why do we ignore it? *Acad Psychiatry.* 2017;41:447–51. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>.
8. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71:513–7. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208313>.
9. Chan J, To HP, Chan E. Reconsidering social cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. *Soc Indic Res.* 2006;75:273–302. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-2118-1>.
10. Social determinants of health [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
11. Levitas R, Pantazis C, Fahmy E, Gordon D, Lloyd-Reichling E, Patsios D. The multi-dimensional analysis of social exclusion. Bristol: University of Bristol; 2007 (<https://repository.uel.ac.uk/item/8666q>).
12. Doyle DM, Link BG. On social health: history, conceptualization, and population patterning. *Health Psychol Rev.* 2024;18:619–48. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>.
13. Sones M, Firth CL, Fuller D, Holden M, Kestens Y, Winters M. Situating social connectedness in healthy cities: a conceptual primer for research and policy. *Cities Health.* 2022;6(3):1–14 (<https://doi.org/10.1080/23748834.2021.1926657>).
14. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381152>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Brooks KP, Dunkel Schetter C. Social negativity and health: conceptual and measurement issues. *Soc Personality Psychol Compass.* 2011;5:904–18. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00395.x>.
16. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 2010;71:2141–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>.
17. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies Press; 2020. <https://doi.org/10.17226/25663>.
18. Our epidemic of loneliness and isolation: The US Surgeon General's Advisory on the healing effects of social connection and community. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2023 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37792968/>).

Sintesi esecutiva

La salute sociale è un pilastro fondamentale della salute ma spesso trascurato: è altrettanto essenziale quanto la salute fisica e mentale. La connessione sociale può ridurre il rischio di malattie, aumentare l'aspettativa di vita e rafforzare il tessuto delle comunità e della società. La connessione sociale arricchisce la vita, dandole significato e un senso di appartenenza.

La salute, secondo la Costituzione dell'OMS, è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità”. La salute sociale non è un elemento accessorio, ma è parte integrante della salute. Al suo centro vi è il potere della connessione sociale, un determinante importante – e fino a poco tempo fa trascurato – della salute fisica e mentale.

Eppure, oggi, la disconnessione sociale è diffusa. La solitudine colpisce quasi una persona su sei a livello globale (2014–2023) e causa circa 871.000 decessi all'anno (2014–2019). Probabilmente è così da anni, ma la pandemia di coronavirus 2019 (COVID-19) e la crescente preoccupazione per la tecnologia digitale hanno portato maggiore attenzione sul tema, anche da parte dei governi.

Questo rapporto presenta tre messaggi chiave. 1) La disconnessione sociale è diffusa, in tutte le aree del mondo e in tutte le fasce d'età. 2) Le sue conseguenze sono gravi e sottovalutate: incidono sulla mortalità, sulla salute fisica e mentale, sul ben-essere, sull'istruzione, sull'economia e sulla società nel suo complesso. Per la sua ampia diffusione e per la gravità dei suoi impatti, rappresenta un serio problema globale di salute pubblica. 3) Ma c'è speranza. Esistono strategie efficaci per promuovere la connessione sociale e dovrebbero essere ampliate.

Il rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale è stato preparato dagli 11 Commissari, con il supporto del Segretariato dell'OMS, a sua volta guidato dal Gruppo Tecnico Consultivo dell'OMS sulla Connessione Sociale.

La prima parte del rapporto descrive il problema. Definisce la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine, e sintetizza le evidenze disponibili sulla loro diffusione, sui loro impatti e sui fattori che li determinano. La seconda parte affronta le soluzioni. Presenta le strategie più efficaci per rafforzare la connessione sociale e mitigare l'isolamento sociale e la solitudine. Il rapporto si conclude con cinque aree strategiche di intervento: politiche, ricerca, interventi, misurazione e dati, coinvolgimento.

Il problema

Concetti chiave

Definizioni chiare di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine stanno raggiungendo un consenso. La connessione sociale si riferisce al modo in cui le persone si relazionano e interagiscono con gli altri. L'isolamento sociale, una forma di disconnessione sociale, è la condizione oggettiva di avere pochi ruoli, relazioni e interazioni sociali con altre persone. La solitudine, un'altra forma di disconnessione sociale, è uno stato emotivo negativo e soggettivo che deriva da una discrepanza tra la connessione desiderata e quella effettivamente vissuta. Si sta iniziando a esplorare in che modo questi concetti differiscano tra culture e lungo l'arco della vita.

Portata del fenomeno

Tra il 2014 e il 2023, si stima che il 16% della popolazione mondiale – una persona su sei – abbia sperimentato solitudine. Colpisce tutte le età e tutte le aree del mondo, ma è più comune tra adolescenti e giovani adulti (20,9% tra i 13–17 anni e 17,4% tra i 18–29 anni) e diminuisce con l'età. È inoltre più diffusa nei Paesi a basso reddito, dove quasi una persona su quattro (24%) riferisce di sentirsi sola. I tassi più elevati si registrano nella Regione Africana dell'OMS (24%), seguita dalle Regioni del Mediterraneo orientale (21%) e del Sud-Est asiatico (18%). La Regione Europea presenta il tasso più basso, pari a circa il 10%. I dati sull'isolamento sociale – che è diverso dalla solitudine – sono più limitati; tuttavia, le stime suggeriscono che il 25–34% delle persone anziane sia socialmente isolato (1990–2022). Circa il 72% delle persone di tutte le età afferma di sentirsi abbastanza o molto connesso agli altri. I gruppi marginalizzati – come le persone con disabilità, le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersex, queer (o talvolta in fase di questioning) e altre (LGBTIQ+), e i migranti – hanno maggiori probabilità di sperimentare solitudine e isolamento rispetto ad altri gruppi. I dati disponibili per gli anni precedenti sono troppo limitati per stabilire se i tassi di isolamento sociale e solitudine siano aumentati o diminuiti.

Fattori determinanti

Molti fattori, come la modernità, l'industrializzazione, il cambiamento tecnologico e la secolarizzazione, vengono spesso ritenuti responsabili di quello che si presume essere un aumento dell'isolamento sociale e della solitudine, ma la maggior parte di queste spiegazioni non è stata dimostrata. Ciò che sappiamo è che alcuni fattori aumentano il rischio individuale di sperimentare disconnessione sociale. Questi includono cattiva salute fisica o mentale (soprattutto depressione), tratti di personalità come il nevroticismo, essere senza partner o non sposati, vivere da soli e caratteristiche dell'ambiente costruito, come il limitato accesso ai trasporti pubblici. L'impatto della tecnologia digitale è ancora incerto, ma gli esperti invitano alla cautela, in particolare per quanto riguarda la protezione della salute mentale e del ben-essere dei giovani.

Impatto

La connessione sociale è un fattore poco riconosciuto nella salute e nel ben-essere individuale e sociale.

Mitiga molti rischi gravi, migliora gli esiti e può persino prolungare la durata della vita. L'isolamento sociale e la solitudine hanno impatti significativi sulla mortalità, sulla salute fisica (ad esempio malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2), sulla salute mentale (ad esempio depressione e ansia) e sulla società (ad esempio istruzione, occupazione, crescita economica, innovazione). Nuove stime suggeriscono che la solitudine sia responsabile di circa 871.000 decessi ogni anno (2014–2019). I costi economici per datori di lavoro, sistemi sanitari e individui sono rilevanti e si stanno iniziando a stimare solo ora.

Soluzioni

Advocacy, campagne, reti e coalizioni

L'advocacy, le campagne pubbliche, le reti e le coalizioni sono sempre più utilizzate per promuovere la connessione sociale nella società. Sebbene le prove della loro efficacia siano ancora limitate, questi approcci possono aumentare la consapevolezza, mobilitare sostegno, costruire basi sociali, rafforzare le politiche e modificare atteggiamenti e comportamenti collettivi. Le reti e le coalizioni aiutano anche a coordinare le attività e a promuovere interventi efficaci. Un recente esercizio di mappatura globale degli stakeholder ha identificato quasi 200 organizzazioni che lavorano specificamente sul tema della connessione sociale. Tuttavia, è stato rilevato che le reti locali, nazionali e globali sono ancora poco sviluppate. Le istituzioni dovrebbero dotarsi di strategie chiare e incentivi per favorire la collaborazione e sostenere la formazione di coalizioni politiche, soprattutto oltre i confini del settore sanitario.

Politiche

Le politiche pubbliche hanno un potenziale enorme nel migliorare la connessione sociale. Uno sviluppo recente e promettente è rappresentato dal fatto che otto Stati membri – tutti Paesi ad alto reddito – hanno adottato politiche specifiche su questo tema: Danimarca, Germania, Giappone, Finlandia, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito (Inghilterra, Scozia e Galles) e Stati Uniti d'America. La maggior parte di queste politiche affronta il tema della solitudine. Tra le raccomandazioni più comuni figurano la promozione di un approccio whole-of-society (che include tutti i segmenti della società), il rafforzamento delle evidenze scientifiche, la sensibilizzazione pubblica per ridurre lo stigma e la promozione della collaborazione intersettoriale.

Strategie comunitarie

Le comunità sono il cuore della connessione sociale: sono i luoghi in cui le persone vivono, lavorano, apprendono, giocano e invecchiano. Le strategie comunitarie possono creare maggiori opportunità per le persone di connettersi. Un approccio consiste nel rafforzare le infrastrutture sociali, come biblioteche, parchi, trasporti e servizi sociali, anche quando la connessione non è il loro obiettivo primario. Questo include la progettazione di spazi pubblici per favorire l'incontro, garantire un accesso equo a tutti, investire in programmi comunitari e coinvolgere le comunità nella pianificazione e nelle decisioni. Strategie correlate includono il miglioramento dell'ambiente costruito, il sostegno a gruppi comunitari e il collegamento delle persone ai servizi comunitari non clinici per migliorare la loro salute e il loro ben-essere.

Strategie individuali e relazionali

Le evidenze sull'efficacia degli interventi contro l'isolamento sociale e la solitudine stanno aumentando rapidamente, e la maggior parte di essi si concentra su strategie individuali e relazionali. Gli approcci psicologici sembrano essere i più promettenti. L'efficacia degli interventi varia a seconda della popolazione di riferimento, e sono necessarie ulteriori ricerche su gruppi specifici. Le tecnologie digitali, comprese l'intelligenza artificiale (AI) e la realtà virtuale, possono offrire un aiuto, ma la loro efficacia e i potenziali rischi richiedono ulteriori approfondimenti.

Le principali lacune di ricerca nell'individuare soluzioni includono la mancanza di valutazioni rigorose delle politiche, il numero limitato di studi di alta qualità sugli interventi comunitari – in particolare nei Paesi a basso e medio reddito – e l'insufficienza di evidenze sugli approcci per promuovere la connessione sociale a livello individuale e relazionale.

La via da seguire – cinque aree strategiche

La Commissione OMS sulla Connessione Sociale ha proposto tre azioni prioritarie in ciascuna delle cinque aree strategiche – politiche, ricerca, interventi, misurazione e dati, e coinvolgimento:

- **Politiche:** sostenere lo sviluppo delle politiche nazionali, rafforzare la leadership politica e favorire lo scambio di conoscenze tra Paesi e tra diversi settori.
- **Ricerca:** sviluppare capacità di ricerca, definire e finanziare le priorità di ricerca e lanciare un'iniziativa “Grandi Sfide” per rispondere alle principali domande scientifiche.
- **Interventi:** elaborare linee guida, creare un “acceleratore di interventi” per sviluppare e ampliare soluzioni efficaci e sostenerne l'attuazione nei Paesi.
- **Misurazione e dati:** rafforzare il monitoraggio nazionale, sviluppare un indice globale della connessione sociale e raccogliere dati migliori e più numerosi a livello globale.
- **Coinvolgimento:** dare priorità alla connessione sociale nelle agende globali, promuovere campagne di sensibilizzazione e una narrazione condivisa, e costruire un movimento globale.

I Commissari sono fiduciosi che queste azioni, se implementate su larga scala, trasformeranno positivamente la vita delle persone, delle comunità e della società nel suo complesso. Aumenteranno il ben-essere fisico e mentale, eviteranno decessi, miglioreranno i risultati educativi ed economici e ridurranno i pesanti costi della disconnessione sociale. Rafforzando la connessione sociale a livello mondiale, si libereranno risorse per un futuro più sano, più produttivo e più significativo.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come “uno stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità” (1). Questo rapporto affronta la salute sociale, un pilastro essenziale ma spesso trascurato della salute. Al centro della salute sociale vi è la connessione sociale, che è il fulcro di questo rapporto e del lavoro della Commissione OMS sulla Connessione Sociale.

Perché la connessione sociale è importante

La salute sociale è importante quanto la salute fisica e mentale (2, 3). Così come non esiste salute senza ben-essere fisico e mentale, non esiste salute senza ben-essere sociale. Tutte e tre le dimensioni della salute sono fortemente interdipendenti. La disconnessione sociale, come mostrato nel Capitolo 2 del rapporto, ha seri impatti sulla mortalità, sulla salute fisica e mentale e sugli esiti economici e sociali.

La natura intrinsecamente sociale dell'umanità è stata un tema centrale nel pensiero storico. Aristotele, in una delle sue frasi più celebri, dichiarò: “L'uomo è per natura un animale sociale”. L'etica relazionale e comunitaria africana dell'Ubuntu viene spesso riassunta nel principio secondo cui “una persona è tale grazie alle altre persone” (4). Nell'Europa occidentale e nel Nord America, i pensatori comunitaristi hanno contestato una visione eccessivamente individualistica dell'essere umano come autosufficiente e separato dalla società, sostenendo che gli esseri umani sono in gran parte plasmati dalle relazioni sociali che li precedono e li costituiscono (5).

La ricerca scientifica, in particolare nei campi della psicologia e delle scienze evolutive, sostiene queste visioni. La teoria dell'attaccamento in psicologia e campi emergenti come le neuroscienze interpersonali hanno dimostrato che lo sviluppo cerebrale, i processi neurali e la salute mentale sono plasmati dalle connessioni sociali, comprese le relazioni tra caregiver e bambino, durante tutto il ciclo di vita (6–8).

Gli effetti della disconnessione sociale su morbilità e mortalità hanno profonde origini evolutive, che risalgono ben oltre il ramo filogenetico umano immediato. Questo indica quanto la connessione sociale sia fondamentale per gli esseri umani. L'isolamento sociale e i legami sociali deboli influiscono negativamente sulla salute e sulla sopravvivenza sia degli esseri umani che di altri animali sociali, inclusi primati, roditori e ungulati (9). Le evidenze provenienti dagli studi sull'evoluzione umana indicano che il bisogno di connessione sociale e di cooperazione all'interno di gruppi sempre più complessi ha favorito lo sviluppo di cervelli più grandi, del linguaggio e di capacità cognitive avanzate (10).

Perché la Commissione ha pubblicato un rapporto sulla connessione sociale?

La pandemia di COVID-19 e le restrizioni ad essa associate hanno mostrato a molti l'importanza cruciale delle relazioni sociali. Inoltre, stiamo vivendo un periodo di trasformazione tecnologica senza precedenti. La tecnologia digitale, i social media e l'intelligenza artificiale stanno entrando in ogni aspetto della nostra vita e la stanno rimodellando – sia a livello individuale che come società – sollevando serie preoccupazioni riguardo al loro impatto sulla connessione sociale e sulla salute mentale, affrontato nel Capitolo 3. Diversi governi hanno iniziato a dare priorità alla connessione sociale, come discusso nel Capitolo 6.

Inoltre, le evidenze scientifiche sugli effetti della connessione sociale sulla mortalità e sulla salute mentale e fisica si sono accumulate rapidamente negli ultimi 10 o 15 anni. Questa crescente attenzione sulla connessione sociale si è sviluppata sullo sfondo di tendenze storiche di lungo periodo iniziate con l'avvento della modernità. Fattori come industrializzazione, urbanizzazione, aumento delle forme di vita solitaria, progressi tecnologici (ad es. treni, automobili, radio, televisione), secolarizzazione e colonialismo si ipotizza abbiano contribuito all'indebolimento delle comunità organiche e coese, favorendo maggiore isolamento sociale e solitudine.

Obiettivi e struttura

I messaggi che questo rapporto intende trasmettere sono che l'isolamento e la solitudine — forme di disconnessione sociale — sono fenomeni diffusi, con gravi conseguenze sulla salute, sulla società e sull'economia, spesso sottovalutate; e che esistono soluzioni scalabili per promuovere la connessione sociale e ridurre la disconnessione. È quindi necessario intervenire con urgenza, allocando risorse adeguate alla portata e alla gravità del problema.

I tre principali obiettivi di questo rapporto sono:

- sintetizzare le conoscenze sulla natura, la portata, i fattori determinanti e gli impatti della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine;
- esaminare strategie efficaci, comprese campagne di sensibilizzazione, advocacy, reti e coalizioni; politiche; strategie comunitarie; e approcci individuali e relazionali;
- proporre un'agenda di azione decennale, delineando passi concreti per promuovere la connessione sociale a livello globale.

Obiettivi aggiunti sono:

- riconoscere la connessione sociale come una questione di salute pubblica globale che riguarda tutte le fasce d'età e tutte le aree del mondo, non solo gli anziani nei Paesi ad alto reddito;
- ampliare l'attenzione, non limitandola alla riduzione dell'isolamento e della solitudine, ma includendo anche la promozione attiva della connessione sociale;
- dimostrare che i recenti progressi scientifici forniscono conoscenze sufficienti per agire immediatamente.

Questo rapporto è destinato a decisori politici, professionisti, ricercatori, agenzie di sviluppo, membri del settore privato e della società civile.

I Capitoli 1–4 forniscono le basi definendo la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine (Capitolo 1); descrivendone la portata e le tendenze nel tempo (Capitolo 2); esplorandone i fattori determinanti (Capitolo 3); e analizzandone gli impatti sulla mortalità, sulla salute e sugli esiti sociali ed economici (Capitolo 4).

I Capitoli 5–8 esaminano strategie per promuovere la connessione sociale e affrontare l'isolamento e la solitudine, tra cui: advocacy, campagne, reti e coalizioni (Capitolo 5); politiche nazionali (Capitolo 6); strategie comunitarie (Capitolo 7); e strategie individuali e relazionali (Capitolo 8).

Il Capitolo 9 propone una linea d'azione articolata in cinque aree strategiche di intervento: politiche, ricerca, interventi, misurazione e dati, e coinvolgimento.

Sviluppo del rapporto

Questo rapporto si basa su una ricerca rigorosa, su orientamenti di esperti e su esperienze reali. Si fonda su:

- quattro documenti di base:
 - stime globali e regionali della prevalenza della solitudine e della mortalità dovuta alla solitudine (il primo nel suo genere);
 - una revisione globale dei documenti di policy;
 - la definizione delle priorità di ricerca e azione in questo campo; e
 - la mappatura e l'analisi delle reti;
 - high-quality evidence, prioritizing systematic reviews, meta-analyses and large-scale multi-country studies;

- evidenze di alta qualità, dando priorità alle revisioni sistematiche, alle meta-analisi e agli studi su larga scala condotti in più Paesi;
- l'expertise del Gruppo Tecnico Consultivo dell'OMS sulla Connessione Sociale, composto da 20 principali esperti a livello globale;
- iniziative e documenti programmatici dell'OMS; e
- l'esperienza diretta di 64 persone riguardo alla connessione sociale, all'isolamento sociale e alla solitudine.

Il rapporto è stato sottoposto a un rigoroso processo di revisione paritaria, sia interna che esterna all'OMS.

Prospettive future

Questo rapporto della Commissione OMS sulla Connessione Sociale presenta le evidenze più recenti sulla salute sociale – comprendendo connessione sociale, isolamento e solitudine. Propone un'agenda chiara per l'azione e invita responsabili politici, ricercatori e stakeholder di tutto il mondo a trattare la salute sociale con la stessa urgenza riservata alla salute fisica e mentale. Raccomanda la mobilitazione delle risorse necessarie e l'ampliamento su scala globale delle soluzioni proposte per rafforzare la connessione sociale e ridurre l'isolamento sociale e la solitudine.

L'auspicio dei Commissari è che questo rapporto contribuisca ad azioni concrete a tutti i livelli e in tutti i settori per migliorare il ben-essere fisico e mentale, prevenire i decessi e migliorare gli esiti educativi ed economici. Inoltre, contribuirà ad alleviare la pressione finanziaria che isolamento sociale e solitudine esercitano su individui e società, liberando risorse per scopi più produttivi e significativi.

Sosterrà inoltre l'integrazione della connessione sociale nelle agende di salute e sviluppo, compresi gli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030.

Riferimenti bibliografici

1. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>).
2. Doyle DM, Link BG. On social health: history, conceptualization, and population patterning. *Health Psychol Rev.* 2024;18:619–48 (<https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>).
3. Pietromonaco PR, Collins NL. Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *Am Psychol.* 2017;72:531–42 (<https://doi.org/10.1037/amp0000129>).
4. Jecker NS. African ethics, respect for persons, and moral dissent. *Theoria.* 2022;88:666–78 (<https://doi.org/10.1111/theo.12390>).
5. Bell D. Communitarianism. In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA): Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2024 (<https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/communitarianism/>).
6. Chen P, Hong W. Neural circuit mechanisms of social behavior. *Neuron.* 2018;98:16–30. (<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.02.026>).
7. Ilyka D, Johnson MH, Lloyd-Fox S. Infant social interactions and brain development: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;130:448–69 (<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.001>).
8. Optimizing brain health across the life course: WHO position paper. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361251>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Snyder-Mackler N, Burger JR, Gaydosh L, Belsky DW, Noppert GA, Campos FA et al. Social determinants of health and survival in humans and other animals. *Science.* 2020;368:6493 (<https://doi.org/10.1126/science.aax9553>).
10. Dunbar RIM. The social brain hypothesis. *Evol Anthropol.* 1998;6:178–90 ([https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6505\(1998\)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6505(1998)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8)).
11. Holt-Lunstad J. Social connection as a public health issue: the evidence and a systemic framework for prioritizing the “social” in social determinants of health. *Annu Rev Public Health.* 2022;43:193–213 (<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>).
12. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2020 (<https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>).

Capitolo 1

Concetti chiave – connessione sociale, isolamento sociale e solitudine

Listen to Imad's
full story here



"Si può essere circondati da molte persone, e tuttavia sentirsi soli."

Imad Khchifati, ingegnere, originario della Siria e residente in Austria
© OMS



Listen to Macy's
full story here



"Quando penso alla solitudine, penso al non avere una persona su cui contare. Mi sento sempre isolata perché non credo di avere persone che mi capiscano."

Macy Maboi, madre single e insegnante della scuola dell'infanzia
(Sudafrica) © OMS

Messaggi chiave

- **Definizioni chiare di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine – i tre concetti chiave al centro di questo rapporto – si sono affermate solo recentemente nel campo.**
- **“Connessione sociale” è un termine ombrello che descrive le tre dimensioni – strutturale, funzionale e qualitativa – del modo in cui le persone si relazionano e interagiscono tra loro.**
- **L’isolamento sociale, una forma di disconnessione sociale, è la condizione oggettiva di avere pochi ruoli, relazioni e interazioni sociali con altre persone.**
- **La solitudine, anch’essa una forma di disconnessione sociale, è uno stato emotivo negativo e soggettivo che deriva da una discrepanza tra la connessione desiderata e quella effettivamente vissuta.**
- **L’esplorazione delle differenze tra questi concetti attraverso culture diverse e lungo l’arco della vita è iniziata solo di recente. È più avanzata per la solitudine.**

Questo capitolo offre una panoramica dei concetti di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine. La Sezione 1.1 definisce i tre concetti e le relazioni tra essi. La Sezione 1.2 riassume quanto è noto su come e perché questi concetti differiscono tra le culture, e la Sezione 1.3 riassume le differenze lungo l’arco della vita.

Definizioni precise e misurazioni accurate sono fondamentali (1–3). Senza di esse, è difficile identificare correttamente le persone che, ad esempio, sono sole o socialmente isolate, comprendere l’ampiezza e la distribuzione del problema e specificarne i fattori determinanti.

Un’errata identificazione può portare a interventi inefficaci, trattamenti non mirati alle reali cause e a campioni di studio non rappresentativi.

Inoltre, raggiungere definizioni e misurazioni adeguate in un contesto globale è complesso, poiché i concetti di interesse possono variare da Paese a Paese e da cultura a cultura (4–6).

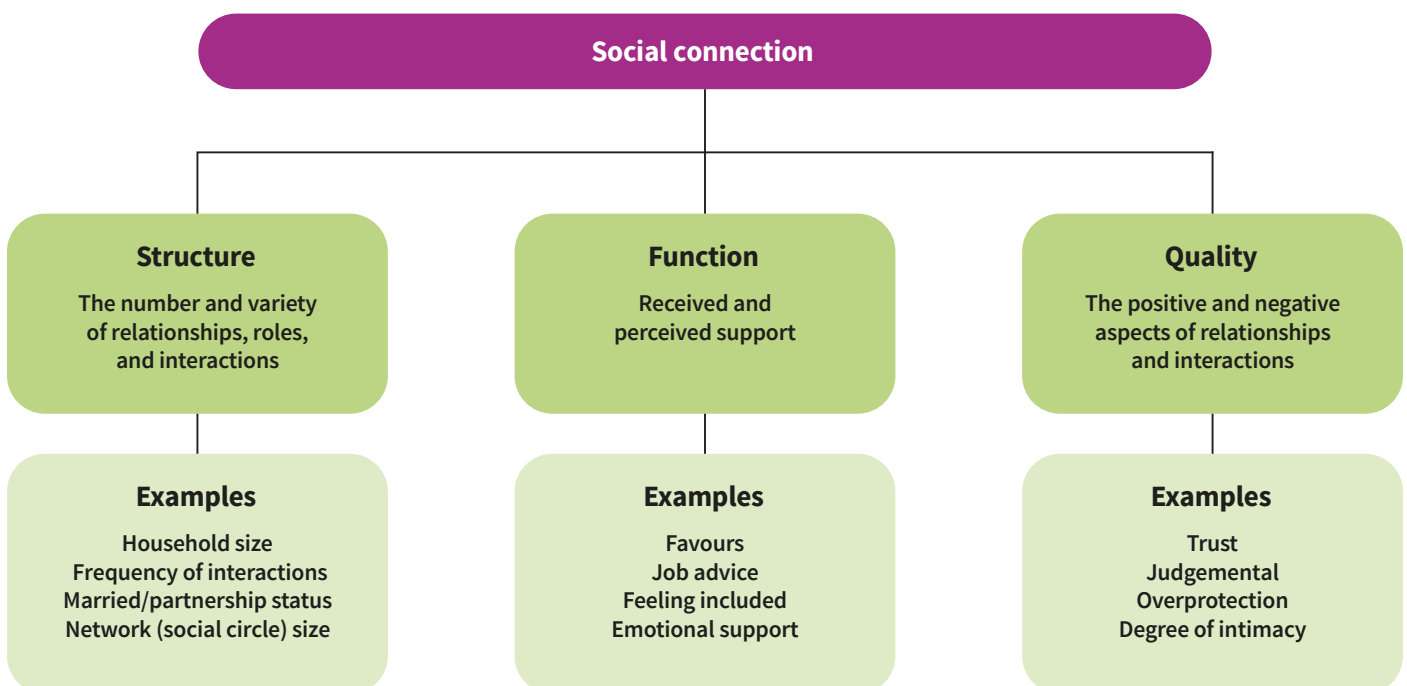
1.1 Definizione di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine

Connessione sociale: termine ombrello che descrive il modo in cui le persone si relazionano e interagiscono tra loro secondo tre dimensioni – strutturale, funzionale e qualitativa (Fig. 1). Queste tre dimensioni possono manifestarsi sia nelle interazioni online sia in quelle faccia a faccia e possono avere aspetti sia oggettivi sia soggettivi (7–9).

- **Dimensione strutturale:** il numero e la varietà di relazioni e ruoli che una persona ha, così come la frequenza, la durata e la modalità (ad esempio in presenza o online) delle interazioni. La dimensione strutturale si riferisce all'esistenza e alle interconnessioni tra diverse relazioni e ruoli sociali, che compongono la rete sociale di una persona. Essa costituisce, in un certo senso, la base per le altre due dimensioni (10).
- **Dimensione funzionale:** il grado in cui il supporto è ricevuto e percepito come disponibile attraverso le relazioni. Le relazioni di una persona possono svolgere diverse funzioni, tra cui la fornitura di supporto pratico, finanziario, informativo, emotivo o legato al senso di appartenenza.
- **Dimensione qualitativa:** natura delle relazioni e delle interazioni, che può variare da positiva (ad es. affettuosa, intima e soddisfacente) a negativa (ad es. tesa, conflittuale, giudicante o violenta) oppure ambivalente.

Fig. 1.

Three dimensions of social connection



Source: Adapted from Holt-Lunstad (11).

Il termine ombrello “connessione sociale” comprende molti concetti correlati ma distinti. Tra questi: coesione sociale, partecipazione sociale, negatività sociale, sostegno sociale, capitale sociale e fiducia sociale – tutti definiti nel **Glossario**.

Le dimensioni strutturale, funzionale e qualitativa della connessione sociale descrivono le relazioni e i ruoli che una persona ricopre nella propria vita e il modo in cui li percepisce, positivamente o negativamente. Queste tre dimensioni sono concettualmente distinte.

Ad esempio, una rete sociale ampia (dimensione strutturale) non garantisce che i bisogni di sostegno siano soddisfatti (dimensione funzionale) né che le relazioni siano di qualità (dimensione qualitativa). Tuttavia, nella pratica, avere numerose connessioni sociali offre maggiori opportunità di scambio di sostegno (funzionale) e di instaurare relazioni sociali di alta qualità (12, 13).

Ogni individuo occupa una posizione specifica nello spazio tridimensionale della connessione sociale, determinata dalla struttura, funzione e qualità delle proprie relazioni. Tale collocazione è talvolta definita “grado di connessione sociale” (7, 14).

La connessione sociale non si limita alle interazioni fisiche faccia a faccia. Include anche le comunicazioni digitali, come i social media e le reti professionali e comunitarie, che sono diventate una parte quotidiana della vita contemporanea. Sebbene le interazioni digitali possano essere benefiche in alcune circostanze, iniziano a emergere evidenze secondo cui l’uso eccessivo di alcuni tipi di comunicazione digitale può essere seriamente dannoso (Riquadro 2 nel Capitolo 3).

La connessione e la disconnessione sociale sono sempre più riconosciute come importanti determinanti sociali della salute, ma fino a tempi recenti sono state ampiamente trascurate (15, 16). La disconnessione sociale comporta gravi effetti sulla mortalità e sulla salute fisica e mentale (come illustrato nel Capitolo 4). I Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli Stati Uniti hanno identificato la connessione sociale come uno dei cinque principali determinanti sociali della salute, e la solitudine è stata definita il “determinante sociale della salute del XXI secolo” (15). La connessione sociale è inoltre fondamentale per raggiungere la salute secondo la definizione dell’OMS – completo ben-essere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia. Al suo centro, la salute sociale dipende dal favorire e mantenere connessioni significative.

Disconnessione sociale: condizione opposta alla connessione sociale, caratterizzata dall’assenza o dal deficit di legami sociali. Può derivare da una bassa collocazione in una o più delle tre dimensioni che compongono la connessione sociale – struttura, funzione e qualità.

La disconnessione sociale può manifestarsi in diverse forme, tra cui isolamento sociale, solitudine, carenza di sostegno sociale, basso capitale sociale e negatività sociale. Questo rapporto si concentra sulle due forme più documentate: isolamento sociale e solitudine.

Isolamento sociale

L'isolamento sociale è definito come carenza oggettiva di ruoli, relazioni o interazioni con altri. È caratterizzato da una rete sociale ristretta (per dimensione o densità), bassa partecipazione a gruppi e interazioni sociali poco frequenti, indipendentemente da come l'individuo percepisce soggettivamente la propria vita sociale.

Esso riflette in modo specifico un deficit nella dimensione strutturale della connessione sociale, non in quelle funzionale o qualitativa.

È un concetto che può essere quantificato e implica una soglia al di sotto della quale le connessioni sociali di una persona sono considerate inadeguate (7, 8, 18).

La necessità di una soglia e la sua definizione sono tuttora oggetto di dibattito e probabilmente variano in base alla cultura, alla modalità di interazione (ad es. in presenza o online), alla personalità e al livello di abilità.

Solitudine

La solitudine è un'esperienza soggettiva, definita come “stato emotivo negativo” (19) derivante da una discrepanza tra il livello di connessione sociale desiderato e quello effettivamente sperimentato (14, 20–24) ed è influenzata dalle aspettative sociali (25).

Tale discrepanza può derivare da:

- numero insufficiente di relazioni sociali,
- scarso supporto da parte di tali relazioni,
- interazioni di bassa qualità, che collegano la solitudine alle dimensioni strutturale, funzionale e qualitativa della connessione sociale.

Ad esempio, una persona può sentirsi sola pur avendo obiettivamente livelli alti in una o più dimensioni della connessione sociale.

La solitudine può anche non essere sperimentata quando una o più dimensioni della connessione sono oggettivamente basse, come nel caso di relazioni conflittuali (bassa qualità).

La solitudine si distingue dall'essere soli – assenza oggettiva di altre persone – e dalla solitudine volontaria, cioè la scelta di stare da soli per recuperare energie, rilassarsi, dedicarsi ad attività artistiche o spirituali (18, 20, 22, 23, 26, 27). In alcune culture si utilizza il termine “solitudine involontaria” o “indesiderata” (cfr. Sezione 1.2).

In questo rapporto, il termine solitudine si riferisce a una condizione involontaria e indesiderata.

La solitudine è spesso classificata in base alla durata: transitoria o cronica.

- La solitudine transitoria è una risposta temporanea a eventi della vita, come traslochi, fine di una relazione, perdita del lavoro, pensionamento o lutto (23, 28). La solitudine cronica persiste per un periodo prolungato (9, 23, 29), due anni o più (30, 31). Il momento in cui la solitudine transitoria diventa cronica è oggetto di dibattito (32).

Da una prospettiva evolutiva, la solitudine transitoria – ma non quella cronica – è considerata un adattamento biologico ereditabile. Funziona come uno stato avversivo, simile a fame, sete e dolore, che incoraggia a ristabilire legami con gli altri (26, 33, 34).

La solitudine è stata descritta come “a doppio taglio” (35):

- nel breve termine è adattiva,
- nel lungo termine, se cronica, è negativamente adattiva ed è associata a numerosi esiti negativi per la salute (Capitolo 4).

Tre tipi di solitudine vengono talvolta distinti in base alla loro origine: emotiva, sociale ed esistenziale (20, 22, 23, 36).

Un aspetto importante della solitudine è che spesso è oggetto di stigmatizzazione. Questo è di per sé dannoso e, inoltre, impedisce alle persone che si sentono sole di cercare aiuto. In relazione alla solitudine, lo stigma sociale si riferisce a “un insieme di credenze che sminuiscono e svalutano coloro che si sentono soli, con l'intento di incoraggiarli ad adottare standard appropriati di connessione sociale e a rispettarli” (37).

Differenze tra connessione sociale, isolamento sociale e solitudine

La connessione sociale è un concetto ombrello che comprende molti altri termini. L'isolamento sociale e la solitudine rappresentano due forme — tra le diverse possibili — di carenza di connessione sociale.

I tre concetti sono distinti, e le differenze tra di essi hanno importanti implicazioni per la misurazione, gli interventi, le politiche e non solo (10).

Riflessioni da esperienze vissute: definire e rivelare la disconnessione sociale

Matthew

Vive con disturbo bipolare ed è una persona queer non binaria (Australia)

“Penso sia importante che le persone capiscano che si può essere soli e disconnessi anche quando si è circondati da altri. Questa è un'esperienza comune per chi vive con disabilità psicosociali, a causa non solo di traumi ma anche di stigma e discriminazione.”

Maria

Donna anziana che vive a Kibera, un insediamento informale (Kenya)

“Se vedo anche solo qualcuno che vuole aiutarmi, le lacrime iniziano a scendermi sul viso. È importante non essere soli.”

April

Giovane donna che gestisce un'associazione per contrastare la solitudine (Regno Unito)

“Ammettere che mi sentivo sola [è stato difficile], la vergogna era dura da superare: passare accanto alle persone, il sabato sera, mentre cenavano insieme e pensare vorrei poter stare con loro, e poi sentirmi in imbarazzo.”

Joe

Dottorando in ambito sanitario e persona LGBTQ+, con disturbo ossessivo-compulsivo (Australia)

“Credo che il più grande ostacolo che ho incontrato nel cercare sostegno per la solitudine e l'isolamento sociale sia lo stigma che li accompagna. Mi è risultato più facile rivelare la mia diagnosi di malattia mentale che parlare delle mie esperienze di solitudine.”

Adel (Nome di fantasia)

Giovane rifugiato dall'Uganda (Svezia)

“Sono completamente solo qui in Svezia, ma non sono mai solo qui [indica la testa]. La mia famiglia è sempre con me.”

Le evidenze indicano che l'isolamento sociale e la solitudine presentano una correlazione debole. Una persona può essere socialmente isolata (cioè avere oggettivamente poche relazioni e interazioni) senza sentirsi sola. Tuttavia, può essere esposta a un rischio elevato di cattiva salute (Capitolo 4).

Gli studi empirici dimostrano che le misure di solitudine, isolamento sociale e vivere da soli (un indicatore dell'isolamento sociale) hanno effetti indipendenti sulla mortalità e sulla salute (15, 38). “Pertanto, quando misuriamo solo uno di questi fattori, non possiamo presumere di catturare l'intera portata dell'influenza dei fattori sociali sulla salute.” (10)

Un intervento mirato a uno solo di questi fattori non può essere considerato sufficiente per ridurre l'impatto degli altri.

Per comprendere appieno gli effetti della connessione sociale e dei deficit di connessione sulla mortalità, sulla salute e su altri esiti, e per sviluppare strategie efficaci per affrontarli (ad esempio tramite politiche, interventi e rafforzamento dell'infrastruttura sociale), è necessario considerare i contributi distinti di ciascuna dimensione della connessione sociale: struttura, funzione e qualità (10).

È inoltre importante analizzare come i tre concetti chiave – connessione sociale, isolamento sociale e solitudine – differiscano per cultura e lungo l'arco della vita.

1.2 Differenze tra culture

Per “cultura” si intende un insieme condiviso di credenze, norme, valori e modi di comportamento o di vita (39).

La cultura collega le comunità attraverso credenze e pratiche condivise, all'interno o al di là dei confini geografici (ad esempio nelle culture della diaspora). La cultura plasma ogni aspetto della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine. Influisce su come questi concetti vengono definiti (Capitolo 1), su come vengono misurati e sulla loro prevalenza (Capitolo 2). Modella i fattori che determinano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine (Capitolo 3) e i loro effetti (Capitolo 4). La cultura influisce anche sulle strategie utilizzate per affrontare la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine (Capitoli 5–8).

Differenze nelle definizioni chiave tra culture

Le definizioni dei tre termini centrali di questo rapporto, sebbene sviluppate principalmente in Europa e Nord America, sono considerate applicabili a tutte le culture (22, 40–42).

Le prove empiriche disponibili, ancora limitate, mostrano comunque alcune differenze.

Ad esempio, in francese e in hausa la stessa parola indica sia l'atto volontario di stare soli (solitude in inglese) sia la condizione negativa di mancanza di connessione sociale (loneliness in inglese). In altre lingue, come inglese e turco, esistono invece parole distinte per descrivere queste due condizioni (43).

Pertanto, il termine per “solitudine” in francese e in hausa (che copre anche il

significato inglese di *solitude*) corrisponde solo in parte alla definizione del termine usato per *loneliness* in inglese o turco (che non comprende *solitude*).

Questa mancanza di corrispondenza tra le diverse culture, nelle definizioni di concetti apparentemente simili, può avere conseguenze significative, come quelle dovute a definizioni inadeguate descritte all'inizio del capitolo. Pertanto, quando si esaminano connessione sociale, isolamento sociale e solitudine in un contesto globale, è fondamentale valutare empiricamente l'equivalenza interculturale delle definizioni. Inoltre, poiché questi concetti sono entrati relativamente da poco nell'ambito della ricerca scientifica, in alcune lingue potrebbero non essere ancora state sviluppate definizioni formali.

Una revisione sulla comprensione della solitudine, condotta su 24 studi realizzati in 15 Paesi a basso e medio reddito (40), ha rilevato che, sebbene siano stati individuati molti elementi comuni, sono emerse differenze significative.

In quasi tutti gli studi la solitudine è stata descritta come uno stato soggettivo. La caratteristica riportata con maggiore frequenza dopo questa, in 10 studi (41,7%), era un senso di rifiuto e la percezione di essere esclusi, emarginati, isolati, incolpati o abbandonati. La terza caratteristica più comune, rilevata in otto studi (33,3%), era la distinzione tra solitudine e il semplice essere soli, o solitudine intesa come *solitude*. Sette studi (29,2%) descrivevano la solitudine come strettamente collegata alla depressione.

Differenze meno marcate sono state riscontrate in una revisione di studi condotti in 10 Paesi ad alto reddito (19). In 21 dei 23 studi (91,3%), la solitudine veniva associata a esperienze interpersonali negative, come sentirsi esclusi, rifiutati, traditi, emarginati o discriminati, spesso in relazione all'orientamento sessuale, all'etnia o allo status di immigrazione. In 22 studi (95,7%), la solitudine veniva associata a sentimenti di disconnessione, alla sensazione di essere esclusi, di non essere compresi e di non riuscire a trovare il proprio posto nei gruppi sociali circostanti. In quasi tutti gli studi, la solitudine era considerata affine ma distinta dall'essere soli, dall'isolamento e dalla *solitude* (19).

Le aspettative o norme sociali svolgono un ruolo fondamentale nel definire il tipo di connessioni sociali desiderate, che sono centrali nella definizione della solitudine come stato emotivo negativo (19), generato da una discrepanza tra le connessioni sociali desiderate o attese e quelle effettivamente sperimentate (44). Sebbene l'influenza delle norme sociali sulla connessione sociale sia universale, il contenuto di tali norme varia da cultura a cultura. Le culture collettiviste, caratterizzate da norme più restrittive sulle relazioni sociali — ad esempio regole più rigide riguardo alle visite a genitori o parenti — possono ridurre la probabilità di isolamento sociale (ossia la mancanza di interazioni), ma aumentare la probabilità di solitudine, poiché possono costringere a mantenere relazioni emotivamente insoddisfacenti. Al contrario, norme più flessibili in alcune culture individualiste possono aumentare il rischio di isolamento sociale, ma ridurre quello di relazioni emotivamente insoddisfacenti (45, 46).

Inoltre, le persone che si discostano dalle norme sociali sono esposte a una maggiore probabilità di sperimentare alienazione, mancanza di autenticità, bassa autostima, rifiuto sociale, insoddisfazione relazionale e/o bisogni relazionali non soddisfatti, tutti fattori che contribuiscono alla solitudine e a una minore connessione sociale.

Sebbene le differenze interculturali nel concetto di solitudine abbiano iniziato a essere esplorate empiricamente e siano risultate in parte rilevanti, sono stati condotti molti meno studi sulla connessione sociale e sull'isolamento sociale. È probabile che questi due concetti varino meno tra culture rispetto all'esperienza soggettiva della solitudine. È ragionevole supporre che la definizione ampia di connessione sociale – un termine ombrello che comprende la struttura, la funzione e la qualità delle relazioni e delle interazioni tra le persone – sia valida in tutte le culture, anche se i ruoli, le relazioni e le interazioni specifiche, le loro funzioni e i criteri con cui se ne valuta la qualità possono differire.

Analogamente, la definizione di isolamento sociale come stato oggettivo caratterizzato da un numero insufficiente di ruoli, relazioni e interazioni sociali è probabilmente valida in culture diverse. Tuttavia, le norme sociali che regolano tipi di ruoli, relazioni e interazioni cambiano da contesto a contesto, e il punto di confine tra “troppo pochi” ed “abbastanza” potrebbe richiedere un adeguamento, seppur con minori differenze negli scenari di isolamento sociale estremo. Le norme sociali possono inoltre influenzare indirettamente l'isolamento sociale, spingendo le persone a modificare il proprio comportamento nel cercare o nell'evitare le interazioni sociali.

1.3 Differenze lungo l'arco della vita

Questa sezione esamina le differenze nei concetti di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine lungo il corso della vita. Le variazioni nella diffusione del fenomeno nel corso della vita sono analizzate nel Capitolo 2; le differenze nei fattori che lo determinano nel Capitolo 3; e le differenze negli effetti nel Capitolo 4. L'adattamento delle strategie per affrontare la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine alle diverse fasi della vita è trattato nei Capitoli 5–8.

I concetti di connessione e disconnessione sociale cambiano nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza e poi alla giovane età adulta, con sviluppi in quattro ambiti:

- (i) i tipi di relazioni che risultano importanti;
- (ii) le funzioni che queste relazioni svolgono;
- (iii) i periodi di cambiamento che influenzano l'esperienza relazionale;
- (iv) la comprensione della connessione sociale (34, 47).

La mancanza dei tipi di relazioni più importanti, o delle funzioni che esse svolgono, può portare alla solitudine. Ad esempio, le amicizie tra pari — che offrono compagnia e occasioni di attività condivise — sono fondamentali per i bambini più piccoli. Le amicizie strette — che offrono la sensazione di avere alleati, confidenze reciproche e di essere apprezzati — assumono un ruolo centrale per i bambini più grandi. L'accettazione da parte del gruppo dei pari diventa decisiva nella prima adolescenza. Le relazioni romantiche — che offrono un senso di accettazione come potenziale partner e un terreno condiviso per esplorare la propria identità — sono cruciali nella tarda adolescenza e nella giovane età adulta. Le amicizie tra pari e le relazioni romantiche tendono a rimanere importanti per tutto il corso della vita (47, 48).

Le altre due aree – periodi di cambiamento che influenzano le esperienze e la comprensione della connessione sociale – lungo il corso della vita riguardano lo sviluppo cognitivo ed emotivo.

Durante la crescita, la solitudine passa dall'essere associata principalmente alla quantità di connessioni sociali (con paura e disagio per l'esclusione fisica) alla qualità delle connessioni, con lo sviluppo di emozioni sociali come vergogna, umiliazione e ansia sociale.

Così, man mano che i bambini si sviluppano, diventano sempre più capaci di distinguere tra essere soli e sentirsi soli (49, 50).

Alla fine del ciclo di vita, per le persone anziane, le aspettative sulle relazioni sociali si ampliano (51). Ciò può aumentare la sensazione di solitudine.

In una classificazione in sei tipi di aspettative sociali, due sono particolarmente rilevanti nella terza età:

- Generatività – opportunità di contribuire in modo significativo e di prendersi cura delle generazioni future.
- Rispetto – sentirsi valorizzati e attivamente inclusi.

Altri quattro tipi di aspettative sono rilevanti in tutte le età:

- Divertimento – condivisione di interessi ed esperienze piacevoli.
- Intimità – sentirsi vicini, compresi e ascoltati.
- Supporto – sentirsi accuditi e poter contare sugli altri.
- Prossimità – disponibilità di contatti sociali (51).

I cambiamenti nelle aspettative e nei desideri personali di connessione sociale possono anche essere collegati a eventi di vita importanti – e talvolta dirompenti.

Questi includono, per esempio:

- ingresso a scuola durante l'infanzia,
- pubertà e passaggi da un contesto accademico a uno professionale nell'adolescenza e nella prima età adulta (52),
- matrimonio, nascita e cura dei figli in età adulta (53),
- pensionamento nell'età adulta avanzata (54).

Alcuni eventi di vita possono essere più destabilizzanti di altri e influenzare le connessioni e la rete sociale di un individuo.

- Ad esempio, la genitorialità può ridurre il grado di isolamento sociale ma aumentare le esperienze di solitudine (53). La solitudine in questa fase della vita può essere legata a difficoltà nella pratica della genitorialità, soprattutto per i genitori alla prima esperienza, che possono sentirsi inadeguati o temere giudizi legati alle aspettative culturali del “genitore ideale” (55).
- Questi sentimenti di inadeguatezza possono favorire il ritiro sociale, soprattutto tra genitori emarginati, come minoranze etniche o genitori di figli cronicamente malati (53).
- Nell'età avanzata, eventi come pensionamento, lutto e perdita di contatti sociali comportano un rischio più elevato di isolamento sociale, con una stima di un adulto su quattro che sperimenta isolamento (56).

Queste evidenze sulle differenze dei concetti fondamentali tra culture e lungo il corso della vita hanno importanti implicazioni per la misurazione e l'identificazione dei fattori che determinano connessione sociale, isolamento e solitudine, nonché per le politiche necessarie ad affrontarli.



Direzioni future della ricerca

- La struttura tridimensionale proposta per la connessione sociale – composta dalle dimensioni strutturale, funzionale e qualitativa – dovrebbe essere validata empiricamente, chiarendo il grado di indipendenza e di sovrapposizione tra le tre dimensioni.
- Sono necessari ulteriori studi per definire quanto livello di connessione sociale sia richiesto a una persona – in termini di quantità, qualità, tipo di relazioni e supporto percepito – e per identificare le differenze legate a cultura, genere, classe socioeconomica e fase della vita.
- La soglia oltre la quale la solitudine transitoria diventa cronica deve essere meglio descritta e validata.
- La natura dell'esperienza soggettiva negativa rappresentata dalla solitudine dovrebbe essere definita con maggiore precisione, specificando se si tratti di un sentimento, di un'emozione o di un insieme di emozioni, e di quale tipo.
- È necessario approfondire la ricerca sulle differenze nella comprensione dei tre concetti chiave – connessione sociale, isolamento sociale e solitudine – tra culture diverse e lungo le varie fasi della vita, con particolare attenzione ai Paesi a basso e medio reddito.

Conclusioni

Definizioni adeguate dei concetti chiave costituiscono la base di qualsiasi ambito di ricerca.

Attingendo alla letteratura, questo capitolo ha presentato le definizioni dei tre concetti fondamentali al centro di questo rapporto: connessione sociale, isolamento sociale e solitudine.

Un'ampia adozione e un ulteriore affinamento di queste definizioni sarebbero auspicabili (si veda “Direzioni future della ricerca”).

La costruzione di una conoscenza condivisa dipende, in parte, dal raggiungimento di un consenso sulle definizioni. Sebbene in Europa e in Nord America, dove tali concetti sono stati inizialmente sviluppati, stia crescendo un accordo condiviso, la loro equivalenza interculturale è solo agli inizi dell'esplorazione.

Riferimenti bibliografici

1. Cheng AT. Case definition and culture: are people all the same? *Br J Psychiatry*. 2001;179:1–3 (<https://doi.org/10.1192/bjp.179.1.1>).
2. Eronen MI, Bringmann LF. The theory crisis in psychology: How to move forward. *Perspect Psychol Sci*. 2021;16:779–88 (<https://doi.org/10.1177/1745691620970586>).
3. Flake JK, Fried EI. Measurement schmeasurement: questionable measurement practices and how to avoid them. *Adv Meth Pract Psychol Sci*. 2020;3:456–65 (<https://doi.org/10.1177/2515245920952393>).
4. Hedrih V. *Adapting psychological tests and measurement instruments for cross-cultural research: an introduction*. Abingdon: Routledge; 2019 (https://www.routledge.com/Adapting-Psychological-Tests-and-Measurement-Instruments-for-Cross-Cultural-Research-An-Introduction/Hedrih/p/book/9780367210045?srsltid=AfmBOouuMH-KfxUStQlqsp1RYJ3sJ76iQDioE05WjdDldtCE-8WD_Oq).
5. Matsumoto D, van de Vijver FJR. Cross-cultural research methods. In: Cooper H, Coutanche MN, McMullen LM, Panter AT, Rindskopf, Sher KJ, editors. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*. Vol. 1: Foundations, Planning, Measures, and Psychometrics. Washington, DC: American Psychological Association; 2023:97–113 2 (<https://www.apa.org/pubs/books/apa-handbook-research-methods-psychology>).
6. Van de Vijver FJ, Leung K. *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021 (<https://doi.org/10.1017/9781107415188>).
7. GILC position statements. London: Global Initiative on Loneliness and Connection; 2022 (https://www.gilc.global/_files/ugd/410bdf_62e236db3a7146cd9f2654877a87dbc6.pdf).
8. Holt-Lunstad J. Social connection as a public health issue: the evidence and a systemic framework for prioritizing the “social” in social determinants of health. *Annu Rev Public Health*. 2022;43:193–213 (<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>).
9. Measuring social connectedness in OECD countries – A scoping review. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2024 (https://www.oecd.org/en/publications/measuring-social-connectedness-in-oecd-countries_f758bd20-en.html).
10. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. *World Psychiatr*. 2024;23 (<https://doi.org/10.1002/wps.21224>).
11. Holt-Lunstad J. Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Ann Rev Psychol*. 2018;69(1):437–58 (<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>).
12. Holt-Lunstad J, Uchino BN. Social ambivalence and disease (SAD): a theoretical model aimed at understanding the health implications of ambivalent relationships. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14:941–66 (<https://doi.org/10.1177/1745691619861392>).
13. Ross KM, Rook K, Winczewski L, Collins N, Schetter CD. Close relationships and health: the interactive effect of positive and negative aspects. *Soc Personal Psychol Compass*. 2019;13:e12468 (<https://doi.org/10.1111/spc3.12468>).
14. Our epidemic of loneliness and isolation: The US Surgeon General’s Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community. Washinton, DC: Office of the US Surgeon General; 2023 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>).
15. Holt-Lunstad J. Why social relationships are important for physical health: a systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annu Rev Psychol*. 2018;69:437–58 (<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>).
16. Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, Lawlor B et al. Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ Open*. 2020;10:e034967 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034967>).
17. Social determinants of health. Atlanta (GA): US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 (<https://www.cdc.gov/nccdpdp/divisions-offices/about-the-division-of-population-health.html>).
18. Advocacy brief: Social isolation and loneliness among older people. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343206>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. McKenna-Plumley PE, Turner RN, Yang K, Groarke JM. Experiences of loneliness across the lifespan: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18:2223868 (<https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2223868>).
20. De Jong Gierveld J, van Tilburg T, Dykstra P. New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In: Vangelisti AL, Perlman ALVD, editors. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. New York: Cambridge University Press; 2016:29 (<https://www.cambridge.org/core/books/abs/%20cambridge-handbook-of-personal-relationships/new-ways-of-theorizing-and-conducting-research-in-the-field-of-loneliness-and-social-isolation/71807A0831CB49849DF0CF3EA19320E9>).
21. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:695–718 (<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>).

22. Heu LC, Hansen N, van Zomeren M, Levy A, Ivanova TT, Gangadhar A et al. Loneliness across cultures with different levels of social embeddedness: A qualitative study. *Pers Relat.* 2021;28:379–405 (<https://doi.org/10.1111/pere.12367>).
23. Mansfield L, Daykin N, Meads C, Tomlinson A, Gray K, Lane J et al. A conceptual review of loneliness across the adult life course (16+ years): Synthesis of qualitative studies. London: What Works Wellbeing; 2019 (<https://whatworkswellbeing.org/product/loneliness-conceptual-review/>).
24. Peplau LA, Miceli M, Morasch B. Chapter 9. Theoretical approaches to loneliness. In: Perlman D, Peplau LA. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley & Sons; 1982:125–51 (https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Peplau_Miceli_Morasch_82.pdf).
25. Heu L, Hansen N, van Zomeren M. Resolving the cultural loneliness paradox of choice: The role of cultural norms about individual choice regarding relationships in explaining loneliness in four European countries. *J Soc Pers Relat.* 2021;38:2053–72 (<https://doi.org/10.1177/02654075211002663>).
26. Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cogn Emot.* 2014;28:3–21 (<https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>).
27. Luhmann M, Buecker S, Rusberg M. Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol.* 2023;2:9–23 (<https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>).
28. Beck AT, Young JE. College blues. *Psychol Today.* 1978;12:80.
29. Motta V. Key concept: loneliness. *Philos Psychiatr Psychol.* 2021;28:71–81 (<https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0012>).
30. Wolska K, Creaven AM. Associations between transient and chronic loneliness, and depression, in the understanding society study. *Br J Clin Psychol.* 2023;62:112–28 (<https://doi.org/10.1111/bjc.12397>).
31. Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. In: Peplau L, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons Inc; 1982:1–18.
32. Qualter P, Arseneault L, Barreto M, Fett A, Hey N, Johnson S et al. Tackling loneliness evidence review: main report. London: Department for Digital, Culture Media & Sport. 2022 (<https://www.gov.uk/government/publications/tackling-loneliness-evidence-review/tackling-loneliness-evidence-review-full-report>).
33. Cacioppo JT, Cacioppo S, Cole SW, Capitano JP, Goossens L, Boomsma DI. Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10:202–12 (<https://doi.org/10.1177/1745691614564876>).
34. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10:250–64 (<https://doi.org/10.1177/1745691615568999>).
35. Maes M, Vanhalst J. Loneliness as a double-edged sword: an adaptive function with maladaptive consequences. *Eur J Dev Psychol.* 2024;1–13 (<https://doi.org/10.1080/17405629.2024.2333584>).
36. Weiss RS. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge (MA): The MIT Press; 1973 (<https://mitpress.mit.edu/9780262730419/loneliness/>).
37. Barreto M, van Breen J, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT et al. Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *J Soc Pers Relat.* 2022;39:2658–79 (<https://doi.org/10.1177/02654075221087190>).
38. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open.* 2016;6:e010799 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>).
39. Mental health: culture, race, and ethnicity – a supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administrations, Center for Mental Health Services; 2001 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/>).
40. Akhter-Khan SC, van Es W, Prina M, Lawrence V, Piri I, Rokach A et al. Experiences of loneliness in lower- and middle-income countries: a systematic review of qualitative studies. *Soc Sci Med.* 2024;340:116438 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116438>).
41. Heu L, van Zomeren M, Hansen N. Does loneliness thrive in relational freedom or restriction? The culture-loneliness framework. *Rev Gen Psychol.* 2021;25:60–72 (<https://doi.org/10.1177/1089268020959033>).
42. van Staden WC, Coetzee K. Conceptual relations between loneliness and culture. *Curr Opin Psychiatr.* 2010;23:524–9 (<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833f2ff9>).
43. Heu LC. *Loneliness and solitude in different languages*. Charlottesville (VA): Center for Open Science; 2024 (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/2KMU6>).
44. Heu LC. The loneliness of the odd one out: how deviations from social norms can help explain loneliness across cultures. *Perspect Psychol Sci.* 2023;17456916231192485 (<https://doi.org/10.1177/174569162311924>).
45. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: age, gender, and cultural differences in loneliness. *Pers Individ Diff.* 2021;169:110066 (<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>).

46. Heu LC, Hansen N, van Zomeren M, Levy A, Ivanova TT, Gangadhar A, Radwan M. Loneliness across cultures with different levels of social embeddedness: A qualitative study. *Pers Relat.* 2021 Jun;28(2):379-405 (<https://doi.org/10.1111/pere.12367>).
47. Parkhurst JT, Hopmeyer A. Developmental change in the sources of loneliness in childhood and adolescence: constructing a theoretical model. Chapter 4. In: Rotenberg KJ, Hymel S, editors. *Loneliness in Childhood and Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999;56–79 (<https://www.cambridge.org/core/books/abs/loneliness-in-childhood-and-adolescence/developmental-change-in-the-sources-of-loneliness-in-childhood-and-adolescence-constructing-a-theoretical-model/6A68B448D92022B80DA18C7B6CA5C1F2>).
48. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10:250–64 (<https://doi.org/10.1177/1745691615568999>).
49. Chipuer HM. Australian children's understanding of loneliness. *Aust J Psychol.* 2010;56:147–53 (<https://doi.org/10.1080/00049530412331283372>).
50. Liepins M, Cline T. The development of concepts of loneliness during the early years in school. *School Psychol Int.* 2011;32:397–411 (<https://doi.org/10.1177/01430343114041>).
51. Akhter-Khan SC, Prina M, Wong GH, Mayston R, Li L. Understanding and addressing older adults' loneliness: the social relationship expectations framework. *Perspect Psychol Sci.* 2023;18:762–77 (<https://doi.org/10.1177/17456916221127218>).
52. Diehl K, Jansen C, Ishchanova K, Hilger-Kolb J. Loneliness at universities: determinants of emotional and social loneliness among students. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15 (<https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>).
53. Nowland R, Thomson G, McNally L, Smith T, Whittaker K. Experiencing loneliness in parenthood: a scoping review. *Perspect Public Health.* 2021;141:214–25 (<https://doi.org/10.1177/17579139211018243>).
54. Segel-Karpas D, Ayalon L, Lachman ME. Loneliness and depressive symptoms: the moderating role of the transition into retirement. *Aging Ment Health.* 2018;22:135–40 (<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226770>).
55. Kent-Marvick J, Simonsen S, Pentecost R, Taylor E, McFarland MM. Loneliness in pregnant and postpartum people and parents of children aged 5 years or younger: scoping review. *Syst Rev.* 2022;11(1):196 (<https://doi.org/10.1186/s13643-022-02065-5>).
56. Teo RH, Cheng WH, Cheng LJ, Lau Y, Lau ST. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023;107:104904 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>).



Capitolo 2

Portata del problema

Listen to Roz's
full story here



*“La solitudine, forse, esiste per tutti, giusto?
È presente nella vita di tutte le persone, no?”*

Roz Maini, assistente sociale giovanile (India)
© OMS



Listen to Katsumi's
full story here



“Quando sono rimasta sola, quando mio marito e mio figlio sono morti, anche tra i miei fratelli c’erano persone che mi capivano e altre che non mi capivano. Ma a volte anche degli estranei possono capire ciò che prova il tuo cuore.”

Katsumi Tsuchiya, donna anziana che vive da sola (Giappone)
© OMS

Messaggi chiave

Tra il 2014 e il 2023 si stima che il 16% della popolazione mondiale abbia dichiarato di sentirsi sola — vale a dire quasi una persona su sei.

La solitudine e l'isolamento sociale colpiscono popolazioni di tutte le aree del mondo e di tutte le fasce d'età.

A livello globale, i tassi stimati di solitudine risultano più elevati tra gli adolescenti (20,9% tra i 13 e i 17 anni) e i giovani adulti (17,4% tra i 18 e i 29 anni), seguiti dagli adulti (15,1% tra i 30 e i 59 anni) e, infine, dagli anziani (11,8% tra le persone di età pari o superiore a 60 anni).

Nel complesso, i livelli stimati di solitudine tra donne e uomini sono simili (rispettivamente 16,1% e 15,4%), ma le differenze maggiori si osservano tra gli adolescenti (24,3% tra le ragazze e 17,2% tra i ragazzi) e tra gli anziani (13,0% tra le donne e 9,9% tra gli uomini).

In generale, più basso è il reddito di un Paese, più alta è la percentuale di persone che si dichiarano sole. Nei Paesi a basso reddito la prevalenza stimata raggiunge il 24,3%, seguita dai Paesi a reddito medio-basso (19,3%), medio-alto (12,1%) e alto (10,6%).

Osservando le Regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i tassi stimati di solitudine più elevati si registrano nella Regione Africana (24,3%), seguita dalla Regione del Mediterraneo orientale (21,0%), dal Sud-Est asiatico (18,3%), dalle Americhe (13,6%) e dal Pacifico occidentale (11,0%), mentre la Regione Europea presenta i valori più bassi (10,1%).

Le stime più recenti indicano inoltre che, tra il 1990 e il 2022, tra il 25,0% e il 33,6% delle persone anziane nel mondo vive in condizioni di isolamento sociale.

Un sondaggio recente ha rilevato che il 72% della popolazione mondiale si sente molto o abbastanza connessa agli altri, con differenze minime tra generi e fasce d'età.

Tuttavia, le popolazioni soggette a forme di marginalizzazione — come persone con disabilità, membri della comunità LGBTIQ+, migranti e rifugiati, minoranze etniche e popolazioni indigene — risultano più esposte al rischio di disconnessione sociale.

Attualmente, i dati sulle tendenze a lungo o breve termine restano limitati, e sono necessari ulteriori studi basati su metodi rigorosi.

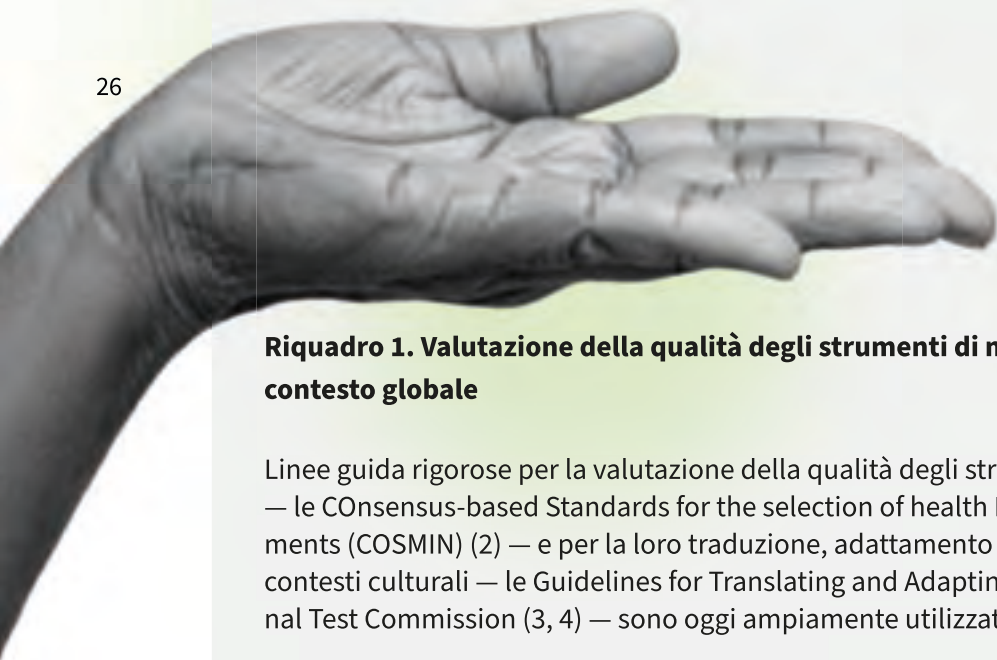
È urgente avviare un monitoraggio accurato e regolare, a livello globale, regionale e nazionale, della connessione sociale, dell'isolamento e della solitudine, utilizzando strumenti standardizzati e comparabili.

Questo capitolo affronta la portata e la distribuzione della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine. La Sezione 2.1 tratta il tema della misurazione, descrivendo gli strumenti comunemente utilizzati e la loro qualità. La Sezione 2.2 analizza la prevalenza globale del fenomeno, presentando le prime stime globali e regionali della solitudine degli ultimi dieci anni e riassumendo le conoscenze disponibili sulla diffusione dell'isolamento sociale e della connessione sociale. La Sezione 2.3 esamina infine le tendenze temporali.

Determinare l'entità della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine è importante per diverse ragioni. In primo luogo, insieme alla valutazione della gravità dei loro impatti (Capitolo 4), costituisce un presupposto fondamentale per definire l'onere globale della disconnessione sociale, un elemento chiave per stabilire le priorità di salute pubblica a livello mondiale. In secondo luogo, rappresenta una condizione preliminare per identificare i fattori che determinano il fenomeno (Capitolo 3), sui quali orientare gli interventi (Capitoli 5–8). In terzo luogo, senza un monitoraggio regolare del problema, non è possibile stabilire se le misure adottate producano gli effetti desiderati. Infine, la quantificazione dell'impatto della disconnessione sociale è essenziale per sostenere la necessità di dedicare maggiore attenzione e risorse alla sua gestione.

2.1 Strumenti di misurazione

Determinare l'entità di un problema di salute richiede strumenti di misurazione accurati (Riquadro 1). Questa sezione passa in rassegna i principali strumenti utilizzati per misurare la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine, illustrando le conoscenze disponibili in merito alla loro qualità. Le misurazioni della solitudine sono trattate in modo più approfondito rispetto a quelle della connessione e dell'isolamento sociale, poiché esiste un consenso più ampio sugli strumenti da utilizzare per valutarle.



Riquadro 1. Valutazione della qualità degli strumenti di misurazione in un contesto globale

Linee guida rigorose per la valutazione della qualità degli strumenti di misurazione — le Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) (2) — e per la loro traduzione, adattamento e validazione in altri contesti culturali — le Guidelines for Translating and Adapting Tests della International Test Commission (3, 4) — sono oggi ampiamente utilizzate a livello globale.

È fondamentale continuare ad applicarle anche nello studio della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine, poiché una misurazione inadeguata, così come definizioni imprecise (Capitolo 1), genera una serie di effetti negativi a catena. Ne derivano stime inesatte dell'entità e della distribuzione del problema, una definizione errata dei determinanti e interventi meno efficaci, con conseguenti possibili distorsioni nelle politiche e nell'allocazione delle risorse.

Ciononostante, i concetti e le modalità di misurazione della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine possono variare non solo tra le culture, ma anche lungo il corso della vita (cfr. Capitolo 1) (5, 6).

Connessione sociale e isolamento sociale

Attualmente non esistono strumenti validati per misurare il concetto tridimensionale di connessione sociale presentato nel Capitolo 1, principalmente perché si tratta di un concetto recente. In una recente indagine globale intitolata *The Global State of Social Connections* (7), è stata pertanto utilizzata una sola domanda per misurare la connessione sociale: “In generale, quanto ti senti connesso alle altre persone?”, con quattro opzioni di risposta (molto, abbastanza, poco o per niente). Al momento, tuttavia, sono disponibili dati limitati sulla capacità di questa domanda di misurare effettivamente la connessione sociale (8).

Esistono invece strumenti per misurare concetti affini a una o più dimensioni della connessione sociale, come l'isolamento sociale, la solitudine, la coesione sociale (9), il capitale sociale (10), la rete sociale e il sostegno sociale (11). Esempi comuni di strumenti per misurare la rete e il sostegno sociale sono riportati nella Tabella 1. La qualità di tali strumenti non è stata analizzata in modo sistematico, e non esiste un consenso su quali misure utilizzare a fini clinici o di ricerca.

Anche strumenti concepiti per valutare concetti non direttamente legati alla connessione sociale possono includere singole domande utili a identificare potenziali indicatori di isolamento o solitudine (17, 18). Ad esempio, la Geriatric Depression Scale comprende gli item “Hai ridotto molte delle tue attività e dei tuoi interessi?” e “Preferisci restare a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?”. Le limitazioni di tali misurazioni devono essere tenute presenti nell'interpretazione dei risultati.

Table 1.

Common instruments for measuring social networks and social support

Instrument and reference	Social network			Social support	
	Quantity of social relationships	Frequency of contact	Relationship or cohabitation status	Perceived closeness	Sense of belonging or purpose
Berkman-Syme Social Network Index (12)		X		X	
Cohen's Social Network Index (13)	X	X			
Duke Social Support Index (14)	X	X		X	X
Lubben Social Network Scale (15)	X	X		X	
Stephoe Social Isolation Index (16)		X	X		

Solitudine

I due principali tipi di strumenti per misurare la solitudine sono le scale a più item e le misurazioni a singolo item.

Misure a Scale (elementi multipli): Nelle scale di misurazione della solitudine, le domande o gli item sono formulate in modo da produrre un punteggio complessivo che consente di classificare la persona come “sola” o “non sola”. Si tratta spesso di misure indirette della solitudine: le domande, infatti, evitano l’uso esplicito del termine “solitudine” per ridurre il rischio di distorsioni legate allo stigma che circonda questa condizione (19).

Le due scale di misurazione della solitudine più utilizzate sono la UCLA Loneliness Scale (University of California at Los Angeles) (20) e la De Jong-Gierveld Loneliness Scale (21). Di entrambe esistono versioni complete e versioni più brevi, che ne consentono l’inclusione in ampie indagini campionarie (22). La scala di De Jong-Gierveld consente inoltre di distinguere tra due forme di solitudine: sociale ed emotiva (cfr. Capitolo 1) (23). Due revisioni sistematiche, condotte applicando le linee guida Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN), hanno sintetizzato gli studi sulla qualità di ciascuna scala. La prima non ha raccomandato l’uso della De Jong-Gierveld Loneliness Scale, a causa delle evidenze limitate sulla sua validità (24). La seconda, invece, ha raccomandato l’impiego della UCLA Loneliness Scale, in particolare nelle versioni brevi, anche in contesti transculturali (25).

Misure ad elemento singolo: Le misurazioni a singolo item della solitudine consistono in domande individuali sull’esperienza personale della solitudine.

Tuttavia, le domande utilizzate variano notevolmente. Possono indagare l'esperienza individuale della solitudine in termini di frequenza (ad esempio: sempre, la maggior parte del tempo, qualche volta, raramente), di intensità (grave, moderata, lieve), di periodo di riferimento (nell'ultimo anno, mese, settimana o nel corso della vita) oppure limitarsi a rilevarne la presenza (ad esempio: "Mi sento solo/a" – "Sì" o "No") (26). Queste differenze tra le domande a singolo item impiegate nelle varie indagini rendono difficile confrontare i risultati.

La maggior parte delle grandi indagini sulla prevalenza della solitudine nella popolazione tende a utilizzare misurazioni a singolo item, poiché sono più semplici da somministrare, pratiche e a basso costo (26, 27). Tuttavia, sono state oggetto di critiche, in quanto non colgono la complessità e le sfumature dell'esperienza della solitudine (28) e sono soggette a bias di desiderabilità sociale, ossia alla tendenza delle persone a non ammettere di sentirsi sole quando gli viene chiesto direttamente (19). Ciononostante, alcuni studi indicano che i risultati delle misurazioni a singolo item mostrano una buona correlazione con quelli ottenuti attraverso scale di valutazione più complesse (27, 29, 30).

Come spiegato nel Capitolo 1, le misurazioni delle diverse dimensioni della disconnessione sociale — tra cui l'isolamento e la solitudine — non sono fortemente correlate tra loro e producono effetti indipendenti sulla mortalità e sulla salute. Per cogliere appieno in che modo i fattori sociali influenzano la salute, è necessario misurare il contributo di tutte le dimensioni della connessione e della disconnessione sociale — strutturale, funzionale e qualitativa (31). Attualmente non esiste uno strumento unico capace di farlo, e lo sviluppo di un simile strumento dovrebbe essere una priorità.

2.2 Stime della prevalenza della solitudine, della connessione sociale e dell'isolamento sociale

Solitudine

Le stime della prevalenza della solitudine presentate in questa sezione sono le prime di questo tipo. Si basano su 23 set di dati, provenienti sia da studi condotti a livello nazionale sia da ricerche internazionali, che complessivamente coprono 153 Paesi e territori (per i dettagli sui set di dati, i metodi utilizzati e i relativi limiti, si veda l'Appendice 1).

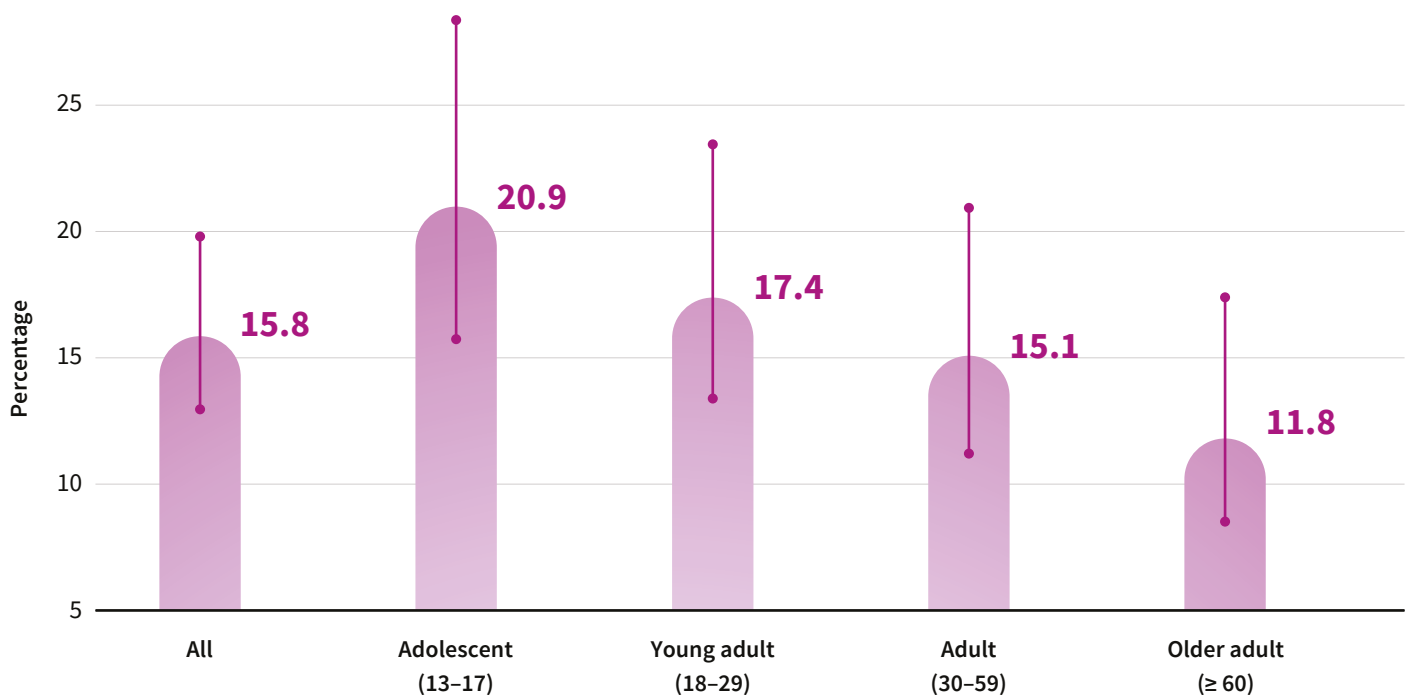
Stime globali e differenze per fasce d'età:

A livello globale, si stima che tra il 2014 e il 2023 il 15,8% della popolazione mondiale (intervallo di incertezza al 95%: 12,8–20,1%) abbia sperimentato solitudine (Fig. 2). La prevalenza della solitudine tende a diminuire con l'età: gli adolescenti (13–17 anni) presentano la percentuale più alta, pari al 20,9% (UI 95%: 15,6–28,5%), seguiti dai giovani adulti (18–29 anni) con il 17,4% (UI 95%: 13,2–23,6%), dagli adulti (30–59 anni) con il 15,1% (UI 95%: 11,0–21,2%) e infine dalle persone anziane (≥ 60 anni) con l'11,8% (UI 95%: 8,4–17,6%).

Il dato relativo agli elevati livelli di solitudine tra gli adolescenti è coerente con i risultati di precedenti ricerche (26), anche se può risentire di fattori sia di sviluppo sia metodologici (Appendice 1). Poiché la solitudine nasce da una discrepanza percepita tra le connessioni sociali effettive e quelle desiderate o attese, l'incidenza più alta osservata durante l'adolescenza può essere ricondotta a maggiori aspettative di relazione in questa fase della vita, segnata da importanti cambiamenti emotivi e psicologici (32) (cfr. Capitolo 3). Le persone anziane, al contrario, tendono a dichiararsi più soddisfatte delle proprie relazioni sociali. Inoltre, gli strumenti di misurazione comunemente utilizzati per questa fascia d'età sono diversi da quelli destinati a bambini o adolescenti (5, 33), portando così alla valutazione di concetti solo parzialmente comparabili.

Fig. 2.

Global prevalence (%) of loneliness by age group, 2014–2023 (with 95% uncertainty intervals)

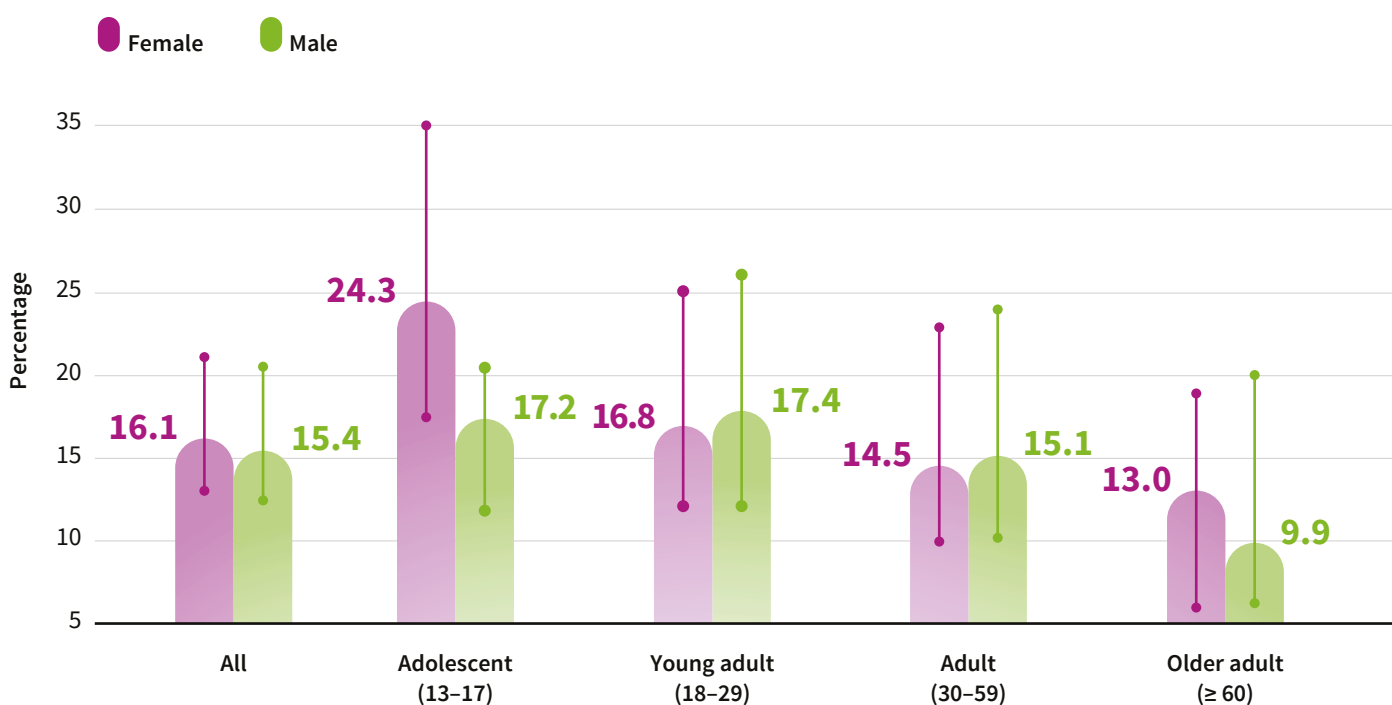


Secondo queste stime, le persone anziane presentano i livelli di solitudine più bassi, in apparente contrasto con ricerche precedenti che indicavano invece tassi tra i più alti in questa fascia di età (26). Tale discrepanza potrebbe dipendere dalla disponibilità e dalla qualità limitata dei dati precedenti relativi agli anziani. È importante osservare che la categoria “persone anziane” comprende sia individui relativamente giovani (sessantenni) sia persone molto più anziane (ottantenni o oltre). È quindi possibile che la prevalenza della solitudine sia più elevata tra gli adulti con 80 anni o più. Questa ipotesi è coerente con studi precedenti, nei quali la solitudine tra le persone anziane assumeva una forma a U (34). Inoltre, le indagini precedenti potrebbero aver adottato soglie d'età differenti per definire la popolazione “anziana”, producendo così risultati potenzialmente diversi e meno comparabili.

Stime globali e differenze per sesso: a livello globale, la prevalenza stimata della solitudine è risultata pari al 16,1% tra le donne (intervallo di incertezza al 95%: 12,6–21,3%) e al 15,4% tra gli uomini (UI 95%: 11,8–20,7%), una differenza molto lieve se si considerano gli intervalli di incertezza (Fig. 3). Tra le donne, la prevalenza stimata più elevata si osserva tra le adolescenti (24,3%, UI 95%: 17,2–35,1%), con una progressiva diminuzione con l'età: giovani adulte (16,8%, UI 95%: 12,1–25,0%), adulte (14,5%, UI 95%: 10,0–22,7%) e anziane (13,0%, UI 95%: 8,7–21,5%). Tra gli uomini, invece, la prevalenza più alta si registra tra i giovani adulti (17,4%, UI 95%: 12,1–26,0%), seguiti da adolescenti (17,2%, UI 95%: 11,7–26,4%), adulti (15,1%, UI 95%: 10,2–23,8%) e anziani (9,9%, UI 95%: 6,4–17,4%).

Fig. 3.

Global prevalence (%) of loneliness by sex and age group, 2014–2023 (with 95% uncertainty intervals)



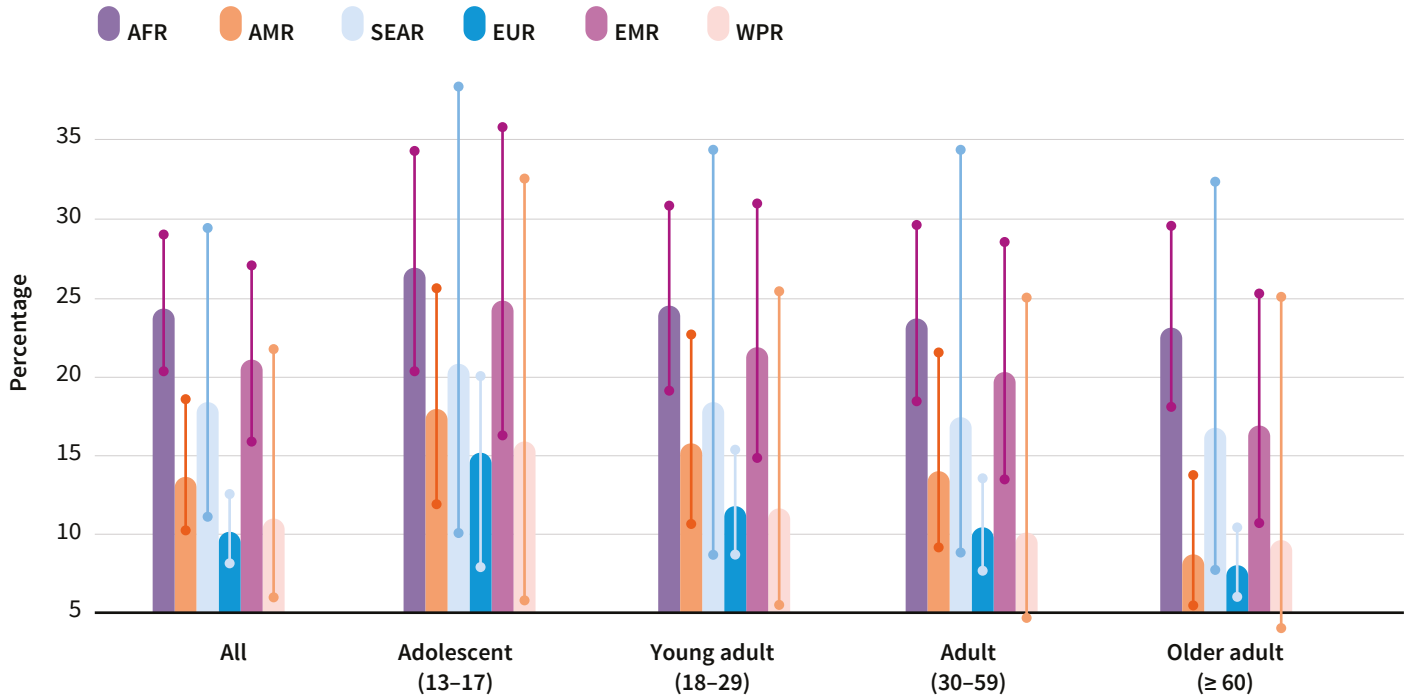
Differenze per Regione OMS

Nel complesso, la Regione Africana dell'OMS registra la prevalenza stimata più elevata di solitudine (24,3%, intervallo di incertezza al 95%: 20,4–29,0%), seguita dalla Regione del Mediterraneo orientale (21,0%, UI 95%: 15,9–27,1%), dalla Regione del Sud-Est asiatico (18,3%, UI 95%: 11,2–29,3%), dalla Regione delle Americhe (13,6%, UI 95%: 10,2–18,6%) e dalla Regione del Pacifico occidentale (11,0%, UI 95%: 6,1–21,7%).

La Regione Europea registra invece la prevalenza più bassa (10,1%, UI 95%: 8,2–12,5%) (Fig. 4). Queste tendenze risultano sostanzialmente coerenti per sesso e fasce d'età, con poche eccezioni.

Fig. 4.

Global prevalence (%) of loneliness by WHO region, 2014–2023 (with 95% uncertainty intervals)



AFR: African Region; AMR: Region of the Americas; SEAR: South-East Asia Region; EUR: European Region; EMR: Eastern Mediterranean Region; WPR: Western Pacific region

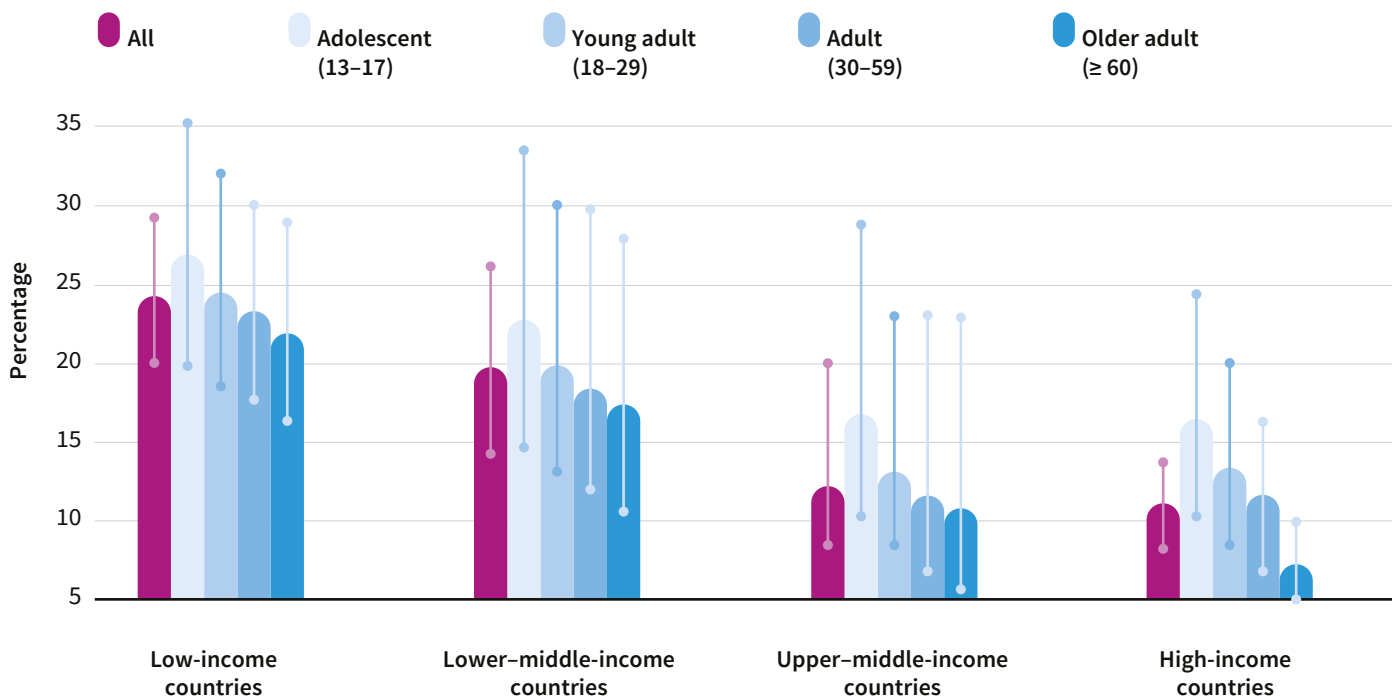
Differenze per fascia di reddito secondo la classificazione della Banca Mondiale

Le stime indicano che la prevalenza della solitudine segue un chiaro gradiente economico: più basso è il livello di reddito di un Paese, più alta è la prevalenza della solitudine (Fig. 5). In tutte le fasce d'età, la prevalenza risulta pari al 24,3% (intervallo di incertezza al 95%: 20,0–29,4%) nei Paesi a basso reddito, al 19,3% (UI 95%: 14,2–26,6%) in quelli a medio-basso reddito, al 12,1% (UI 95%: 8,1–20,3%) nei Paesi a medio-alto reddito e al 10,6% (UI 95%: 8,3–14,0%) in quelli ad alto reddito. Nella maggior parte dei gruppi, l'andamento è coerente rispetto a sesso e fasce d'età, con poche eccezioni.

Una revisione sistematica qualitativa delle esperienze di solitudine nei Paesi a basso e medio reddito suggerisce che la povertà possa spiegare questa tendenza, poiché è stata identificata come l'ostacolo più comune alla possibilità di soddisfare le proprie aspettative di relazione sociale (35). Quando le opportunità di lavoro sono limitate e le comunità vivono in condizioni di povertà, la minore capacità di contribuire sul piano socioeconomico può aumentare il rischio di esclusione sociale, oppure incentivare la migrazione e, di conseguenza, una perdita ulteriore dei legami sociali (35) (cfr. Capitolo 3).

Fig. 5.

Global prevalence (%) of loneliness by World Bank country income group, 2014–2023 (with 95% uncertainty intervals)



La cultura come spiegazione delle differenze

La cultura può in parte spiegare le differenze osservate tra le Regioni dell'OMS. Il significato di molti termini varia, infatti, a seconda della lingua, del Paese e della popolazione, influenzando il modo in cui i concetti vengono tradotti e compresi (cfr. Capitolo 1). Di conseguenza, anche quando si utilizza lo stesso concetto e lo stesso strumento di misurazione, i risultati possono non essere pienamente comparabili.

Inoltre, le differenze nella prevalenza della solitudine tra le Regioni dell'OMS riflettono in larga misura i modelli di collettivismo e individualismo. Le culture collettiviste — diffuse in Africa, nei Paesi arabi, in Asia e in America Latina — pongono l'accento sull'interdipendenza e sui legami forti all'interno della famiglia o dei gruppi di appartenenza. Al contrario, le culture individualiste — prevalenti in Australia, Europa, Nuova Zelanda e Nord America (36, 37) — valorizzano l'autonomia personale e le relazioni liberamente scelte all'interno di reti sociali più fluide e meno coese (38). Nelle culture collettiviste, la solitudine tende inoltre a essere più stigmatizzata, probabilmente perché contrasta con le norme sociali dominanti (39).

Tale stigma può intensificare il senso di vergogna in chi sperimenta solitudine, spingendo le persone a nascondere la propria esperienza e aggravando così sia la percezione soggettiva sia le conseguenze negative associate (39) (cfr. Capitolo 4).

Le differenze nella prevalenza della solitudine tra le Regioni dell'OMS risultano quindi in gran parte coerenti con un quadro che vede tassi più bassi nei Paesi con una cultura individualista e più elevati in quelli con una cultura collettivista. Tuttavia, questo schema appare meno netto nelle regioni delle Americhe e del Pacifico occidentale, dove esistono differenze significative tra sottoregioni: i Paesi dell'Asia orientale e dell'America Latina tendono a essere collettivisti, mentre Australia, Nuova Zelanda e Nord America presentano orientamenti più individualisti.

Confronti con le stime precedenti

Le stime contenute in questo rapporto differiscono in parte da quelle precedenti, probabilmente a causa di differenze metodologiche. Una delle principali discrepanze riguarda la prevalenza regionale. Una revisione sistematica dei dati globali sulla solitudine (2005–2019) aveva individuato la prevalenza più alta nella Regione del Mediterraneo orientale (14,4%), seguita dalla Regione Africana (12,7%), dalla Regione Europea (11,9%), dalla Regione delle Americhe (11,8%) e dalla Regione del Pacifico occidentale (10,0%); la Regione del Sud-Est asiatico presentava la percentuale più bassa (9,2%) (26).

Tuttavia, questa revisione considerava solo 113 Paesi e territori e includeva dati fino al 2019. Le stime attuali e quelle precedenti concordano sul fatto che i Paesi dell'Europa settentrionale registrano nel complesso i tassi di solitudine più bassi. Tuttavia, le stime più recenti risultano nettamente più elevate in diverse Regioni: 24,3% contro 12,7% per la Regione Africana, 18,3% contro 9,2% per il Sud-Est asiatico e 21,0% contro 14,4% per il Mediterraneo orientale.

Un possibile fattore è l'aumento della solitudine durante la pandemia di COVID-19, anche se l'impatto della pandemia appare troppo limitato per spiegare da solo tali ampie discrepanze (40). Anche le differenze metodologiche possono aver avuto un ruolo: le stime precedenti si basavano su dati raccolti tra il 2000 e il 2019, mentre le attuali coprono il periodo 2014–2024. Inoltre, i cambiamenti nei contesti culturali e sociali — come l'evoluzione delle norme e dello stigma legati alla solitudine — possono aver influito sul modo in cui il fenomeno viene riportato. Infine, una parte significativa dei dati utilizzati per le stime attuali proviene dall'indagine Global State of Social Connections (7), elemento che potrebbe aver contribuito ulteriormente alle differenze osservate (cfr. Appendice 1).

Isolamento sociale

I dati disponibili sulla prevalenza dell'isolamento sociale sono inferiori rispetto a quelli relativi alla solitudine; non sono stati infatti segnalati studi globali o grandi indagini multicentriche. Le stime globali provenienti da due recenti meta-analisi si concentrano esclusivamente sulle persone anziane e si basano su dati raccolti in 27 Paesi, solo sei dei quali a basso e medio reddito. Le stime della prevalenza dell'isolamento sociale variano tra il 25,0% e il 33,6% (41, 42).

La prima meta-analisi, che include studi fino a novembre 2021, si basa su 41 ricerche condotte in 17 Paesi per stimare la prevalenza dell'isolamento sociale tra gli anziani (42).

A livello globale, un adulto su quattro (25%) risulta socialmente isolato, con il tasso più alto nella Regione del Mediterraneo orientale (46,1%, sebbene basato solo su due rapporti relativi alla stessa indagine condotta in Libano), seguita dalla Regione delle Americhe (30%; 13 studi), dalla Regione Europea (22%; 8 studi) e dalle Regioni del Sud-Est asiatico e del Pacifico occidentale, considerate congiuntamente (22%; 18 studi). Non sono stati individuati studi per la Regione Africana. Dei 17 Paesi inclusi, solo cinque erano a basso e medio reddito (Brasile, India, Libano, Malesia e Messico) (42).

La seconda revisione, che comprende studi fino a gennaio 2023 riguardanti gli “anziani più longevi” (persone di età pari o superiore a 80 anni), include 22 studi condotti in 15 Paesi, tre dei quali a basso e medio reddito. La prevalenza complessiva dell’isolamento sociale riscontrata è stata del 33,6%, senza differenze significative tra i vari continenti (41).

Un’ulteriore meta-analisi di 30 studi ha esaminato i tassi di isolamento sociale e di solitudine tra gli anziani durante la pandemia di COVID-19 (43). Complessivamente, le stime indicano un tasso di isolamento sociale del 31,2% e di solitudine del 28,6%, valori superiori rispetto al periodo precedente alla pandemia. Questo aumento è stato attribuito alla riduzione delle interazioni sociali dovuta a misure come l’isolamento forzato e il distanziamento fisico.

Sebbene la maggior parte degli studi sulla prevalenza dell’isolamento sociale si concentri sugli anziani, una ricerca recente ha analizzato l’isolamento sociale tra adolescenti di età compresa tra 11 e 19 anni in 79 Paesi nel periodo 2003-2018 (44). In media, circa il 27% degli adolescenti ha riferito di sentirsi socialmente isolato; il tasso più alto è stato registrato in Zambia (58,6%) e il più basso in Indonesia (13,8%) (44).

Connessione e disconnessione sociale

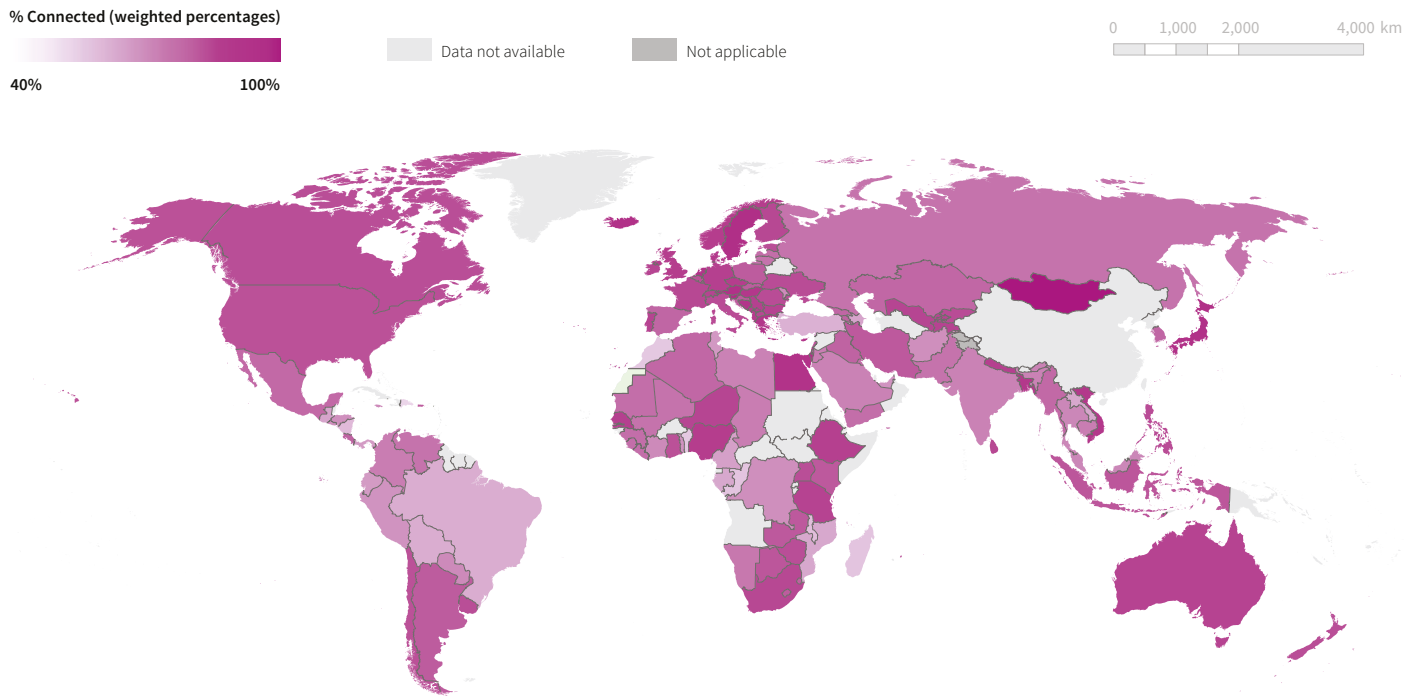
Non sono disponibili stime sulla prevalenza delle tre dimensioni della connessione sociale (struttura, funzione e qualità) ottenute attraverso strumenti validati. Attualmente, le uniche stime globali della connessione sociale provengono dall’indagine Meta-Gallup Global State of Social Connections 2023 (7), che ha coinvolto 142 Paesi. Per misurare la connessione sociale è stata utilizzata un’unica domanda, riferita a un periodo di richiamo non definito: “In generale, quanto ti senti connesso alle persone?”. Le evidenze sulla validità e affidabilità di questa domanda come misura della connessione sociale sono tuttora limitate (8), e lo strumento non è stato concepito per rilevare le tre dimensioni della connessione sociale definite nel Capitolo 1.

I risultati dell’indagine Global State of Social Connections (7) sono riportati nella Figura 6. Oltre il 70% della popolazione mondiale ha dichiarato di sentirsi “molto connesso” o “abbastanza connesso” con le altre persone. A livello globale, le differenze nei tassi di percezione della connessione sociale risultano minime sia tra uomini (73%) e donne (72%), sia tra le diverse fasce d’età: 75% delle persone di età pari o superiore a 65 anni, 73% tra 45 e 64 anni, 71% tra 30 e 44 anni, 71% tra 19 e 29 anni, 73% tra 15 e 18 anni ha riferito di sentirsi molto o abbastanza connesso.

Percentuali più basse sono state riscontrate in alcuni Paesi dell’America Latina, della Regione Africana, della Regione del Mediterraneo orientale e della Regione del Sud-Est asiatico (7). Alla luce dei limiti metodologici dell’indagine, tuttavia, tali risultati devono essere interpretati con cautela.

Fig. 6.

Results of “The Global State of Social Connections” survey of the prevalence of social connection



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or areas or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted or dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. *Source: Meta-Gallup (45)*

Nell'indagine sono state effettuate anche misurazioni delle interazioni sociali, valutando la frequenza con cui una persona aveva avuto contatti con diversi gruppi nell'arco degli ultimi sette giorni (7). Una persona su due ha riferito di aver interagito con amici o familiari che vivevano nella stessa abitazione o nelle vicinanze (58%) e con vicini di casa o persone residenti nello stesso quartiere (46%). Una su tre ha dichiarato di aver avuto contatti con colleghi di lavoro o compagni di scuola (35%) e con amici o familiari che abitavano lontano (30%). Una su quattro ha interagito con membri di gruppi accomunati da interessi o convinzioni condivise (25%), mentre solo una su sei ha riferito interazioni con estranei o persone sconosciute (16%) (7).

Gruppi che sperimentano tassi più elevati di disconnessione sociale

Le persone che vivono in condizioni di marginalizzazione presentano tassi più elevati di disconnessione sociale. Tra queste rientrano: le persone con disabilità, le comunità LGBTIQ+, i migranti, i rifugiati, le minoranze etniche e i gruppi indigeni. L'aumento della prevalenza di disconnessione sociale in questi gruppi è spesso riconducibile allo stigma strutturale, che esclude gli individui dalla piena partecipazione alla vita sociale o limita le loro opportunità (46, 47). Anche i caregiver risultano colpiti in misura sproporzionata dalla disconnessione sociale (cfr. Capitolo 3).

Persone con disabilità: in generale, le persone con disabilità riportano livelli più elevati di isolamento sociale e di solitudine rispetto a chi non presenta disabilità (48, 49–55). Alcune di esse possono incontrare difficoltà ad accedere a spazi e servizi sociali o a usufruire di opportunità a causa di barriere fisiche negli edifici, scarsa accessibilità dei trasporti e mancanza di informazioni e comunicazioni adeguate; altre si trovano invece a fronteggiare forme di stigma strutturale che limitano le opportunità di lavoro (56) o barriere socioculturali che si traducono in minori livelli di istruzione, relazioni affettive meno stabili e condizioni abitative più precarie (57). Di conseguenza, le persone con disabilità segnalano tassi più bassi di sostegno sociale e livelli più elevati di isolamento e solitudine (57).

Uno studio condotto in sette Paesi a basso e medio reddito (Cambogia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Senegal e Zambia) ha rilevato che le persone con disabilità riportano tassi di solitudine più elevati rispetto a chi non ha disabilità (52). Ad esempio, il 24,9% dei partecipanti con disabilità visive e il 29,9% di quelli con disabilità uditive ha riferito di provare spesso solitudine rispetto a coloro che non riportavano difficoltà visive (16,6%) o uditive (17,3%) (52). In generale, le persone che hanno dichiarato una qualsiasi forma di disabilità risultano più inclini a sperimentare solitudine rispetto a coloro che non riportano disabilità (25,4% contro 14,3%).

LGBTIQ+

I dati, tutti provenienti da Paesi occidentali ad alto reddito, mostrano chiaramente che le persone che si identificano come appartenenti alla comunità LGBTIQ+ sono più esposte all'isolamento sociale e alla solitudine. In passato, queste persone hanno dovuto affrontare livelli più elevati di stigma strutturale e discriminazione legati all'orientamento sessuale o all'identità di genere (ad esempio omofobia e transfobia), e hanno riportato contatti sociali meno frequenti e di qualità inferiore all'interno delle proprie reti relazionali (58–60).

Una meta-analisi ha rilevato che le minoranze sessuali presentano un tasso di solitudine più elevato rispetto alle persone eterosessuali (61). Analogamente, in uno studio condotto in Australia, tutti i gruppi appartenenti a minoranze sessuali hanno riportato livelli di solitudine superiori rispetto alle persone eterosessuali (62). Uno studio sugli adulti più anziani nel Regno Unito ha evidenziato tassi di solitudine più alti tra le persone che si identificano come gay o lesbiche (29,1%) o bisessuali (35,2%) rispetto ai rispondenti eterosessuali (21,3%) (63). Uno studio trasversale condotto in Germania ha inoltre riscontrato un'elevata prevalenza sia di solitudine (83,3%) sia di isolamento sociale (34,4%) tra le persone transgender e di altre identità di genere (64).

Migranti e rifugiati

Un numero maggiore di migranti riferisce sentimenti di solitudine e isolamento sociale rispetto alla popolazione dei Paesi ospitanti, e tali condizioni risultano ancora più frequenti tra i rifugiati (65). Migranti e rifugiati si confrontano spesso con barriere linguistiche e con norme culturali differenti, che possono favorire esperienze di isolamento e solitudine (58, 66, 67), e devono ricostruire le proprie reti sociali nei nuovi contesti di vita (65). Le difficoltà o le esperienze traumatiche che li hanno spinti a lasciare il Paese d'origine — come condizioni economiche precarie, conflitti o disastri naturali — possono inoltre contribuire ad accentuare l'isolamento e la solitudine nel Paese di arrivo (35).

In uno studio condotto in 26 Paesi, i tassi più elevati di solitudine sono stati riscontrati tra i migranti di prima generazione e tra coloro che avevano lasciato il Paese d'origine dopo i 18 anni (68).

Gli anziani migranti hanno riportato più frequentemente sentimenti di solitudine rispetto ai non migranti in Germania (53,6% contro 42,9%) (69), in Australia (49,0% contro 22,0%) (70) e nei Paesi Bassi (solitudine moderata: 37,5% contro 32,8%; solitudine grave: 22,1% contro 13,0%) (71). In media, tassi di solitudine più elevati sono stati rilevati anche tra gli anziani migranti di origine marocchina e turca rispetto ai loro coetanei olandesi (72).

Minoranze etniche e gruppi indigeni

Le evidenze sulla prevalenza dell'isolamento sociale e della solitudine tra i gruppi etnici minoritari e le popolazioni indigene risultano contrastanti, probabilmente perché tali gruppi vivono l'isolamento sociale e la solitudine in modi differenti (Capitolo 3) (60, 73–77).

Ad esempio, uno studio condotto in Inghilterra e Galles sui tassi di solitudine tra gli anziani appartenenti a sei gruppi etnici minoritari (bangladese, africano, caraibico, cinese, indiano e pakistano) ha rilevato una maggiore prevalenza di solitudine in cinque dei sei gruppi, rispetto alla popolazione britannica generale, sia nelle misurazioni a singolo item sia in quelle basate su scale (76). Schumacher e colleghi (60) hanno riscontrato risultati misti negli Stati Uniti d'America: sebbene i tassi di solitudine siano risultati più elevati tra gli adulti neri (19%) e ispanici (16%) rispetto agli adulti bianchi (14%), i tassi registrati tra gli adulti asiatici erano simili a quelli dei bianchi (14%). Anche uno studio condotto in Nuova Zelanda su tre minoranze etniche (asiatici, Māori e Pasifika) ha fornito risultati eterogenei (78). Sebbene una quota inferiore di persone Pasifika (17%) abbia dichiarato di sentirsi sola rispetto ai gruppi europei o di altra origine (21%), la prevalenza della solitudine è risultata simile o più elevata tra i rispondenti Māori (21%) e asiatici (23%).

Caregiver

Tassi elevati di isolamento sociale e solitudine sono stati riportati da caregiver in diversi Paesi, sebbene siano disponibili pochi confronti diretti tra i tassi rilevati nei caregiver e quelli della popolazione generale. I giovani caregiver e gli assistenti informali risultano anch'essi maggiormente a rischio di sperimentare isolamento sociale e solitudine (Capitolo 3).

Una revisione ha evidenziato che la prevalenza dell'isolamento sociale e della solitudine tra i caregiver di persone con disturbi di salute mentale in Australia, Cina e Stati Uniti variava dal 21,0% al 52,7% (79), a fronte di un tasso del 7,0% nella popolazione non caregiver in Australia (80).

In uno studio sul carico assistenziale condotto in quattro Paesi (Irlanda, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti) prima e durante la pandemia di COVID-19, sono stati riscontrati aumenti significativi dei tassi di isolamento sociale e solitudine, misurati sia con domande a singolo item sia tramite scale di valutazione.

Prima della pandemia, i livelli di solitudine tra i caregiver di persone con condizioni fisiche, cognitive e/o neurologiche erano pari rispettivamente al 6,8%, 5,9% e 7,0%. Durante la pandemia, tali valori sono aumentati rispettivamente al 34,1%, 22,0% e 26,6% (81).

Riflessioni da esperienze vissute: emarginazione, isolamento sociale e solitudine

Maggie

Madre con disabilità uditiva
(Sudafrica)

“Sono gravemente ipoudente da tutta la vita. Di per sé, la mia disabilità comporta un’evidente forma di isolamento sociale e di solitudine. Ma, inserita in un mondo che sente, la mia solitudine assume molte altre forme [...] Quando chiedo che mi si parli più chiaramente o dichiaro la mia disabilità a qualcuno, si crea quasi automaticamente una distanza. Sospetto che siano soprattutto l’ignoranza e il disagio a spingere le persone a reagire in questo modo...”

Julio

Uomo anziano gay
(Costa Rica)

“Un tempo avevo un fidanzato, un compagno, avevo costruito una casa. Poi lui è morto, e sono rimasto vedovo. Se anni fa avessi saputo che sarei arrivato a quest’età e che questo mi avrebbe portato a ritirarmi dalla vita sociale, forse mi sarei preparato psicologicamente ad affrontare la vecchiaia.”

Polina

Giovane rifugiata con diagnosi
tardiva di ADHD in Polonia
(Ucraina)

“Due anni fa è iniziata la guerra [in Ucraina]. Sono sopravvissuta all’occupazione e allo sfollamento, ritrovandomi in un nuovo Paese, con una lingua, tradizioni e cultura diverse. I miei fragili legami sociali si sono spezzati, e a volte la solitudine è diventata opprimente.”

Benny

Giovane cino-indonesiano,
attivista per la salute
mentale (Indonesia)

“Il periodo in cui mi sono sentito più solo è stato quello dell’adolescenza. È stato il momento in cui ho subito un accumulo di episodi di bullismo razzista e anche una certa forma di esclusione legata alla mia identità di minoranza religiosa. Tutto ciò mi ha portato a interrogarmi sulla mia stessa esistenza.”

Jennifer

Caregiver della madre di 83 anni,
entrambe afroamericane (USA)

“Dall’apice della pandemia di COVID-19, nel marzo 2020, sono stata esclusa dalla piena partecipazione alla vita sociale, perché mi prendo cura di mia madre senza alcun aiuto. [...] Esco raramente e solo per brevi periodi, per paura di lasciarla da sola e di esporla al rischio di cadute...”

2.3 Tendenze nel tempo

La definizione di tendenze temporali globali, regionali e nazionali affidabili sulla prevalenza della connessione sociale, dell’isolamento sociale e della solitudine richiederebbe, idealmente, stime accurate per ciascun fattore a intervalli regolari nel tempo, risalendo anche a secoli fa per individuare andamenti di lungo periodo. Tuttavia, tali stime non sono disponibili e quelle esistenti presentano notevoli limiti. La loro qualità è spesso insoddisfacente; coprono aree geografiche e periodi di tempo limitati, e alcune, come i dati relativi ai correlati della disconnessione sociale, sono solo indirettamente pertinenti (82, 83). In futuro, le tendenze storiche potrebbero essere chiarite mediante un’analisi rigorosa delle fonti d’archivio, comprese le statistiche censuarie, provenienti da diverse parti del mondo, analogamente a quanto già avvenuto negli studi storici sulla quota di popolazione che viveva da sola (84, 85), di cui si discute più avanti.

L’assenza di evidenze più solide sulle tendenze di lungo periodo ha dato luogo a numerose speculazioni, che si articolano prevalentemente in due posizioni contrapposte. La scarsità dei dati rende difficile stabilire quale delle due sia più fondata.

La prima, nota come ipotesi della “comunità perduta”, sostiene che l’isolamento sociale e la solitudine siano emersi come sottoprodotti della modernità — un insieme di processi interconnessi avviatisi nel XVIII secolo in Europa, comprendenti rapidi e dirompenti progressi tecnologici, secolarizzazione, individualismo, capitalismo, massificazione e urbanizzazione.

Secondo questa prospettiva, la modernità avrebbe indebolito i legami tradizionali che univano le persone alle proprie comunità e alle reti familiari estese, determinando un conseguente aumento dell'isolamento sociale e della solitudine (86, 87).

La seconda posizione, opposta, sostiene invece che l'isolamento sociale e la solitudine abbiano fluttuato nel corso della storia e che la modernità, lungi dall'averli intensificati, abbia in realtà favorito nuove forme di connessione sociale in grado di ridurli. La modernità, infatti, avrebbe ampliato la libertà individuale e la mobilità geografica e sociale, dando origine a reti sociali urbane nuove, dinamiche e dense — meno rigide, chiuse e tradizionaliste rispetto alle comunità rurali e ai gruppi familiari del passato, e più innovative e tolleranti (84, 87, 88).

I risultati discussi di seguito si riferiscono in gran parte a un periodo precedente la pandemia di COVID-19, iniziata nel marzo 2020 (89). Secondo una metanalisi di 34 studi che includevano tutte le fasce d'età, la pandemia ha determinato un lieve aumento della prevalenza della solitudine (41); un'altra metanalisi, condotta su 20 studi riguardanti esclusivamente le persone anziane, ha invece evidenziato un incremento moderato (90). La pandemia ha inoltre comportato una restrizione delle reti sociali (91–93).

Tendenze temporali nella solitudine

I dati disponibili — sebbene ancora limitati — riguardano le tendenze temporali della solitudine nel passato recente. Il quadro che emerge è eterogeneo, con andamenti diversi a seconda dell'area geografica e della fascia d'età. Luhmann et al. (83) hanno esaminato meta-analisi sui cambiamenti storici nelle misurazioni della solitudine, concludendo che i risultati sono incoerenti e che sono necessari studi metodologicamente più solidi per comprendere l'evoluzione della solitudine nel tempo in diverse popolazioni. Di seguito sono riportati i principali risultati di revisioni e studi sulle tendenze temporali, suddivisi per fascia d'età.

Adolescenti e giovani adulti: una meta-analisi di studi sulle tendenze della solitudine nei giovani adulti (18–29 anni) tra la fine degli anni Settanta e il 2019, comprendente 345 studi condotti a livello globale e basati sulla UCLA Loneliness Scale, ha evidenziato un aumento lineare della solitudine in questa popolazione nel corso di 43 anni, ma solo tra i giovani adulti del Nord America; non sono stati osservati incrementi analoghi in Asia o in Europa (94).

Un'analisi della Global School-based Health Survey (95) relativa al periodo 2003–2017, condotta su ragazzi di 12–15 anni in 28 Paesi di Africa, Americhe e Asia, basata su una singola domanda per rilevare le tendenze della solitudine, ha mostrato un aumento in sei Paesi (Anguilla, Egitto, Maldive, Myanmar, Namibia e Filippine), una diminuzione in altri sei (Benin, Indonesia, Samoa, Seychelles, Tonga ed Emirati Arabi Uniti) e una stabilità in 16 Paesi (Argentina, Isole Cook, Figi, Guatemala, Guyana, Giamaica, Giordania, Kuwait, Libano, Marocco, Sri Lanka, Suriname, Thailandia, Trinidad e Tobago, Uruguay e Vanuatu).

Una meta-analisi di 48 gruppi di studenti universitari statunitensi che avevano utilizzato la UCLA Loneliness Scale ha mostrato, invece, una diminuzione della prevalenza della solitudine tra il 1978 e il 2009 (96). Gli stessi autori hanno rilevato un calo della solitudine anche tra gli studenti delle scuole superiori nel periodo 1991–2012.

Al contrario, una meta-analisi di 56 studi sulla solitudine condotti tra studenti universitari cinesi, sempre con la UCLA Loneliness Scale, ha evidenziato un aumento moderato tra il 2002 e il 2022 (97).

Adulti di mezza età: per analizzare le tendenze temporali della solitudine tra gli adulti di 45–65 anni, uno studio del 2024 ha armonizzato e confrontato dati longitudinali relativi al periodo 2002–2020 in 14 Paesi: Austria, Belgio, Danimarca, Inghilterra, Francia, Germania, Grecia, Israele, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia, Svizzera e Stati Uniti (98). I risultati sono stati eterogenei: gli adulti di mezza età in Inghilterra, nell'Europa mediterranea e negli Stati Uniti hanno riportato livelli di solitudine più alti rispetto alle coorti nate in periodi precedenti, mentre nei Paesi dell'Europa continentale e nordica non si sono osservati aumenti — in alcuni casi, anzi, i livelli sono risultati inferiori. È emerso inoltre che la prevalenza complessiva della solitudine negli Stati Uniti è costantemente superiore a quella dei Paesi europei (98).

Anziani: una meta-analisi di 25 studi condotti in Cina tra il 1995 e il 2011, basata sulla UCLA Loneliness Scale, ha mostrato un forte aumento della solitudine tra le persone anziane. L'aumento è risultato associato a fattori come la crescente urbanizzazione, le spese sanitarie personali, l'aumento dei tassi di divorzio, il coefficiente di Gini (che misura le disuguaglianze di reddito e ricchezza) e la disoccupazione (99).

Non sono state individuate altre revisioni sistematiche sulle tendenze temporali della solitudine tra le persone anziane, ma gli studi primari — condotti per lo più in Paesi ad alto reddito e prevalentemente nell'Europa settentrionale — indicano andamenti stabili o in diminuzione. Le tendenze si sono mantenute stabili in Inghilterra (77), Finlandia (100) e Svezia (101, 102), mentre sono risultate in calo in Germania (103) e nei Paesi Bassi (104). Negli Stati Uniti, uno studio del 2019 ha rilevato livelli di solitudine stabili (105), mentre altri due hanno segnalato una diminuzione (34, 106). Un sondaggio online condotto nel 2020 con la UCLA Loneliness Scale su persone di età ≥ 18 anni ha mostrato che il tasso di solitudine tra gli anziani era aumentato solo dello 0,8% tra il 2018 e il 2019, un incremento inferiore rispetto a quello osservato in altre fasce d'età (107).

Nel complesso, da questi risultati non emergono schemi univoci. Le tendenze sembrano variare sensibilmente in base al Paese e alla fascia d'età considerata.

Tendenze temporali nell'isolamento sociale

Sono disponibili pochi dati sulle tendenze temporali globali o multinazionali dell'isolamento sociale, e ancora meno sulla connessione sociale. Esistono tuttavia alcune analisi a livello nazionale relative all'isolamento sociale. Ad esempio, uno studio sulle tendenze temporali dell'isolamento sociale tra adulti di mezza età e anziani in Cina, nel periodo 2011–2019, ha mostrato un andamento a forma di U: la prevalenza era del 38,1% nel 2011, scesa al 33,7% nel 2013, poi risalita al 39,1% nel 2015 e al 40,0% nel 2018 (108). Una meta-analisi di 100 studi condotti su studenti universitari cinesi ha invece rilevato una diminuzione moderata, tra il 1999 e il 2011, del livello di sostegno sociale — un indicatore della dimensione funzionale della connessione sociale (97).

Negli Stati Uniti, un'analisi degli American Time Use Surveys relativi al periodo 2003–2020 ha indicato un aumento dell'isolamento sociale, accompagnato da una diminuzione delle interazioni sociali con familiari, amici e altre persone (coinquilini, vicini, conoscenti, colleghi o clienti) e da una riduzione delle attività svolte nel tempo libero o delle occasioni ricreative condivise (109). In particolare, tra il 2003 e il 2020, il tempo medio trascorso in solitudine è aumentato del 16,5%, passando da 142,5 a 166,5 ore mensili, mentre il tempo dedicato a interazioni sociali con gli amici è diminuito da 30 a 10 ore al mese. Non è tuttavia chiaro se gli elementi utilizzati in queste indagini per misurare l'isolamento sociale siano stati adeguatamente validati.

Un altro studio statunitense, basato su campioni nazionali di adulti di età compresa tra 50 e 80 anni, condotto tra il 2018 e il 2023 nell'ambito del National Poll on Healthy Aging (110), ha mostrato un forte aumento dell'isolamento sociale — dal 27% al 56% — tra il 2018 e il 2020, in coincidenza con la pandemia di COVID-19, seguito però da una riduzione progressiva: 46% nel 2021, 44% nel 2022 e 34% nel 2023 (110).

Nel Regno Unito, un'analisi longitudinale condotta su 73.847 individui appartenenti a cinque coorti generazionali (nati tra il 1946 e il 2001) non ha rilevato tendenze nette di aumento o diminuzione dell'isolamento sociale nel tempo (111). Tale risultato potrebbe essere attribuito al mantenimento di contatti regolari con familiari e amici esterni al nucleo domestico da parte delle generazioni più anziane, anche quando vivevano sole nella tarda età adulta.

In modo analogo, in Australia l'isolamento sociale è risultato relativamente stabile in tutte le fasce d'età tra il 2001 (13%) e il 2022 (15%) (112). Sebbene si sia osservato un lieve aumento durante la pandemia di COVID-19, i tassi sono successivamente diminuiti nella quasi totalità delle fasce d'età (112).

Nel complesso, nei Paesi per i quali sono disponibili dati, la tendenza dell'isolamento sociale appare in aumento in Cina, stabile in Australia e nel Regno Unito, e non chiaramente definita negli Stati Uniti.

Andamenti temporali e fattori correlati alla disconnessione sociale

Poiché mancano dati solidi di lungo periodo sulla prevalenza della solitudine e dell'isolamento sociale, è possibile utilizzare i trend di fattori correlati per comprendere come tali fenomeni possano essersi modificati nel tempo. Tuttavia, la correlazione precisa tra questi indicatori indiretti e la solitudine o l'isolamento sociale non è sempre nota, e pertanto essi rappresentano soltanto misure approssimative delle tendenze temporali di tali condizioni.

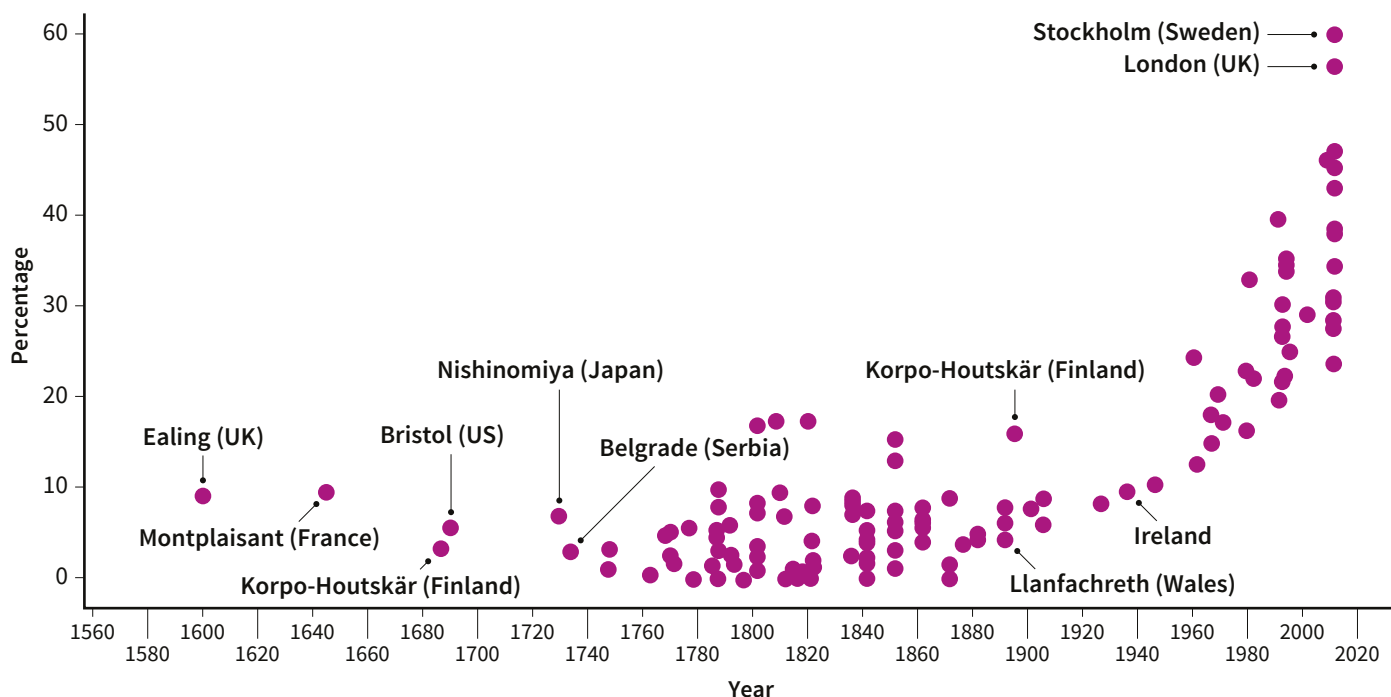
Le tendenze nel numero di persone che vivono sole costituiscono un indicatore della dimensione strutturale della connessione e dell'isolamento sociale (cfr. Capitolo 1) e rappresentano uno dei fattori di rischio più consolidati per la solitudine (cfr. Capitolo 3).

Un insieme di studi ha analizzato l'evoluzione del vivere da soli tra il XVII secolo e il 2011 in Europa, Giappone e Stati Uniti, utilizzando registri storici e dati censuari (85, 113) (Fig. 7). I risultati mostrano un aumento considerevole delle abitazioni composte da una sola persona nel corso del XX secolo, in particolare a partire dagli anni Sessanta.

In molti insediamenti preindustriali non esistevano nuclei unipersonali e, in media, essi rappresentavano circa il 5% delle famiglie. Le attuali percentuali di nuclei unipersonali nei Paesi occidentali (ad esempio il 31% nel Regno Unito) non hanno precedenti storici, raggiungendo in alcune città europee e nordamericane contemporanee il 60% o più delle abitazioni (85).

Fig. 7.

Percentages of single-person occupancy households between 1560 and 2020



UK: United Kingdom; US: United States of America.

Source: Snell (85).

Un altro insieme di evidenze riguarda i modelli globali attuali e le tendenze recenti del vivere da soli (114–116). Nel complesso, “su scala mondiale, vivere da soli è relativamente raro per la maggior parte delle persone” (115). In 113 Paesi, che rappresentano il 95% della popolazione mondiale, meno del 5% dei giovani uomini e donne viveva da solo nel 56% dei Paesi, e meno del 5% degli adulti maturi (50–54 anni) viveva da solo nel 44%. Le percentuali più basse di persone che vivono sole aumentano solo nelle età più avanzate.

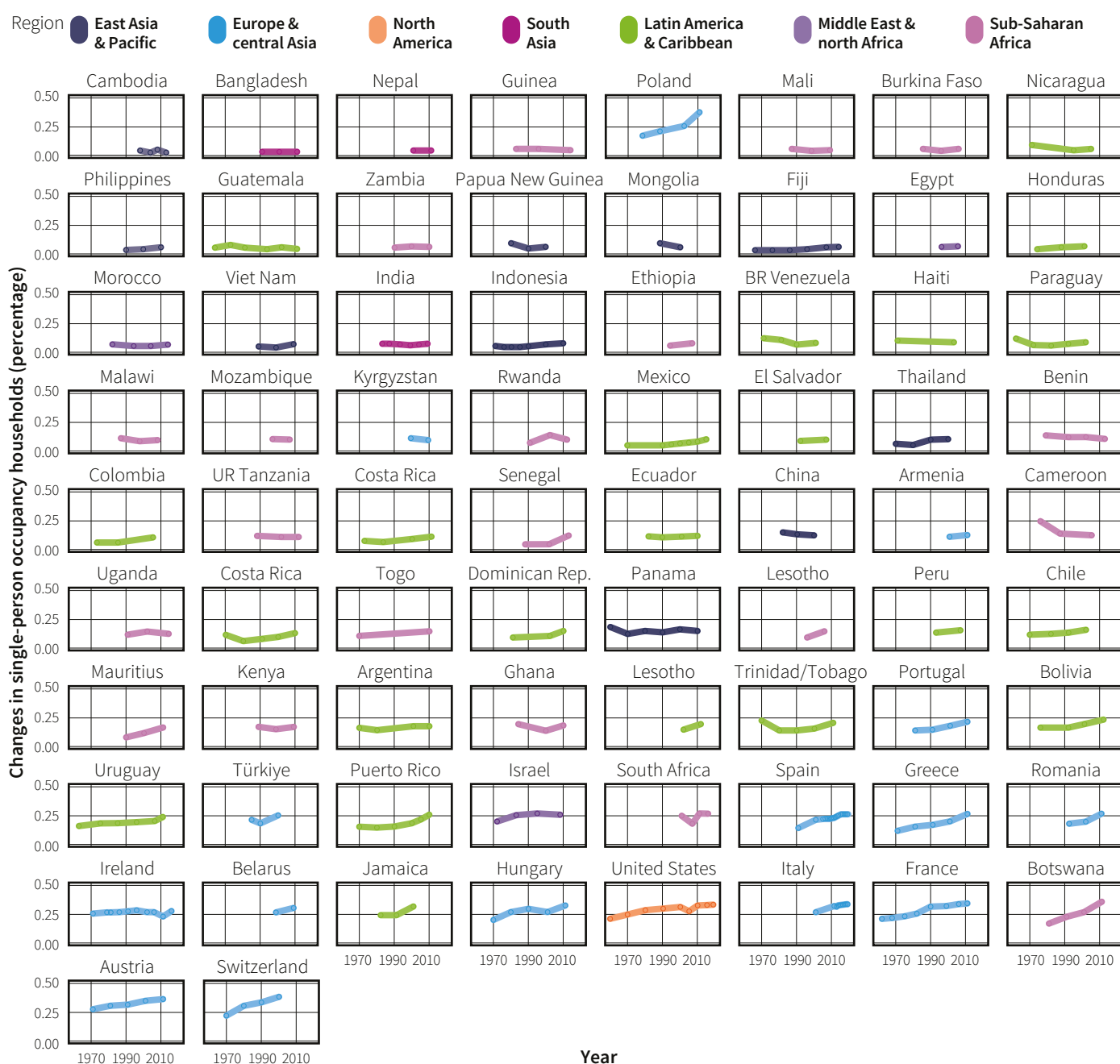
L’analisi delle tendenze temporali del vivere da soli nel periodo 1990–2021 in questi Paesi ha evidenziato differenze per regione e sesso. Tra le donne di mezza età, il vivere da sole è in aumento solo in Europa e Nord America (con differenze all’interno delle regioni), mentre altrove si registrano variazioni minime. Tra le donne anziane, il tasso di persone che vivono sole è aumentato in misura maggiore in America Latina, con un andamento piuttosto uniforme tra i diversi Paesi dell’area. In Europa, invece, i tassi di crescita si sono ridotti fino quasi ad annullarsi e diventano negativi oltre i 75 anni. Tra gli uomini, i tassi di persone che vivono sole sono aumentati lungo gran parte del ciclo di vita, ad eccezione dell’Asia, dove non si osservano cambiamenti. Gli aumenti risultano più marcati prima dei 60 anni e molto più contenuti nelle età successive.

Nel complesso, i tassi di crescita sono più elevati tra gli uomini, fatta eccezione per le persone anziane dell'America Latina, dove l'aumento tra le donne è nettamente superiore (115).

Sulla base di questi dati (115, 116), Cohen (114) ha elaborato l'immagine riprodotta nella Figura 8, che mostra le tendenze in 75 Paesi, coprendo il 73% della popolazione mondiale, nel periodo 1960–2019. La percentuale di nuclei unipersonali variava dal 2,6% in Cambogia al 38% in Svizzera. Nel complesso, in 53 dei 75 Paesi analizzati la quota di abitazioni composte da una sola persona era in aumento. Le diminuzioni si registravano principalmente in Africa e in Asia, e risultavano in genere meno pronunciate rispetto agli incrementi osservati (114).

Fig. 8.

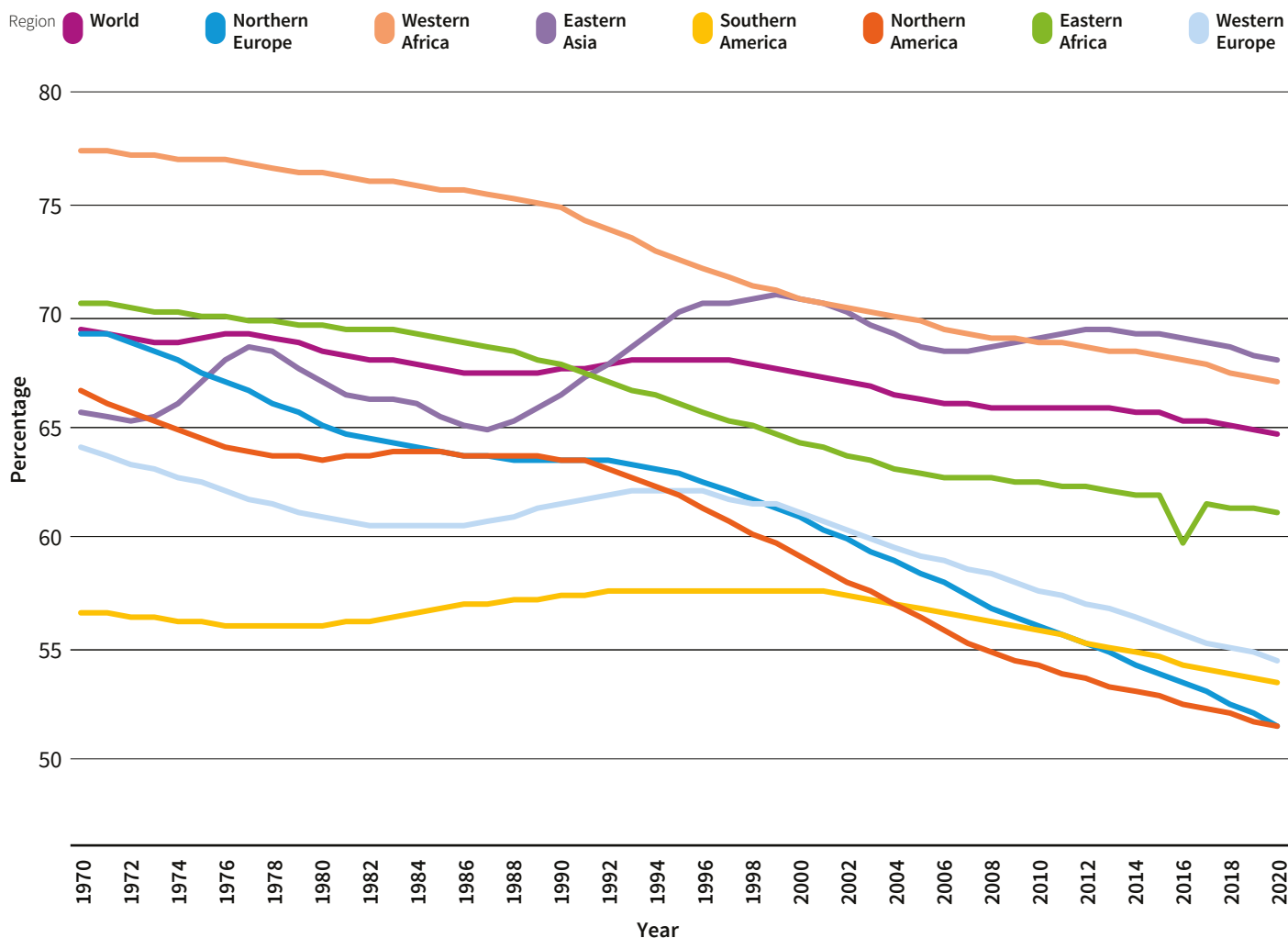
Changes in single-person occupancy households between 1960 and 2019



Essere sposati o convivere, al pari del vivere da soli, rappresenta un indicatore di connessione o di isolamento sociale (Capitolo 1) e può costituire un fattore protettivo contro la solitudine (Capitolo 3). I dati globali sulla percentuale della popolazione sposata o convivente sono tuttavia disponibili solo per le donne in età riproduttiva (15–49 anni) (117). Essi mostrano che, a livello mondiale, la quota di donne sposate o conviventi è in lieve diminuzione, passando dal 69% nel 1970 al 65% nel 2020 (Fig. 9). Si osservano inoltre differenze regionali: in Asia orientale, la proporzione di donne sposate o conviventi è complessivamente aumentata; in America meridionale, la percentuale è rimasta pressoché stabile; mentre in America settentrionale e in Europa settentrionale si registra una diminuzione (117).

Fig. 9.

Percentage of women 15 to 49 years old who were married or in a union between 1970 and 2020

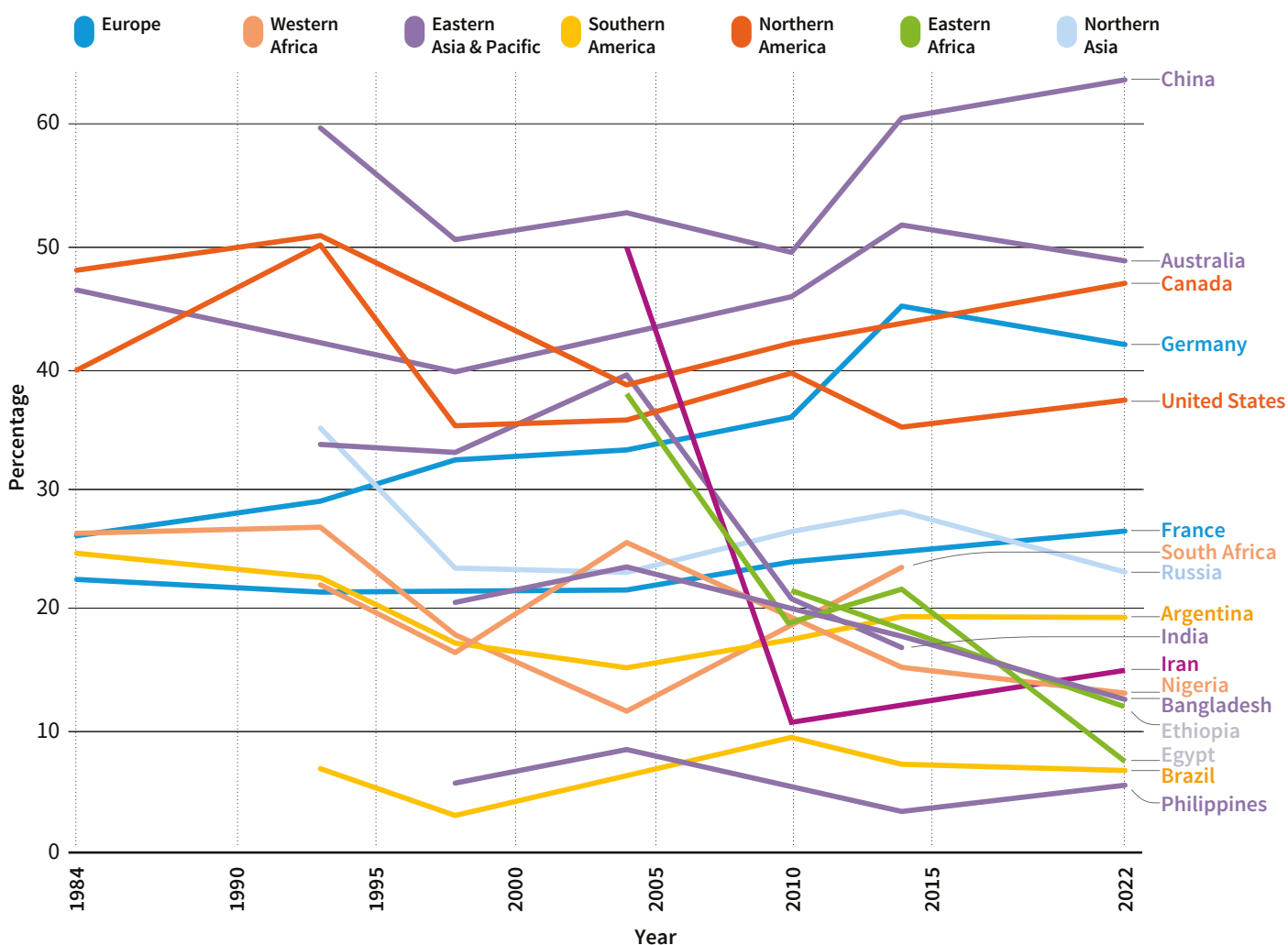


Source: United Nations (117).

La Figura 10 mostra le tendenze nel tempo della percentuale di persone che hanno dichiarato di essere d'accordo con l'affermazione “ci si può fidare della maggior parte delle persone”, un indicatore della fiducia sociale e un correlato della connessione sociale. I dati coprono il periodo 1984–2022 e riguardano alcuni dei Paesi più popolosi di diverse aree del mondo (118). Purtroppo le tendenze temporali non sono state calcolate per la popolazione mondiale complessiva. Il quadro che emerge dai Paesi considerati è variegato: tra il 2004 e il 2022, la percentuale è aumentata in Cina (dal 52,5% al 63,5%), negli Stati Uniti (dal 35,5% al 37%) e in Germania (dal 33,1% al 41,6%), è rimasta pressoché stabile in Australia, Brasile, Francia e Filippine, mentre è diminuita, ad esempio, in Bangladesh (dal 20,5% al 12,9% tra il 1998 e il 2022), in Egitto (dal 37,5% al 12,3% tra il 2004 e il 2022) e in India (dal 35,5% al 16,7% tra il 1993 e il 2014).

Fig. 10.

Percentages of people who agreed that “most people can be trusted” between 1984 and 2022



Source: Integrated Values Surveys (118).

Anche se i dati sulle tendenze temporali delle diverse dimensioni della disconnessione sociale non sono chiari, e non è certo se i tassi stiano aumentando, diminuendo o restando stabili nelle varie parti del mondo, è evidente che la prevalenza della solitudine e dell’isolamento sociale è elevata: quasi una persona su sei, a livello globale, sperimenta solitudine.



Direzioni future della ricerca

- Il monitoraggio regolare della prevalenza della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine a livello globale, regionale e nazionale dovrebbe costituire una priorità assoluta. Ciò consentirebbe di valutare i progressi compiuti e di misurare l'impatto delle strategie adottate per affrontare il problema. Inoltre, il monitoraggio rappresenta una condizione preliminare per una risposta coordinata, a livello sia internazionale sia nazionale.
- Il primo requisito consiste nello sviluppo e nell'adozione, a livello internazionale, di strumenti di misurazione affidabili, validi e culturalmente adattabili per la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine.
- Ciò richiederà, come priorità, la realizzazione di uno strumento in grado di misurare la connessione sociale così come concettualizzata nel presente rapporto, articolata nelle tre dimensioni della struttura, della funzione e della qualità.
- Occorre inoltre produrre ulteriori evidenze sulla qualità degli strumenti utilizzati per la misurazione dell'isolamento sociale.
- Sono necessari dati più accurati sulle tendenze temporali globali, regionali e nazionali, disaggregati per fasce d'età, al fine di comprendere meglio l'evoluzione del fenomeno e i suoi determinanti, così da poterlo affrontare in modo più efficace.

Conclusioni

Le stime globali e regionali della solitudine presentate in questo capitolo mostrano che il fenomeno è ampiamente diffuso: a livello mondiale, quasi una persona su sei vive una condizione di solitudine. Sebbene i tassi risultino più elevati tra i giovani e nelle popolazioni dei Paesi a reddito più basso, la solitudine colpisce persone di tutte le età e di tutte le aree del mondo. Considerando gli effetti estesi e significativi della solitudine, analizzati nel Capitolo 4, il suo impatto globale è notevole e, fino a tempi recenti, è stato ampiamente sottovalutato. Non siamo tuttavia privi di strumenti per affrontare questo problema. Come illustrato nei Capitoli 5–8, esiste una vasta gamma di soluzioni promettenti per promuovere la connessione sociale e ridurre l'isolamento e la solitudine.

È necessario sviluppare strumenti di misurazione e dati più accurati — anche in riferimento alle tendenze temporali — per comprendere meglio la portata e la distribuzione della connessione sociale, dell'isolamento e della solitudine. L'Indice Globale della Connessione Sociale proposto nel Capitolo 9 (“La via da seguire”) rappresenta, in questa prospettiva, un passo importante verso la riduzione di tale divario conoscitivo.

Riferimenti bibliografici

- Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250221>).
- COSMIN. Checklists for assessing study qualities [website]. Amsterdam: Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. Amsterdam: COSMIN; 2024 (<https://www.cosmin.nl/tools/checklists-assessing-methodological-study-qualities/>).
- Cruchinho P, Lopez-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Miranda da Silva M et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:2701–28 (<https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>).
- International Test Commission. *The ITC guidelines for translating and adapting tests, second edition*. London: International Test Commission; 2017 (www.InTestCom.org).
- Cole A, Bond C, Qualter P, Maes M. A systematic review of the development and psychometric properties of loneliness measures for children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18063285>).
- Panayiotou M, Badcock JC, Lim MH, Banissy MJ, Qualter P. Measuring loneliness in different age groups: the measurement invariance of the UCLA loneliness scale. *Assessment*. 2023;30:1688–715 (<https://doi.org/10.1177/10731911221119533>).
- Meta-Gallup. *The global state of social connections*. Washington DC: Gallup; 2023 (<https://www.gallup.com/file/analytics/513347/Gallup-Meta-Global%20State%20of%20Social%20Connections%20Report-2023.pdf>).
- Meta-Gallup. *The state of social connections methodology report*. Washington, DC: Gallup; 2022 (<https://socialmediaarchive.org/record/47/files/methodology.pdf>).
- Delhey J, Dragolov G, Boehnke K. Social cohesion in international comparison: a review of key measures and findings. *Köln Z Soziol Sozialpsychol*. 2023;75:95–120 (<https://doi.org/10.1007/s11577-023-00891-6>).
- Agampodi TC, Agampodi SB, Glozier N, Siribaddana S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;128:95–104 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.005>).
- Siette J, Pomare C, Dodds L, Jorgensen M, Harrigan N, Georgiou A. A comprehensive overview of social network measures for older adults: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;97:104525 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104525>).
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109:186–204 (<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>).
- Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM, Jr. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997;277:1940–4 (<https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540480040036>).
- Wardian J, Robbins D, Wolfersteig W, Johnson T, Dustman P. Validation of the DSSI-10 to measure social support in a general population. *Res Soc Work Pract*. 2012;23:100–6 (<https://doi.org/10.1177/1049731512464582>).
- Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*. 2006;46:503–13 (<https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>).
- Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2013;110:5797–801 (<https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>).
- Radloff LS. The CES-D scale. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385–401 (<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>).
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17:37–49 ([https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)).
- Vogel DL, Wester SR, Hammer JH, Downing-Matibag TM. Referring men to seek help: the influence of gender role conflict and stigma. *Psychol Men Masculinities*. 2014;15:60–7 (<https://doi.org/10.1037/a0031761>).
- Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980;39:472–80 (<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>).
- Gierveld JD, Van Tilburg T. A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness - confirmatory tests on survey data. *Res Aging*. 2006;28:582–98 (<https://doi.org/10.1177/0164027506289723>).
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004;26:655–72 (<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>).
- De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN Generations and Gender Surveys. *Eur J Ageing*. 2010;7:121–30 (<https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>).
- Alsubheen S, Oliveira A, Habash R, Goldstein R, Brooks D. Measurement properties and cross-cultural adaptation of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in adults: a systematic review. *Eur J Psychol Assess*. 2023;41 (<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000784>).
- Alsubheen SA, Oliveira A, Habash R, Goldstein R, Brooks D. Systematic review of psychometric properties and cross-cultural adaptation of the University of California and Los Angeles Loneliness Scale in adults. *Curr Psychol*. 2021;12:1–15 (<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02494-w>).

26. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A, Ding D. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;376:e067068 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>).
27. Mund M, Maes M, Drewke PM, Gutzeit A, Jaki I, Qualter P. Would the real loneliness please stand up? The validity of loneliness scores and the reliability of single-item scores. *Assessment*. 2023;30:1226–48 (<https://doi.org/10.1177/10731911221077227>).
28. Kemper CJ, Trapp S, Kathmann N, Samuel DB, Ziegler M. Short versus long scales in clinical assessment: exploring the trade-off between resources saved and psychometric quality lost using two measures of obsessive-compulsive symptoms. *Assessment*. 2019;26:767–82 (<https://doi.org/10.1177/1073191118810057>).
29. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *Int J Aging Hum Dev*. 2014;78:229–57 (<https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>).
30. Peplau LA, Perlman D, Russell D. The measurement of loneliness. Chapter 9. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons; 1982:135–51.
31. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. *World Psychiatry*. 2024;23:312–32 (<https://doi.org/10.1002/wps.21224>).
32. Nicolaisen M, Thorsen K. What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—from 18 to 79 years. *Int J Aging Hum Dev*. 2017;84:126–58 (<https://doi.org/10.1177/0091415016655166>).
33. Verity L, Yang K, Nowland R, Shankar A, Turnbull M, Qualter P. Loneliness from the adolescent perspective: a qualitative analysis of conversations about loneliness between adolescents and childline counselors. *J Adolesc R*. 2022;39:1413–43 (<https://doi.org/10.1177/07435584221111121>).
34. Hawkley LC, Buecker S, Kaiser T, Luhmann M. Loneliness from young adulthood to old age: explaining age differences in loneliness. *Int J Behav Dev*. 2022;46:39–49 (<https://doi.org/10.1177/0165025420971048>).
35. Akhter-Khan SC, van Es W, Prina M, Lawrence V, Piri I, Rokach A et al. Experiences of loneliness in lower- and middle-income countries: a systematic review of qualitative studies. *Soc Sci Med*. 2024;340:116438 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116438>).
36. Triandis HC. Collectivism and individualism: cultural and psychological concerns. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier; 2015: 4:206–10 (<https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080970875/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>).
37. Hofstede G. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. Chapter 8. In: *Online Readings in Psychology and Culture Vol 2*. Melbourne (FL): International Association for Cross-cultural Psychology; 2011.
38. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. *Cultures and organizations: Software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. 2nd edition. 2 ed. London: McGraw-Hill; 2010 (https://e-edu.nbu.bg/pluginfile.php/900222/mod_resource/content/1/G.Hofstede_G.J.Hofstede_M.Minkov%20-%20Cultures%20and%20Organizations%20-%20Software%20of%20the%20Mind%203rd_edition%202010.pdf).
39. Barreto M, van Breen J, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *J Soc Pers Relat*. 2022;39:2658–79 (<https://doi.org/10.1177/0265407521087190>).
40. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD et al. Loneliness before and during the COVID–19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *Am Psychol*. 2022;77:660–77 (<https://doi.org/10.1037/amp0001005>).
41. Hajek A, Volkmar A, König HH. Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;1–23 (<https://doi.org/10.1007/s00127-023-02602-0>).
42. Teo RH, Cheng WH, Cheng LJ, Lau Y, Lau ST. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;107:104904 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>).
43. Su Y, Rao W, Li M, Caron G, D'Arcy C, Meng X. Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2023;35:229–41 (<https://doi.org/10.1017/S1041610222000199>).
44. Werneck AO, Araujo RHO, Oyeyemi AL, Silva DR. Social isolation is associated with higher leisure-time sedentary behavior and lower physical activity practice: a multi-country analysis of data from 79 countries from the Global School-Based Student Health Survey. *Prev Med*. 2023;175:107677 (<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107677>).
45. Meta-Gallup. The global state of social connections [website]. Washington, DC: Gallup; 2023 (<https://www.gallup.com/analytics/509675/state-of-social-connections.aspx>).
46. Lattanner MR, Hatzenbuehler M. Thwarted belonging needs: a mechanism prospectively linking multiple levels of stigma and interpersonal outcomes among sexual minorities. *J Soc Issues*. 2023;79:410–45 (<https://doi.org/10.1111/josi.12564>).

47. Visser MA, El Fakiri F. The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *Eur J Public Health*. 2016;26:977–83 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw115>).
48. Rahman MS, Rahman MA, Rahman MS. Prevalence and determinants of loneliness among older adults in Bangladesh. *Int J Emerg Trends Soc Sci*. 2019;5:57–64 (<https://doi.org/10.20448/2001.52.57.64>).
49. Ailey SH, Miller AM, Heller T, Smith EV. Evaluating an interpersonal model of depression among adults with Down syndrome. *Res Theory Nurs Pract*. 2006;20:229–46 (<https://doi.org/10.1891/rtnp.20.3.229>).
50. Australian Government Department of Social Services, Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research. The Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey, General Release 21. Melbourne: Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research; 2022 (<https://dataverse.ada.edu.au/dataset.xhtml?persistentId=https://doi.org/10.26193/KXNEBO>).
51. Brunes A, Hansen MB, Heir T. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17:24 (<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y>).
52. Denche-Zamorano A, Garcia-Gil MA, Mendoza-Munoz M, Barrios-Fernandez S. Sadness and loneliness in adolescents with physical, sensory or health problems in low/middle-income countries. *Children*. 2023;10:996 (<https://doi.org/10.3390/children10060996>).
53. Emerson E, Fortune N, Llewellyn G, Stancliffe R. Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: cross-sectional study. *Disabil Health J*. 2021;14:100965 (<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>).
54. Emerson E, Stancliffe R, Fortune N, Llewellyn G. Disability, loneliness and health in the UK: cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2021;31:533–8 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab018>).
55. Bishop GM, Llewellyn G, Kavanagh AM, Badland H, Bailie J, Stancliffe R et al. Disability-related inequalities in the prevalence of loneliness across the lifespan: trends from Australia, 2003 to 2020. *BMC Public Health*. 2024;24:621 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17936-w>).
56. Gomez-Zuniga B, Pousada M, Armayones M. Loneliness and disability: a systematic review of loneliness conceptualization and intervention strategies. *Front Psychol*. 2022;13:1040651 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1040651>).
57. Emerson E, Stancliffe RJ, Aitken Z, Bailie J, Bishop GM, Badland H et al. Disability and loneliness in the United Kingdom: cross-sectional and longitudinal analyses of trends and transitions. *BMC Public Health*. 2023;23:2537 (<https://doi.org/10.1186/s12889-023-17481-y>).
58. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: The National Academies Press; 2020 (<https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>).
59. García J, Vargas N, Clark JI, Magaña Álvarez M, Nelons DA, Parker RG. Social isolation and connectedness as determinants of well-being: global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Glob Public Health*. 2020;15:497–519 (<https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1682028>).
60. Schumacher S, Panchal N, Hamel L, Artiga S, Presiado M. Loneliness and social support networks: findings from the KFF survey of racism, discrimination and health [website]. San Francisco (CA): KFF; 2024 ([https://www.kff.org/mental-health/poll-finding/loneliness-and-social-support-networks-findings-from-the-kff-survey-of-racism-discrimination-and-health/#:~:text=The%20Prevalence%20of%20Loneliness&text=older%20age%20groups.-,While%20at%20least%20one%20in%20five%20young%20adults%20say%20they,or%20Asian%20adults%20\(22%25\)](https://www.kff.org/mental-health/poll-finding/loneliness-and-social-support-networks-findings-from-the-kff-survey-of-racism-discrimination-and-health/#:~:text=The%20Prevalence%20of%20Loneliness&text=older%20age%20groups.-,While%20at%20least%20one%20in%20five%20young%20adults%20say%20they,or%20Asian%20adults%20(22%25))).
61. Gorczynski P, Fasoli F. Loneliness in sexual minority and heterosexual individuals: a comparative meta-analysis. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2022;26:112–29 (<https://doi.org/10.1080/19359705.2021.1957742>).
62. Eres R, Postolovski N, Thielking M, Lim MH. Loneliness, mental health, and social health indicators in LGBTQIA+ Australians. *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91:358–66 (<https://doi.org/10.1037/ort0000531>).
63. Victor C, Rippon I. Loneliness among under-represented older adults in the UK: a study of minority ethnic and LGBTQ plus populations. *Innov Aging*. 2023;7:1075 (<https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.3453>).
64. Hajek A, König HH, Blessmann M, Grupp K. Loneliness and social isolation among transgender and gender diverse people. *Healthcare*. 2023;11:1517 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11101517>).
65. Löbel LM, Kröger H, Tibubos AN. How migration status shapes susceptibility of individuals' loneliness to social isolation. *Int J Public Health*. 2022;67:1604576 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604576>).
66. Fokkema T. Loneliness among older migrants. In: Hunter A, editor. *Handbook on migration and ageing*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2023:290–300 (<https://www.elgaronline.com/view/book/9781839106774/book-part-9781839106774-36.xml>).
67. Johnson S, Bacsu J, McIntosh T, Jeffery B, Novik N. Social isolation and loneliness among immigrant and refugee seniors in Canada: a scoping review. *Int J Migr Health Soc Care*. 2019;15:177–90 (<https://doi.org/10.1108/ijmhsc-10-2018-0067>).

68. Delaruelle K. Migration-related inequalities in loneliness across age groups: a cross-national comparative study in Europe. *Eur J Ageing*. 2023;20:35 (<https://doi.org/10.1007/s10433-023-00782-x>).
69. Fokkema T, Naderi R. Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *Eur J Ageing*. 2013;10:289–300 (<https://doi.org/10.1007/s10433-013-0267-7>).
70. Lin X, Bryant C, Boldero J, Dow B. Psychological well-being of older Chinese immigrants living in Australia: a comparison with older Caucasians. *Int Psychogeriatr*. 2016;28:1671–9 (<https://doi.org/10.1017/S1041610216001010>).
71. ten Kate RLF, Bilecen B, Steverink N. A closer look at loneliness: why do first-generation migrants feel more lonely than their native Dutch counterparts? *Gerontologist*. 2020;60:291–301 (<https://doi.org/10.1093/geront/gnz192>).
72. van Tilburg TG, Fokkema T. Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: in search for an explanation. *Eur J Ageing*. 2021;18:311–22 (<https://doi.org/10.1007/s10433-020-00562-x>).
73. Beere P, Keeling S, Jamieson H. Ageing, loneliness, and the geographic distribution of New Zealand's interRAI-HC cohort. *Soc Sci Med*. 2019;227:84–92 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.002>).
74. Lam J. Neighborhood characteristics, neighborhood satisfaction, and loneliness differences across ethnic-migrant groups in Australia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77:2113–25 (<https://doi.org/10.1093/geronb/gbab219>).
75. Lay-Yee R, Milne BJ, Wright-St Clair VA, Broad J, Wilkinson T, Connolly M et al. Prevalence of loneliness and its association with general and health-related measures of subjective well-being in a longitudinal bicultural cohort of older adults in advanced age living in New Zealand: LiLACS NZ. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77:1904–15 (<https://doi.org/10.1093/geronb/gbac087>).
76. Victor CR, Dobbs C, Gilhooly K, Burholt V. Loneliness in mid-life and older adults from ethnic minority communities in England and Wales: measure validation and prevalence estimates. *Eur J Ageing*. 2021;18:5–16 (<https://doi.org/10.1007/s10433-020-00564-9>).
77. Victor CR, Rippon I, Barreto M, Hammond C, Qualter P. Older adults' experiences of loneliness over the lifecourse: an exploratory study using the BBC loneliness experiment. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022;102:104740 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104740>).
78. Jamieson HA, Gibson HM, Abey-Nesbit R, Ahuriri-Driscoll A, Keeling S, Schluter PJ. Profile of ethnicity, living arrangements and loneliness amongst older adults in Aotearoa New Zealand: a national cross-sectional study. *Australas J Ageing*. 2018;37:68–73 (<https://doi.org/10.1111/ajag.12496>).
79. Guan Z, Poon AWC, Zwi A. Social isolation and loneliness in family caregivers of people with severe mental illness: a scoping review. *Am J Community Psychol*. 2023;72:443–63 (<https://doi.org/10.1002/ajcp.12698>).
80. Poon AWC, Curtis J, Howard A, Ward PB, Lappin JM. Health of carers of young people with early psychosis: a biopsychosocial approach. *Aust Soc Work*. 2019;72:260–73 (<https://doi.org/10.1080/0312407x.2018.1530269>).
81. Grycuk E, Chen Y, Almirall-Sanchez A, Higgins D, Galvin M, Kane J et al. Care burden, loneliness, and social isolation in caregivers of people with physical and brain health conditions in English-speaking regions: before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022;37 (<https://doi.org/10.1002/gps.5734>).
82. Hamamura T. Cross-temporal changes in people's ways of thinking, feeling, and behaving. *Curr Opin Psychol*. 2020;32:17–21 (<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.019>).
83. Luhmann M, Buecker S, Rusberg M. Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol*. 2023;2:9–23 (<https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>).
84. Snell KDM. Agendas for the historical study of loneliness and lone living. *Open Psychol J*. 2015;8:61–70 (<https://doi.org/10.2174/1874350101508010061>).
85. Snell KDM. The rise of living alone and loneliness in history. *Soc Hist*. 2017;42:2–28 (<https://doi.org/10.1080/03071022.2017.1256093>).
86. Bound Alberti F. This “modern epidemic”: loneliness as an emotion cluster and a neglected subject in the history of emotions. *Emot Rev*. 2018;10:242–54 (<https://doi.org/10.1177/1754073918768876>).
87. Parigi P, Henson W. Social isolation in America. *Annu Rev Sociol*. 2014;40:153–71 (<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145646>).
88. Burnett C. The historical roots of loneliness. *Vulcan Historical Review*. 2023;27:66–74 (<https://digitalcommons.library.uab.edu/vulcan/vol27/iss2023/14>).
89. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [website]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2024 (<https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>).
90. Valdebenito S, Mikton C, Speyer L, Djurdjevic F, Farzana A. Understanding the indirect impact of COVID-19 on older adults' mental health and wellbeing. A multi-level meta-analysis. *Lancet Glob Health*; [in press].
91. Kovacs B, Caplan N, Grob S, King M. Social networks and loneliness during the COVID-19 pandemic. *Socius*. 2021;7:2378023120985254 (<https://doi.org/10.1177/2378023120985254>).

92. Patulny R, Bower M. Beware the “loneliness gap”? Examining emerging inequalities and long-term risks of loneliness and isolation emerging from COVID-19. *Aust J Soc Issues*. 2022;57:562–83 (<https://doi.org/10.1002/ajs4.223>).
93. Skatacka K, Pajestka G. Digital or in-person: the relationship between mode of interpersonal communication during the COVID-19 pandemic and mental health in older adults from 27 countries. *J Fam Nurs*. 2021;27:275–84 (<https://doi.org/10.1177/10748407211031980>).
94. Buecker S, Mund M, Chwastek S, Sostmann M, Luhmann M. Is loneliness in emerging adults increasing over time? A preregistered cross-temporal meta-analysis and systematic review. *Psychol Bull*. 2021;147:787–805 (<https://doi.org/10.1037/bul0000332>).
95. Smith L, Sánchez GFL, Pizzol D, Yon DK, Oh H, Kostev K et al. Global time trends of perceived loneliness among adolescents from 28 countries in Africa, Asia, and the Americas. *J Affect Disord*. 2024;346:192–9 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.032>).
96. Clark DM, Loxton NJ, Tobin SJ. Declining loneliness over time: evidence from American colleges and high schools. *Pers Soc Psychol Bull*. 2015;41:78–89 (<https://doi.org/10.1177/0146167214557007>).
97. Xin SF, Xin ZQ. Birth cohort changes in Chinese college students’ loneliness and social support: one up, as another down. *Int J Behav Dev*. 2016;40:398–407 (<https://doi.org/10.1177/0165025415597547>).
98. Infurna FJ, Dey NEY, Gonzalez Aviles T, Grimm KJ, Lachman ME, Gerstorf D. Loneliness in midlife: historical increases and elevated levels in the United States compared with Europe. *Am Psychol*. 2024;18 (<https://doi.org/10.1037/amp0001322>).
99. Yan Z, Yang X, Wang L, Zhao Y, Yu L. Social change and birth cohort increase in loneliness among Chinese older adults: a cross-temporal meta-analysis, 1995–2011. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:1773–81 (<https://doi.org/10.1017/S1041610214000921>).
100. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Lehtonen A, Viitanen M. Loneliness of older people aged 70: a comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61:254–60 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.004>).
101. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;75:96–103 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>).
102. Nyqvist F, Cattani M, Conradsson M, Nasman M, Gustafsson Y. Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scand J Public Health*. 2017;45:411–8 (<https://doi.org/10.1177/1403494817697511>).
103. Huler G, Drewelies J, Eibich P, Duzel S, Demuth I, Ghisletta P et al. Cohort differences in psychosocial function over 20 years: current older adults feel less lonely and less dependent on external circumstances. *Gerontology*. 2016;62:354–61 (<https://doi.org/10.1159/000438991>).
104. Suanet B, van Tilburg TG. Loneliness declines across birth cohorts: the impact of mastery and self-efficacy. *Psychol Aging*. 2019;34:1134–43 (<https://doi.org/10.1037/pag0000357>).
105. Hawkey LC, Wroblewski K, Kaiser T, Luhmann M, Schumm LP. Are US older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychol Aging*. 2019;34:1144–57 (<https://doi.org/10.1037/pag0000365>).
106. Surkalim DL, Clare PJ, Eres R, Gebel K, Bauman A, Ding D. Have middle-aged and older Americans become lonelier? 20-year trends from the health and retirement study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2023;78:1215–23 (<https://doi.org/10.1093/geronb/gbad062>).
107. Loneliness and the workplace: 2020 US report. Bloomfield (CT): The Cigna Group; 2020 (<https://legacy.cigna.com/static/www-cigna-com/docs/about-us/newsroom/studies-and-reports/combating-loneliness/cigna-2020-loneliness-report.pdf>).
108. Lin Y, Zhu T, Zhang X, Zeng Z. Trends in the prevalence of social isolation among middle and older adults in China from 2011 to 2018: the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Public Health*. 2024;24:339 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17734-4>).
109. Kannan VD, Veazie PJ. US trends in social isolation, social engagement, and companionship - nationally and by age, sex, race/ethnicity, family income, and work hours, 2003-2020. *SSM Popul Health*. 2023;21:101331 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101331>).
110. Trends in loneliness among older adults from 2018–2023. Ann Arbor (MI): University of Michigan, Institute for Healthcare Policy and Innovation; 2023 (https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/175971/0300_NPHA-Loneliness-report-FINAL-doifinal.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
111. Trends in social isolation. London: What Works Centre for Wellbeing; 2023 (<https://whatworkswellbeing.org/resources/trends-in-social-isolation/>).
112. Social isolation and loneliness [website]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2024 (<https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/social-isolation-and-loneliness>).
113. Snell KDM. Agendas for the historical study of loneliness and lone living. *The Open Psychology Journal*. 2015;8 (<http://dx.doi.org/10.2174/1874350101508010061>).

114. Cohen PN. The rise of one-person households. *Socius*. 2021;7:23780231211062315 (<https://doi.org/10.1177/23780231211062315>).
115. Esteve A, Reher DS, Treviño R, Zueras P, Turu A. Living alone over the life course: cross-national variations on an emerging issue. *Popul Dev Rev*. 2020;46:169–89 (<https://doi.org/10.1111/padr.12311>).
116. Ortiz–Ospina E. Loneliness and social connections. London: Our World in Data; 2020 (<https://ourworldindata.org/social-connections-and-loneliness>).
117. United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations Population Division. Women of reproductive age who are married or in a union 2024, dataset [online database]. New York: United Nations; 2024 (<https://www.un.org/development/desa/pd/content/fertility-and-marriage-0>).
118. Share of people agreeing with the statement “most people can be trusted”. London: Our World in Data; 2022 (<https://ourworldindata.org/grapher/self-reported-trust-attitudes?tab=chart>).



Capitolo 3

Determinanti dell'isolamento sociale e della solitudine

“È stato un insieme di tutto. Una tempesta perfetta che mi ha fatto sentire ancora più isolato. Perché sono così diverso? Perché dovrei sopportare questo senso di solitudine?”

Listen to Benny's
full story here



Testimonianza di un giovane attivista per la salute mentale
(Indonesia), © WHO

Messaggi chiave

Molti fattori — come la modernità, l'industrializzazione, i progressi tecnologici e la secolarizzazione — sono stati indicati come possibili cause di un aumento storico della disconnessione sociale. Tuttavia, in attesa di ulteriori ricerche, il loro ruolo resta ipotetico.

I fattori che aumentano la probabilità che una persona sperimenti solitudine o disconnessione sociale, e per i quali esistono evidenze solide, includono condizioni di salute fisica e mentale (in particolare la depressione), alcuni tratti di personalità (ad esempio il nevroticismo), l'assenza di un partner, il vivere da soli e alcune caratteristiche dell'ambiente costruito, come la mancanza di accesso ai trasporti pubblici. Le tecnologie digitali e il loro impatto sulla connessione sociale rappresentano un ambito di ricerca in rapida espansione, che necessita di ulteriori studi per comprenderne appieno i benefici e i potenziali effetti negativi.

Forse si conoscono ancora meno le cause che determinano la solitudine e la disconnessione sociale rispetto ad altri aspetti — come la loro diffusione o i loro impatti.

La Sezione 3.1 esamina i principali fattori che possono spiegare le tendenze storiche percepite della disconnessione sociale. La Sezione 3.2 passa in rassegna i fattori di rischio e di protezione generali per le persone che sperimentano isolamento sociale e solitudine. La Sezione 3.3 analizza invece i fattori di rischio e di protezione propri di specifici gruppi della popolazione.

Un'identificazione accurata dei fattori che determinano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine è fondamentale per sviluppare strategie efficaci (cfr. Capitoli 5–8). Tuttavia, tali strategie saranno realmente efficaci solo se affronteranno le cause profonde del problema (1–3). Comprendere tali fattori è complesso, poiché la connessione sociale, l'isolamento e la solitudine sono influenzati da un intreccio di elementi individuali, interpersonali, comunitari e sociali (cfr. Sezione 3.2) (1, 4).

Sebbene esistano ampie evidenze che collegano la connessione sociale alla mortalità, alla salute mentale e fisica e a diversi esiti sociali ed economici (cfr. Capitolo 4), si sa molto meno su ciò che la determina. Questo divario può dipendere dalle difficoltà nel definire e concettualizzare la connessione sociale in modo coerente. Sono invece più numerosi gli studi sui fattori che determinano la solitudine e, in misura minore, l'isolamento sociale. Le ricerche sulla connessione sociale mettono spesso in evidenza gli stessi elementi che influiscono sull'isolamento e sulla solitudine (5).

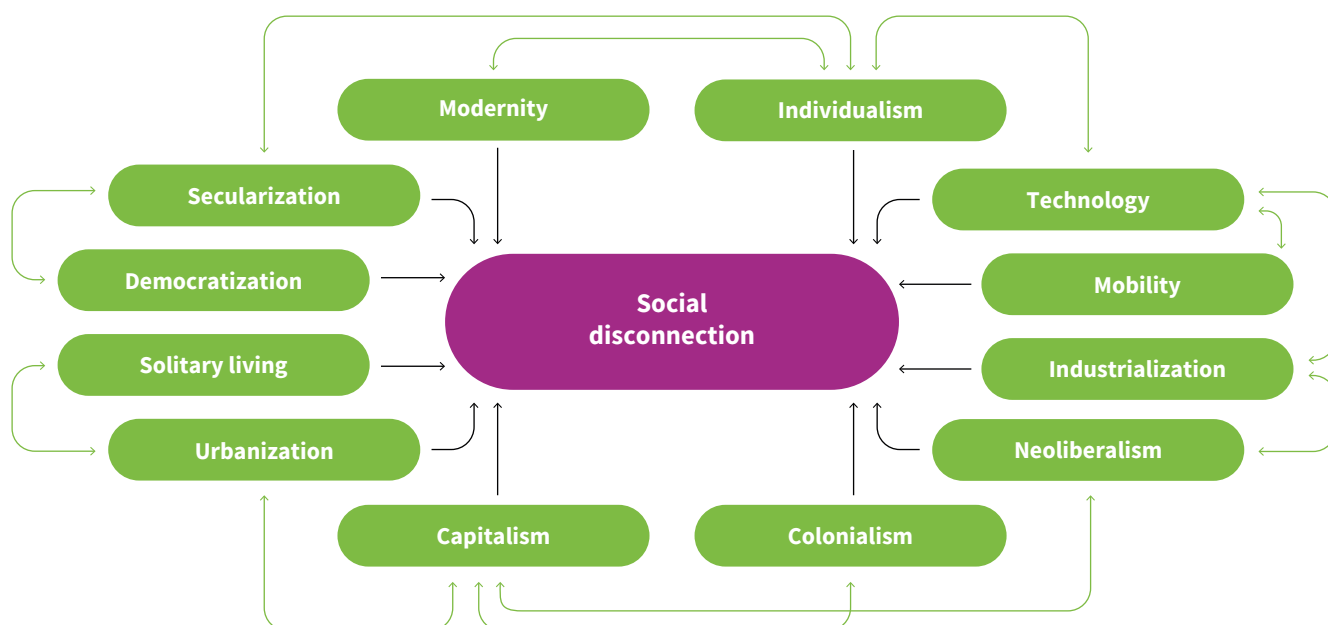
3.1 Fattori che possono spiegare il possibile aumento storico della disconnessione sociale

A livello globale non sono disponibili informazioni conclusive sulle tendenze storiche di lungo periodo, né dati recenti sulle variazioni temporali della prevalenza dell'isolamento sociale e della solitudine. Come illustrato nel Capitolo 2, ciò è dovuto alla scarsità di dati. Vi sono tuttavia indicazioni secondo cui, in alcuni Paesi — come la Cina e gli Stati Uniti — la prevalenza dell'isolamento sociale e della solitudine sarebbe aumentata negli ultimi decenni. I dati mostrano inoltre che, nella maggior parte dei Paesi (anche se non in tutti), una quota crescente della popolazione vive da sola.

Nonostante l'assenza di prove conclusive sulle tendenze di lungo periodo, la percezione di un aumento della disconnessione sociale negli ultimi decenni e secoli è ampiamente diffusa. Ad esempio, la cosiddetta “ipotesi della comunità perduta” (cfr. Capitolo 2) (6) sostiene che la crescita dell'isolamento sociale e della solitudine sia un effetto collaterale della modernità, caratterizzata da rapidi e dirompenti progressi tecnologici, secolarizzazione, individualismo, democratizzazione, capitalismo, massificazione, urbanizzazione e altri fattori. Alcuni dei potenziali fattori esplicativi del presunto aumento della disconnessione sociale sono illustrati nella Figura 11 e discussi di seguito.

Fig. 11.

Factors that may account for historical trends in social disconnection



Industrializzazione, urbanizzazione e diffusione della vita solitaria di massa: la rivoluzione industriale ha portato alla diffusione della vita solitaria di massa nei centri urbani (7, 8). Vivere da soli rappresenta un indicatore della dimensione strutturale della connessione sociale e, come descritto più avanti, un fattore di rischio per l'isolamento e la solitudine (5). Come illustrato nel Capitolo 2, in varie aree d'Europa, del Giappone e del Nord America si è registrato, nel corso del XX secolo — e in particolare a partire dagli anni Sessanta — un forte aumento del numero di nuclei unipersonali (8).

Numerosi fattori sono stati chiamati in causa per spiegare tale crescita: i cambiamenti demografici (come l'aumento dell'aspettativa di vita, l'evoluzione dei modelli matrimoniali, la diminuzione della natalità, la scelta di non avere figli e l'aumento dei divorzi), il miglioramento delle condizioni economiche, l'avanzamento dei diritti delle donne (che ha ridotto le restrizioni nei confronti delle più giovani che scelgono di vivere da sole), l'evoluzione delle tecnologie di comunicazione, l'urbanizzazione, l'aumento dei livelli di istruzione e la diffusione di ideologie individualiste. L'industrializzazione non si è verificata ovunque nello stesso periodo. La Cina, ad esempio, ha conosciuto più recentemente una rapida industrializzazione accompagnata da una migrazione di massa verso le città, che ha separato molte persone dalle proprie reti sociali. Nel 2014, i lavoratori migranti dalle aree rurali a quelle urbane rappresentavano quasi un quinto dell'intera popolazione cinese (274 milioni) (9). Una revisione di 25 studi condotti in Cina ha rilevato un forte aumento della prevalenza della solitudine tra le persone anziane nel periodo compreso tra il 1995 e il 2011 (10).

Tecnologia: l'impatto della tecnologia — prima dell'avvento dell'era digitale — sulla connessione e sulla disconnessione sociale non è del tutto chiaro. La tecnologia è stata a lungo considerata al tempo stesso una causa e una possibile soluzione all'isolamento sociale e alla solitudine (6, 11, 12). Slade (13), ad esempio, ha sostenuto che negli Stati Uniti la tendenza a ridurre le interazioni umane — attraverso tecnologie come i distributori automatici, le radio a transistor e i jukebox, e attraverso nuovi modelli di consumo come i supermercati — in nome della rapidità, dell'efficienza e del contenimento dei costi, sia iniziata già durante l'ondata di urbanizzazione successiva alla guerra civile (1861–1865). Altri studiosi propongono una lettura più sfumata, sostenendo che l'effetto delle tecnologie di trasporto — treni, aerei e automobili — sulla connessione sociale sia stato ambivalente: da un lato hanno permesso di ampliare le reti sociali e di mantenere i contatti dopo un trasferimento, dall'altro potrebbero aver indebolito il senso generale di appartenenza (7). L'avvento delle nuove tecnologie di comunicazione — come gli smartphone e i social media — ha trasformato profondamente le modalità con cui le persone comunicano e interagiscono tra loro. Le evidenze sull'impatto dell'accessibilità e dell'uso crescente delle tecnologie digitali di comunicazione sono tuttavia contrastanti, come discusso più nel dettaglio nel Riquadro 2.

Riquadro 2.

Le tecnologie digitali come fattori determinanti della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine

Negli ultimi decenni, l'emergere, la diffusione e l'integrazione delle tecnologie digitali nella vita quotidiana delle persone sono cresciuti rapidamente. L'uso di Internet, degli smartphone e dei social media è ormai ampiamente diffuso, e tecnologie emergenti come gli assistenti basati sull'intelligenza artificiale e la realtà virtuale potrebbero assumere un ruolo sempre più rilevante nei prossimi anni. Nel 2024 si stimava che il 68% della popolazione mondiale utilizzasse Internet e che l'80% delle persone di età pari o superiore ai 10 anni possedesse un telefono cellulare (14). Sebbene esistano differenze regionali nell'uso di Internet (dal 38% in Africa al 91% in Europa) e nella diffusione dei telefoni cellulari (dal 66% in Africa al 95% in Europa), si osservano tendenze di crescita nella maggior parte delle aree del mondo (14, 15).

La rapida ascesa delle tecnologie digitali sta trasformando radicalmente il modo in cui interagiamo con gli altri e con l'ambiente. Questo può influire sulle connessioni sociali, sull'isolamento e sulla solitudine in modi complessi e non ancora pienamente compresi. La nostra comprensione del fenomeno è limitata da un mondo digitale in rapida trasformazione, dalla riluttanza delle aziende a condividere i dati necessari per condurre ricerche rigorose, dai risultati contrastanti degli studi disponibili, dal predominio di ricerche di tipo trasversale e di breve durata e dalle differenze nei metodi utilizzati per misurare l'uso della tecnologia digitale e la connessione sociale.

Alcune ricerche suggeriscono che l'uso dei social media e l'eccessivo coinvolgimento nelle piattaforme online possano avere effetti negativi sulla connessione sociale (16–18), riducendo la qualità e la quantità delle interazioni quando il tempo trascorso con la tecnologia digitale sostituisce gli incontri in presenza (19). L'uso dei social media può inoltre aumentare l'isolamento sociale e la solitudine favorendo confronti malsani con gli altri, la diffusione di disinformazione, la modellizzazione di comportamenti nocivi, il cyberbullismo o le molestie online (20–23), oppure quando viene utilizzato come sostituto delle relazioni faccia a faccia a causa di scarse competenze sociali o di ansia sociale (4, 24–26). Inoltre, gli ambienti digitali dei social media possono non offrire caratteristiche adatte alla costruzione di comunità o all'interazione, riducendo così le opportunità di entrare in relazione con gli altri. L'uso della tecnologia può anche interferire con la qualità delle relazioni, come nel caso del “phubbing” o della “technoference”, ovvero l'atto di ignorare una conversazione dal vivo per utilizzare il telefono cellulare (27–31).

Le associazioni tra uso della tecnologia digitale e connessione sociale possono essere bidirezionali (16, 32, 33) e variare in base al tipo di tecnologia utilizzata, alle modalità e alle motivazioni d'uso e al profilo di chi la utilizza (Tabella 2). Ad esempio, se i social media vengono impiegati per rafforzare relazioni esistenti, favorire la nascita di nuove comunità o apprendere, possono avere un effetto protettivo nei confronti della disconnessione sociale (24, 26, 34). Inoltre, le opportunità offerte dalle tecnologie — come una comunicazione più efficiente, la possibilità di connettersi con un numero elevato di persone e l'abbattimento delle barriere geografiche — possono migliorare diversi aspetti della connessione sociale, tra cui le reti relazionali, il capitale sociale e il sostegno sociale (28, 35–41).

Table 2.

Factors that may influence relations between digital technology and social connection

Type of technology	For instance, whether technology has a low (e.g. e-mail, social media, online games) or high social presence (e.g. voice and video calls) (42)
How it is used	For instance, whether social media are used actively (e.g. with direct exchanges) or passively (e.g. consuming content without engaging) (43)
Why it is used	For instance, whether technology is used to enhance relationships and make new friends or to compensate for poor social skills (16, 44)
Who uses it	For instance, associations may differ by age group, culture or personality type, which may determine how and why technology is used (16, 37, 41).

Le piattaforme di social media e di social networking possono costituire una risorsa essenziale di connessione e sostegno per quei gruppi di popolazione che incontrano barriere alla partecipazione nelle comunità offline — ad esempio a causa di mobilità ridotta, stigma o difficoltà linguistiche — o che faticano a trovare persone simili con cui costruire reti di supporto reciproco. Tra questi vi sono migranti e rifugiati (45), persone appartenenti alle comunità LGBTQ+ (46), anziani (47) e persone con disabilità o patologie croniche (48, 49). Per tali gruppi, l'uso delle tecnologie digitali può favorire la salute mentale e il ben-essere (45–47, 49, 50) e contribuire a ridurre la solitudine e l'isolamento sociale (16, 50–53). Tuttavia, questi stessi gruppi, spesso soggetti a forme di marginalizzazione, risultano anche più esposti a episodi di bullismo e aggressioni online.

Il gaming, in particolare tra i giovani uomini, può rappresentare un importante strumento di connessione digitale. Una revisione sistematica sul legame tra partecipazione ai videogiochi e solitudine ha prodotto risultati contrastanti: se da un lato i videogiochi possono offrire occasioni di interazione con altri, un coinvolgimento eccessivo può sostituire le relazioni nella vita reale (54).

Tra le persone anziane, le tecnologie digitali vengono impiegate anche per la fornitura di interventi che in passato avvenivano in presenza — come il sostegno sociale o gli interventi psicologici — e per l'utilizzo di piattaforme online pensate per rafforzare le connessioni significative con gli altri, ad esempio attraverso giochi multigiocatore o esperienze di realtà virtuale.

Le nuove tecnologie, come i sistemi di AI companionship, offrono un accesso facile e illimitato a forme di supporto sociale (55–57). Tuttavia, le ricerche sui loro effetti sono ancora limitate, e il loro utilizzo richiede quindi cautela. Le tecnologie digitali possono inoltre essere impiegate per la diffusione capillare di informazioni volte alla promozione della salute — ad esempio attraverso campagne di sensibilizzazione (cfr. Capitolo 5) — e per facilitare l'accesso ai servizi sanitari, contribuendo così a favorire la connessione sociale (24).

Sebbene l'uso della tecnologia digitale appaia promettente, sono necessarie ulteriori ricerche per valutarne l'efficacia nella riduzione dell'isolamento sociale e per identificare i potenziali effetti negativi. È inoltre importante affrontare le barriere che possono limitarne l'utilizzo e amplificare l'isolamento sociale — come la mancanza di accesso a Internet o di competenze digitali (58) — e considerare attentamente i possibili rischi, ad esempio il tempo eccessivo trascorso sui social media o la dipendenza da assistenti virtuali basati sull'intelligenza artificiale che finiscono per sostituire l'interazione umana (59). La principale fonte di preoccupazione legata alla tecnologia digitale riguarda il suo impiego da parte di bambini e adolescenti e i potenziali effetti negativi sulla loro salute mentale e sul loro ben-essere. Questi effetti possono derivare da una maggiore esposizione ai social media, a contenuti dannosi o da un uso eccessivo della tecnologia, aggravati dal design delle piattaforme e dagli algoritmi che influenzano la natura dei contenuti e mantengono elevato il livello di coinvolgimento degli utenti (ad esempio attraverso “like” e altri meccanismi di ricompensa) (20, 24). I possibili effetti negativi sulla salute mentale comprendono un aumento del rischio di alterazioni nella struttura cerebrale, una maggiore probabilità di sviluppare depressione, ansia, bassa autostima, un'immagine corporea negativa e una ridotta qualità del sonno (20, 24, 60–70). Altri effetti includono la sensazione di sovraccarico tecnologico, la paura di perdersi qualcosa quando non si è connessi (“fear of missing out”), la diminuzione delle interazioni faccia a faccia, le interazioni online negative e una maggiore tendenza a confrontarsi in modo competitivo con gli altri (60, 71–73).

È necessario produrre ulteriori evidenze sui benefici e sui potenziali rischi legati all'uso delle tecnologie digitali. Mentre alcuni autori segnalano gravi pericoli per bambini e adolescenti derivanti dal loro utilizzo (74), altri adottano una prospettiva più prudente, sottolineando che gli aumenti del rischio individuati nelle revisioni sistematiche e nei dati prevalentemente correlativi sono di entità lieve o moderata, rendendo difficile stabilire nessi causali diretti (68, 75, 76).

Nonostante le differenti posizioni, esiste un ampio consenso sul fatto che sia fondamentale mantenere cautela riguardo al ruolo delle tecnologie digitali nella vita dei giovani e adottare misure per tutelarne la salute mentale e il ben-essere — ad esempio mediante politiche volte a rafforzare la protezione dei minori online (20). È inoltre necessario comprendere meglio in che modo la tecnologia digitale possa essere utilizzata per massimizzarne i benefici sociali e, al tempo stesso, proteggere tutte le fasce di popolazione dai potenziali rischi.



Secolarizzazione: la secolarizzazione e il declino della religione, iniziati in Europa nel XIX secolo, possono aver contribuito all'aumento della disconnessione sociale (8, 11, 77, 78). La pratica religiosa può infatti costituire un fattore protettivo rispetto all'isolamento sociale e alla solitudine in diversi modi. In primo luogo, i luoghi di culto e le istituzioni religiose offrono un senso di connessione, appartenenza e comunità. In secondo luogo, la relazione con un'entità trascendente — sostenuta da preghiere, rituali e altre pratiche — genera un senso di compagnia e di unione, facendo sì che nessuno si senta mai completamente solo. In terzo luogo, le credenze, le pratiche e i principi religiosi forniscono un senso di significato, scopo e sicurezza, promuovendo spesso sentimenti di benevolenza e solidarietà verso gli altri. Infine, molte religioni attribuiscono valore alle strutture e ai legami familiari tradizionali, che possono contribuire a proteggere dalla solitudine (7, 11, 79, 80).

Colonialismo e popoli indigeni: all’apice della loro espansione, agli inizi del XX secolo, gli imperi coloniali europei coprivano l’84% della superficie terrestre (81). Gli effetti a lungo termine e intergenerazionali del colonialismo possono contribuire a spiegare la disconnessione sociale in molte parti del mondo. Tra le conseguenze del trauma trasmesso tra generazioni si annoverano, ad esempio, gli spostamenti forzati (spesso accompagnati dalla perdita della casa, della terra e di altri beni), la progressiva cancellazione delle lingue indigene e l’erosione delle tradizioni, la discriminazione e la marginalizzazione sistematiche, lo svantaggio socioeconomico (82) e il persistente conflitto tra valori tradizionali e collettivisti e quelli più moderni e individualisti (83, 84).

Tra gli anziani Māori, la popolazione indigena della Nuova Zelanda, l’isolamento sociale e la solitudine sono stati associati alla perdita dei modi di vita tradizionali, in parte riconducibile al colonialismo (85). Negli anni Cinquanta e Sessanta si verificò una migrazione su larga scala verso i centri urbani, che portò molti Māori ad abbandonare le comunità tribali rurali per cercare lavoro nelle grandi città. Questo processo determinò un aumento dell’isolamento sociale e una riduzione dei contatti con i luoghi d’origine e con le comunità di appartenenza. Anche i rituali culturali, in cui le conoscenze tradizionali venivano condivise e trasmesse alle nuove generazioni, divennero meno frequenti (85).

Le comunità indigene in Cile — che rappresentano circa il 9,5% della popolazione — affrontano sfide economiche, sociali e sanitarie più gravi rispetto al resto della popolazione cilena. Queste disuguaglianze contribuiscono a tassi più elevati di isolamento sociale e solitudine. Le difficoltà che colpiscono in modo particolare gli anziani indigeni comprendono l’esclusione sociale, lo spopolamento delle aree rurali in cui vivono, l’interruzione della continuità culturale dovuta alla migrazione dei giovani verso le città e i cambiamenti nella struttura familiare e sociale. Tra gli anziani appartenenti al gruppo indigeno più numeroso del Cile, i Mapuche, solo il 23% ha dichiarato di non provare solitudine, mentre il 66% ha riferito di sentirsi solo e l’11% di provare un’intensa solitudine (86).

Riflessioni da esperienze vissute: le molteplici sfaccettature delle tecnologie digitali

Ruth

dal villaggio di
Kyondoni (Kenya)

“L’isolamento sociale e la solitudine [...] generano sentimenti di disperazione, disconnessione e mancanza di scopo. Mi sento come intrappolata in una bolla, incapace di tendere la mano o entrare in contatto con gli altri. [...] Siamo diventati sempre più dipendenti dalle connessioni virtuali che, pur essendo utili, non possono sostituire davvero il calore e il sostegno delle interazioni faccia a faccia.”

Jasmin

Donna transgender con
disabilità (USA)

“Anche online, uno spazio che dovrebbe essere più sicuro per incontrarsi, il deterioramento delle misure di tutela per le persone emarginate sui social media negli ultimi anni ha reso estremamente difficile instaurare relazioni in rete.”

Asa'

Giovane neurodivergente con
disabilità (USA)

“Gli spazi online mi hanno salvato quando ero ancora bloccato a casa [...] Quella è stata la mia prima speranza: che la vita potesse essere diversa. Trascorrere del tempo su quel forum mi ha fatto capire che non ero l'unico adolescente depresso e socialmente impacciato là fuori.”

Glennis

Donna anziana, divorziata
e madre (Nuova Zelanda)

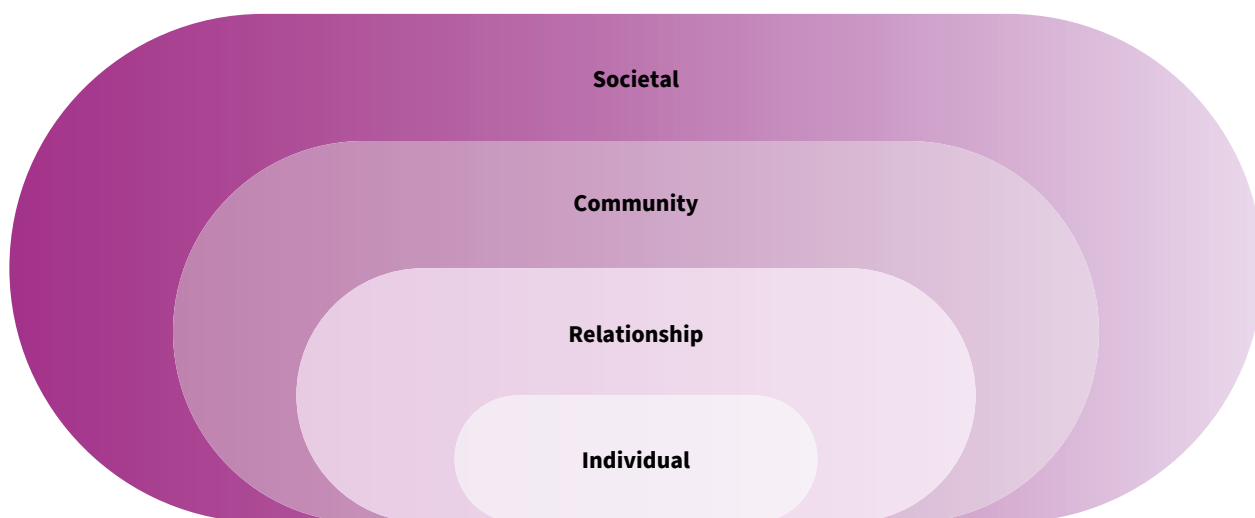
“Penso che i social media siano stati d'aiuto, perché ora possiamo parlare o videochiamare i familiari che non vivono nelle vicinanze, e credo che più persone dovrebbero avere accesso a questi strumenti e imparare a usarli.”

Fattori di rischio e fattori protettivi

I fattori di rischio sono variabili che precedono e sono associate a una maggiore probabilità di un esito negativo – in questo caso la disconnessione sociale – oppure che agiscono come fattori di protezione contro tali rischi (87, 88). Nel modello socioecologico, i molteplici fattori di rischio e di protezione che concorrono alla disconnessione sociale sono raggruppati in fattori a livello individuale (ad esempio psicologici o sociodemografici), a livello interpersonale (come le relazioni sociali strette con coetanei, partner intimi e familiari), a livello comunitario (come scuole, luoghi di lavoro e quartieri) e a livello sociale (come le norme sociali e culturali) (Fig. 12). Questo modello contribuisce a evidenziare l'importanza di azioni multilivello per affrontare la connessione e la disconnessione sociale (89).

Fig. 12.

Socioecological model for understanding risk and protective factors for social isolation and loneliness



Source: Krug (2).

È inoltre fondamentale comprendere l'entità dell'associazione tra fattore di rischio ed esito, la natura causale dei fattori di rischio e se essi esercitino la loro influenza in modo diretto o indiretto (88, 90, 91). Un intervento che mira a un fattore di rischio non causale avrà infatti un impatto limitato sul problema. Sebbene questa sezione presenti le evidenze relative ai fattori di rischio e di protezione, esistono notevoli lacune nelle conoscenze, tali da non consentire di inferire la causalità con certezza. I dati sull'entità delle associazioni permettono di individuare i principali fattori di rischio su cui concentrare gli interventi. I fattori indiretti non incidono direttamente sulla disconnessione sociale, ma esercitano la loro influenza attraverso variabili strutturali come il reddito, l'istruzione e la discriminazione (1, 92). Inoltre, molti fattori — come età, sesso/genere ed etnia/razza — non sono modificabili e pertanto non vengono trattati in questa sezione, che si concentra sui fattori suscettibili di cambiamento.

3.2 Fattori di rischio e di protezione della disconnessione sociale applicabili alla popolazione adulta generale

La Tabella 3 riassume i fattori di rischio e di protezione modificabili associati all'isolamento sociale e alla solitudine nella popolazione adulta generale (si veda la Sezione 3.3 per i fattori riferiti a specifiche sottopopolazioni). I dati provengono da revisioni sistematiche, meta-analisi e ampi studi multinazionali che forniscono una misura dell'associazione tra ciascun fattore di rischio o di protezione e l'esito osservato. La Tabella 3 risulta tuttavia incompleta, poiché riflette lo stato attuale delle evidenze disponibili: sono elencati solo i fattori individuali e interpersonali, dal momento che non vi sono dati sufficienti sulle associazioni tra fattori di rischio a livello comunitario o sociale e i fenomeni di solitudine e isolamento.

Non sono stati inoltre individuati fattori di protezione per l'isolamento sociale, e le informazioni sui fattori di rischio per l'isolamento riguardano esclusivamente la popolazione anziana. È pertanto necessario ampliare la ricerca in questo ambito, in particolare sui fattori di rischio e di protezione a livello comunitario e sociale per l'isolamento sociale, nonché sui fattori di rischio per l'isolamento negli adulti e nelle fasce d'età più giovani. Inoltre, la maggior parte degli studi inclusi nelle revisioni sui fattori di rischio della solitudine è stata condotta in Paesi ad alto reddito, mentre meno del 10% proviene da Paesi a basso o medio reddito.

Table 3.

Magnitude of associations between risk and protective factors and social isolation and loneliness

	Social isolation	Loneliness	
Factor	Risk ^a	Risk	Protective
Individual			
Lower education level	Very small–small	Very small ^a Small ^{b,c}	
Higher education level			Very small ^a Small ^{b,c}
Employed status			Very small ^a Small ^c Moderate ^b
Lower socioeconomic status		Small ^a Moderate ^c Large ^b	
Health status			
Presence of other disease	Small	Small	
Activities of daily living	Small		
Poorer cognitive function	Small		
Anxiety		Small ^c Moderate ^b	
Depression	Moderate	Small ^c Moderate ^b Large ^d	
Personality			
Shyness		Large	
Low self-esteem		Moderate	
Perception of (poor) health	Small		
Interpersonal			
Relationship status (unpartnered)	Small		
Living alone	Small	Small–large	
Lower social activity and participation	Small		
Lower social support	Large	Small	

	Social isolation	Loneliness	
Factor	Risk ^a	Risk	Protective
Interpersonal			
Disengaged or inexpressive parenting style		Moderate	
Engaged or expressive parenting style			Very small
Bullying		Small-moderate	

Based on Cohen's *r* values and thresholds: Chen et al. (93), Due et al. (94), Hutten et al. (95), Mahon et al. (33), Tian et al. (96), Wang et al. (97)

Large: $r \geq 0.5$; moderate: $r \geq 0.3$; small: $r \geq 0.1$; very small: $r > 0.1$

^a Older adults (> 64); ^b Middle adults (30–64); ^c Early adults (< 30); ^d Children and adolescents

Fattori a livello individuale

Le caratteristiche demografiche, come età e sesso, possono influire sull'esperienza di isolamento sociale e solitudine, anche se le evidenze disponibili sono limitate e in parte contrastanti. È probabile che tali caratteristiche agiscano in modo indiretto, attraverso le condizioni socioeconomiche (ad esempio stato di salute e reddito), la capacità di partecipare alla vita sociale e i sentimenti soggettivi di appartenenza (1, 98).

L'istruzione è un fattore protettivo contro l'isolamento sociale e la solitudine, poiché contribuisce ad ampliare le reti sociali di una persona e a migliorarne la condizione economica (1, 92, 93, 95, 98–100). Le persone con un livello di istruzione più elevato possono essere meglio protette dalla solitudine grazie alla disponibilità di maggiori risorse socioeconomiche, che riducono lo stress cronico nella vita quotidiana, favoriscono reti sociali più ampie e una migliore qualità complessiva delle relazioni (92).

Lo **status socioeconomico** di una persona, misurato ad esempio in termini di reddito o patrimonio familiare, risulta spesso — anche se non sempre — correlato all'isolamento sociale e alla solitudine, probabilmente perché influenza la capacità dell'individuo di partecipare ad attività sociali (1, 95, 101–103). Una revisione sistematica di studi qualitativi sulle esperienze di solitudine nei Paesi a basso e medio reddito (104) ha individuato la povertà e la condizione socioeconomica come fattori ricorrenti che influenzano la percezione della solitudine e, in parte, anche dell'isolamento sociale. Tali fattori non solo limitano la possibilità di partecipare alla vita sociale, ma comportano anche uno status sociale inferiore, che può incidere negativamente sulle interazioni con gli altri.

Alcune evidenze suggeriscono che l'**occupazione** possa rappresentare un fattore di protezione contro la solitudine (102), poiché lavorare implica generalmente un certo grado di interazione sociale (105), anche se questa dinamica potrebbe cambiare con la diffusione del lavoro a distanza. Sebbene il tasso di solitudine riportato sia inferiore tra le persone occupate rispetto a quelle disoccupate, le prove attuali sull'esistenza di un nesso causale sono contrastanti, e la relazione potrebbe essere bidirezionale (1).

Sia la salute fisica sia quella mentale sono associate all'isolamento sociale e alla solitudine, e alcuni studi longitudinali suggeriscono che tale relazione possa avere un carattere causale. Un peggior funzionamento fisico può limitare le capacità e le opportunità di interagire con gli altri, contribuendo a un maggiore isolamento sociale (102, 106). La presenza di malattie preesistenti o croniche può inoltre ridurre la qualità delle interazioni, aumentando la probabilità di sperimentare solitudine (102). Numerose evidenze dimostrano, ad esempio, che ansia e depressione sono strettamente legate all'isolamento sociale e alla solitudine, soprattutto durante l'adolescenza e nella tarda età adulta (33, 93, 95, 97). Le relazioni tra stato di salute, isolamento sociale e solitudine sembrano essere bidirezionali: i problemi di salute costituiscono un fattore di rischio per l'isolamento e la solitudine, e viceversa (1, 93, 99, 100, 107, 108). Una revisione sistematica di studi qualitativi ha individuato nella salute una condizione preliminare dell'indipendenza funzionale ed economica, entrambe determinanti della solitudine e dell'isolamento sociale. La stessa revisione ha inoltre evidenziato che la presenza di disabilità può comportare una minore attenzione, cura e supporto da parte degli altri (104).

I tratti di personalità rappresentano ulteriori fattori di rischio per la solitudine, come confermato da solide evidenze empiriche (1, 109). In particolare, il nevroticismo — cioè la tendenza a provare emozioni negative — è associato a livelli più elevati di solitudine, mentre l'estroversione è correlata a livelli inferiori. In entrambi i casi, l'associazione è significativa e in parte di natura genetica (99, 110–113). Un ulteriore possibile fattore determinante della solitudine riguarda la percezione individuale del proprio futuro: chi possiede un senso più debole di scopo o di direzione nella vita può essere più esposto al rischio di sperimentare solitudine (104).

Fattori a livello interpersonale

I fattori interpersonali che influenzano le esperienze di isolamento sociale e solitudine includono la **situazione relazionale** di una persona, comprese le variazioni nello stato civile o di coppia, e le **condizioni abitative** (1, 93, 103, 108). Lo stato relazionale è stato identificato come uno dei fattori di rischio più importanti per l'isolamento sociale e la solitudine: le persone senza partner sono più inclini a sperimentare isolamento sociale e solitudine. Tuttavia, la qualità delle relazioni è altrettanto rilevante, in particolare per quanto riguarda la solitudine: la semplice presenza di un legame di coppia non è di per sé sufficiente a esercitare un effetto protettivo (1, 92, 98–100, 107, 108). Ad esempio, sentirsi intrappolati in una relazione — anche solo per motivi economici — può annullare i potenziali benefici derivanti dall'avere un partner (93).

Vivere da soli risulta essere uno dei fattori di rischio più consistenti per l'isolamento sociale e la solitudine. Sebbene vivere soli sia un indicatore di isolamento sociale, al momento non vi sono evidenze conclusive di un'associazione causale diretta con la solitudine; tale associazione potrebbe infatti essere bidirezionale. La presenza di un partner all'interno del nucleo domestico, più che quella dei figli, sembra rappresentare la variabile che incide maggiormente sui livelli di solitudine, in particolare tra le persone anziane (1).

La violenza da parte del partner rappresenta inoltre un fattore di rischio per l'isolamento sociale, in particolare nelle situazioni di controllo coercitivo, in cui la vittima viene tenuta lontana da familiari e amici (114). Al contrario, la connessione sociale — che comprende reti di sostegno solide e relazioni stabili e positive — costituisce un fattore protettivo rispetto alla violenza di coppia (115).

La solitudine è strettamente e direttamente legata alla **rete sociale** di una persona, ma a essere determinanti sono la qualità e la funzione di tale rete, più che la sua dimensione. Contatti frequenti con amici e familiari, buone relazioni con loro e la possibilità di dare e ricevere sostegno rappresentano fattori di protezione contro la solitudine (1, 99, 108). Tuttavia, l'importanza relativa della quantità e della qualità delle relazioni può variare nel corso della vita (116). Le variazioni nella rete sociale di una persona possono costituire potenziali fattori di rischio per l'isolamento sociale e la solitudine, ad esempio in seguito alla perdita di persone care (soprattutto in età avanzata) o alla riduzione delle visite e degli inviti a eventi sociali (104). È stato inoltre osservato che alcune persone affrontano la solitudine riducendo attivamente i propri contatti sociali; questa strategia, tuttavia, nel lungo periodo tende ad aumentare l'isolamento sociale e ad aggravare la solitudine stessa (104).

La scarsa **partecipazione ad attività sociali** costituisce un fattore di rischio per l'isolamento e la solitudine, ma la relazione può essere bidirezionale, poiché anche la solitudine può ridurre la motivazione o il desiderio di partecipare alla vita sociale (1, 102, 117, 118). Un maggiore sostegno sociale può agire come fattore di protezione rispetto all'isolamento e alla solitudine, sebbene le associazioni riscontrate tra sostegno sociale percepito e solitudine risultino spesso più forti di quelle con l'isolamento sociale (101, 102).

Le evidenze relative ai fattori di rischio a livello comunitario e sociale sono più limitate, in particolare per quanto riguarda l'entità delle associazioni con la solitudine e l'isolamento, rispetto ai fattori individuali e interpersonali, e per questo non sono incluse nella Tabella 3. Le tecnologie digitali, come i social media, possono anch'esse influire sull'isolamento sociale e sulla solitudine. Come discusso nel Riquadro 2, le evidenze attuali indicano che la crescente digitalizzazione delle interazioni sociali produce effetti contrastanti sull'isolamento e sulla solitudine, a seconda del tipo di tecnologia, delle modalità e delle motivazioni d'uso e del profilo degli utenti. Le tecnologie digitali possono risultare particolarmente utili per le persone che vivono condizioni di marginalità, ad esempio a causa di disabilità o povertà.

Fattori a livello di comunità

Sebbene le evidenze, in particolare provenienti da revisioni, meta-analisi e studi multinazionali di ampia scala, siano più limitate riguardo ai fattori di rischio a livello comunitario, questa sezione sintetizza quanto è attualmente disponibile. I fattori di rischio e di protezione a livello comunitario si sovrappongono in modo significativo al concetto di infrastruttura sociale (si veda il Capitolo 7 per ulteriori informazioni sul suo potenziamento come strategia per affrontare l'isolamento sociale e la solitudine). Con infrastruttura sociale si intendono le politiche, i servizi, le risorse e gli spazi pubblici accessibili alle persone che consentono una piena partecipazione alla vita sociale, civile ed economica, senza barriere.

Alcune evidenze indicano che un ambiente costruito di scarsa qualità — ad esempio la mancanza di spazi pubblici e naturali o di un sistema di trasporti adeguato — sia associato a maggiori livelli di isolamento sociale e solitudine (93, 102, 104, 108, 117, 119, 120). Una maggiore disponibilità e accessibilità di servizi e strutture nei quartieri, come i servizi sociali e gli spazi verdi, è correlata a tassi più bassi di isolamento e solitudine, sebbene le evidenze relative agli spazi verdi risultino contrastanti (121). Anche le ricerche sull'associazione tra vivibilità pedonale e solitudine forniscono risultati eterogenei (1), mentre l'associazione con l'isolamento sociale appare più solida (117).

Un'infrastruttura sociale inadeguata può accentuare le disuguaglianze e, di conseguenza, aumentare il rischio di isolamento e solitudine, mentre un'infrastruttura sociale solida può rappresentare un fattore di protezione (122). Ad esempio, uno studio condotto in 26 Paesi (123) ha rilevato che le società caratterizzate da bassi livelli di solitudine disponevano di un'infrastruttura sociale pubblica ben sviluppata; inoltre, un rapporto politico (124) ha mostrato che, nelle aree amministrative locali con un numero maggiore di strutture di infrastruttura sociale per abitante, i tassi previsti di solitudine tra i residenti risultavano inferiori. I conflitti legati all'infrastruttura sociale — in particolare quando questa risponde ai bisogni di alcuni gruppi a discapito o a esclusione di altri (125, 126) — possono influire indirettamente sull'isolamento sociale e sulla solitudine, generando esclusione e perdita del senso di appartenenza. Anche i fattori comunitari come la soddisfazione per il quartiere di residenza, il senso di appartenenza e la coesione sociale sono stati associati a minori livelli di isolamento sociale e solitudine (93, 117, 118, 127). Tra gli elementi che contribuiscono alla soddisfazione per il quartiere rientrano la sicurezza e le condizioni abitative (99, 102, 104, 108), sebbene le evidenze relative al legame tra sicurezza del quartiere, isolamento sociale e solitudine restino contrastanti (117).

La densità abitativa, l'urbanizzazione e la ruralità sembrano essere solo debolmente correlate alla solitudine, mentre le evidenze relative all'isolamento sociale risultano in parte contrastanti (1, 93, 104, 108). Per le persone che vivono in strutture assistenziali, anche l'inadeguatezza culturale del contesto può rappresentare un potenziale fattore che alimenta la solitudine (104). Ad esempio, nelle strutture di assistenza a lungo termine, una comunicazione interculturale inappropriata tra il personale e i residenti può generare incomprensioni rispetto alle condizioni di salute e alle aspettative di cura, incidendo negativamente sulla soddisfazione, sulla salute e sulla qualità della vita degli ospiti (128).

Una delle debolezze delle evidenze sui fattori di rischio a livello comunitario è che, oltre a essere limitate, sono prevalentemente di tipo trasversale (ossia raccolte in un unico momento), il che rende difficile stabilire relazioni di causalità (1, 129).

Fattori a livello di società

Le evidenze empiriche sui fattori di rischio a livello di società sono anch'esse limitate. Sono stati tuttavia proposti due grandi gruppi di determinanti per spiegare le differenze internazionali nella prevalenza della solitudine. Il primo riguarda le risorse socioeconomiche nazionali: una maggiore disuguaglianza dei redditi e sistemi di welfare più deboli possono contribuire a livelli più elevati di solitudine, anche se le evidenze al riguardo risultano contrastanti (1). Il secondo gruppo è rappresentato dalle norme sociali e culturali. Il continuum tra collettivismo e individualismo è stato studiato come dimensione di variazione culturale (130, 131) (si veda anche la Sezione 1.2). Come illustrato nel Capitolo 1, la solitudine nasce da uno scarto tra le connessioni sociali reali e quelle desiderate o attese. Di conseguenza, le aspettative più basse di connessione sociale nelle culture individualiste tendono a tradursi in minori livelli di solitudine rispetto alle aspettative più alte tipiche delle culture collettiviste, spesso più difficili da soddisfare (132–136).

Alcune pratiche culturali specifiche possono inoltre costituire fattori di protezione. Ad esempio, le famiglie multigenerazionali e allargate — più comuni nelle società non occidentali — o la tradizione della pietà filiale nella cultura cinese (111) sono associate a livelli inferiori di isolamento sociale (133, 137).

La popolazione indigena Aborigena e delle Isole dello Stretto di Torres in Australia adotta un approccio collettivista alla vita familiare e alla crescita dei figli, sintetizzato nel principio “una comunità, molti sguardi” (one community, many eyes) (138). Questo approccio esprime la complessità dei concetti di parentela nella cultura aborigena — non assimilabili alle definizioni non indigene — e prevede la condivisione della responsabilità educativa tra i membri della comunità. È stato osservato che tale pratica rafforza la connessione sociale, la coesione e la fiducia tra i membri della comunità, riflettendo l’idea che vivere in comunità significhi, in un certo senso, appartenere tutti alla stessa famiglia (138). Pratiche di questo tipo stanno diventando più comuni anche nei Paesi occidentali, come nel caso delle comunità abitative intergenerazionali, che ampliano le opportunità di socializzazione e possono contribuire a ridurre la prevalenza di isolamento e solitudine (108).

Alcune ideologie e politiche (si veda il Capitolo 6) possono a loro volta favorire l’aumento dell’isolamento sociale e della solitudine. Le visioni che attribuiscono il progresso economico e sociale principalmente alla responsabilità individuale, alla libertà imprenditoriale, al libero mercato e a un coinvolgimento minimo dello Stato negli affari economici (139) tendono a sminuire l’impatto delle disuguaglianze sociali e a intensificare la competizione, erodendo la fiducia reciproca. Tali politiche sono spesso associate a un accesso limitato alla protezione sociale e a maggiori disparità sociali (140), fattori che riducono la connessione sociale e aumentano la prevalenza della solitudine.

L’evoluzione delle norme e delle politiche legate alla tecnologia digitale costituisce un altro potenziale fattore sociale di rilievo. La rapida diffusione delle tecnologie digitali ha modificato profondamente il modo in cui le persone vivono e interagiscono in molte sfere della loro vita (si veda il Riquadro 2). Le evidenze sull’impatto di tali politiche restano tuttavia ancora limitate.

Esistono alcune evidenze secondo cui interventi e misure a livello sociale, come le politiche di assunzione non discriminatorie volte a promuovere l’occupazione, migliorare lo status socio-economico e favorire la diversità demografica, possono ridurre le disuguaglianze sociali e proteggere le persone dalla solitudine (141).

Un fattore sociale ampiamente documentato che ha contribuito all’aumento dell’isolamento e della solitudine è stata la pandemia di COVID-19 e le misure adottate per contrastarla (come il distanziamento fisico e i lockdown), che hanno limitato le reti sociali (25, 142, 143) e determinato un leggero aumento della prevalenza della solitudine (144, 145). Le popolazioni che già vivevano condizioni di marginalizzazione — più esposte all’isolamento e alla solitudine anche prima della pandemia (146) — hanno riportato livelli più elevati di disconnessione sociale durante questo periodo, con effetti di lungo termine sugli stili di vita e sulla salute (25, 145). Inoltre, l’accentuarsi della normalizzazione delle interazioni online in diversi ambiti della vita (studio, lavoro, relazioni sociali) ha ridotto le occasioni di interazioni faccia a faccia (25), incrementando potenzialmente l’isolamento sociale, anche a causa della diminuzione delle interazioni casuali (147), che rivestono un ruolo importante nello sviluppo di nuove relazioni (148).

Riflessioni da esperienze vissute: come le persone arrivano a sperimentare isolamento sociale e solitudine

Tommy

Uomo gay sopravvissuto al cancro (USA)

“Per la prima volta, nel febbraio del 2023, mi è stato diagnosticato un raro tipo di cancro: il carcinoma adenoideo cistico. Un tumore che mi ha portato a perdere l'occhio sinistro in un intervento che ha cambiato la mia vita. Da allora ho dovuto affrontare il difficile percorso di convivenza con una cicatrice che ha sfigurato il mio viso, sviluppando problemi personali e segni di un progressivo peggioramento della salute mentale: ansia sociale, paura dello sguardo altrui. Sono arrivato al punto di coprire finestre e specchi con lenzuola, vivendo isolato dagli altri [...] La mancanza di dialogo può condurre all'isolamento, e la solitudine può diventare molto difficile da affrontare.”

Puneet

Giovane con disabilità (India)

“La mia vita è un intreccio di esperienze: sono nato in una baraccopoli di Delhi, con un padre alcolizzato e violento, convivo con diverse disabilità non evidenti (dislessia, disprassia e balbuzie) e sono il caregiver di mia madre affetta da una malattia cronica. Tutti questi fattori sono stati aggravati dall'estremo inquinamento atmosferico di Delhi, dalle ondate di calore e dalla mancanza di accesso ad acqua potabile pulita. [...] Il mio quartiere non era solidale: molti credevano che anch'io sarei diventato un alcolizzato come mio padre. [...] Da bambino ero estroverso, ora sono diventato introverso.”

Patience

Esperta di traumi infantili (Zambia)

“I miei genitori hanno divorziato quando avevo circa un anno e pochi mesi, e questo mi ha lasciato per un certo periodo sotto la tutela di un parente, privandomi così delle cure di mia madre in un'età molto fragile. Più tardi, a quattro anni, sono andata a vivere con i miei tutori, senza comprendere davvero cosa stesse accadendo, perché ero solo una bambina. [...] Mi sentivo terribilmente sola, avevo raramente contatti con la mia famiglia più stretta [...] Mi sono sentita abbandonata molte volte, anche se sapevo che mia madre mi amava.”

Barbara

Donna anziana
(Regno Unito)

“Nel maggio 2020 sono caduta in casa e mi sono fratturata una caviglia, una lesione che ha richiesto un intervento chirurgico con applicazione di placche metalliche. Sono passata dall’essere completamente autonoma, come infermiera pediatrica, al diventare dipendente dagli altri. Purtroppo, durante i mesi di convalescenza dopo l’operazione, ho subito abusi economici e maltrattamenti legati all’età. Mio figlio e mia nuora non mi nutrivano adeguatamente e non si occupavano dei miei bisogni di igiene personale. In particolare, mi tenevano isolata dai miei amici e dalla mia abituale rete sociale. [...] Dopo le dimissioni, mio figlio e mia nuora — che si occupavano di me — hanno deciso di trasferirsi e di tagliare ogni rapporto. Sono stata abbandonata.”

3.3 Fattori di rischio e di protezione per gruppi specifici di popolazione

Fattori di rischio e di protezione legati all’età

Alcuni fattori di rischio sono propri di specifiche fasi della vita (108, 129). Si tratta spesso di periodi di transizione, che possono generare stress e ansia e rendere più complessa la costruzione di legami sociali, con un conseguente aumento delle esperienze di isolamento sociale e solitudine (149). Tra questi periodi rientrano l’adolescenza e la vecchiaia, caratterizzate da rapidi cambiamenti in numerosi ambiti della vita (biologico, sanitario, professionale, familiare e relazionale), che possono accompagnarsi a sentimenti di alienazione e a relazioni tese (150). Bambini e adolescenti rappresentano in particolare un gruppo di età prioritario, poiché investire precocemente nella prevenzione può generare benefici a lungo termine, prevenendo o riducendo conseguenze negative sulla salute e sulla sfera sociale nella vita adulta (151). Inoltre, gli adolescenti (13–17 anni) presentano i più alti tassi stimati di solitudine, pari al 20,9% (cfr. Capitolo 2), evidenziando l’importanza di affrontare la solitudine sin dall’infanzia.

Infanzia e adolescenza

La solitudine e l’isolamento sociale durante l’infanzia sono predittori di esperienze analoghe in età successive (152, 153). Le esperienze infantili avverse e traumatiche — come abusi e trascuratezza —, i successivi disturbi di salute mentale e l’isolamento sociale e la solitudine si influenzano reciprocamente in modo complesso. Le esperienze infantili avverse possono contribuire all’isolamento sociale e alla solitudine, in parte per la mancanza di sostegno sociale (154), ma anche per lo sviluppo di difficoltà psicologiche che, a loro volta, aumentano il rischio di isolamento e solitudine. Circa la metà (48,4%) di tutti i disturbi mentali dell’età adulta ha inizio entro i 18 anni (155). Pertanto, le esperienze infantili avverse possono incidere sull’isolamento sociale e sulla solitudine anche in età adulta, sia in modo diretto, sia attraverso le difficoltà di salute mentale.

Una revisione sistematica di 20 studi ha rilevato che i bambini che si trovano a svolgere il ruolo di caregiver familiare in giovane età tendono a sviluppare legami sociali più forti con le persone di cui si prendono cura, a scapito però delle connessioni sociali esterne al nucleo familiare (156). La perdita di connessioni sociali può derivare sia dal trasferimento forzato per assistere un familiare, sia dallo stigma legato alla condizione di salute di quest'ultimo (ad esempio HIV/AIDS), che può anch'esso contribuire all'isolamento sociale.

La vittimizzazione da bullismo, che si manifesta spesso durante l'adolescenza, è strettamente connessa all'isolamento sociale e alla solitudine, in una relazione di tipo ciclico e interattivo articolata in tre fasi (154, 157, 158). In primo luogo, bambini e adolescenti vittime di bullismo tendono a essere più isolati socialmente e a provare maggiore solitudine. In secondo luogo, coloro che vivono già condizioni di isolamento e solitudine risultano più vulnerabili e, di conseguenza, più facilmente presi di mira dai "bulli". Infine, le vittime di bullismo spesso si ritirano ulteriormente dalla vita sociale per evitare nuove aggressioni, finendo così per aumentare la propria vulnerabilità.

Studi condotti in diversi Paesi mostrano che chi subisce bullismo è più incline all'isolamento sociale e alla solitudine, anche perché riceve un minor sostegno dai pari (94, 159). Al contrario, le buone amicizie — soprattutto per quanto riguarda la loro qualità — possono costituire un fattore di protezione rispetto alla solitudine (154, 160, 161). Un ulteriore elemento rilevante è lo sviluppo dell'identità: le difficoltà legate alla costruzione della propria identità possono favorire la solitudine e l'isolamento sociale, mentre un senso di identità stabile e definito può avere un effetto protettivo (162, 163).

La genitorialità svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo infantile, compreso lo sviluppo delle capacità di autoregolazione emotiva, sociale e cognitiva (150, 164). Diversi aspetti delle pratiche genitoriali influenzano in modo differente gli esiti evolutivi dei bambini, tra cui la trascuratezza, il disimpegno, l'ostilità e la coercizione (152). Numerosi studi longitudinali hanno evidenziato che uno stile genitoriale partecipativo e attento rappresenta un fattore protettivo rispetto all'isolamento sociale e alla solitudine (96, 150, 160, 165). In particolare, un forte legame affettivo con i genitori può prevenire lo sviluppo di forme croniche di solitudine nell'età adulta e nella vecchiaia (165). Inoltre, relazioni positive tra padre e figlia sembrano proteggere le ragazze dalla solitudine infantile e adolescenziale: un maggiore sostegno paterno, infatti, può attenuare il senso di solitudine nei momenti di tristezza e offrire occasioni per esercitare le competenze sociali necessarie alla costruzione di relazioni con gli altri (166). Un aspetto cruciale della genitorialità è l'espressione di emozioni positive, che influisce sull'autoregolazione emotiva del bambino, sui comportamenti di socializzazione e sui livelli di solitudine in adolescenza (33, 164).

Anche **l'ambiente scolastico** può incidere sui livelli di solitudine degli studenti (167). Uno studio condotto su studenti di 79 Paesi ha riscontrato un'associazione tra il clima scolastico e la solitudine percepita (168). Il clima scolastico comprende elementi quali i valori e le norme riguardanti i comportamenti, le prestazioni e le relazioni all'interno della scuola; il grado di attenzione dedicato all'apprendimento e all'insegnamento; e la dinamica sociale e organizzativa tra individui (169). All'interno di questi ambiti, il rispetto per la diversità, il senso di inclusione e sicurezza e la presenza di un adeguato sostegno sociale da parte del personale scolastico (ad esempio gli insegnanti) costituiscono fattori di protezione associati a una migliore salute mentale e a minori livelli di solitudine tra gli studenti (154, 158, 168).

Età anziana

Tra le persone anziane, diversi indicatori dello stato di salute risultano, in modo costante e in tutto il mondo, associati a un rischio più elevato di isolamento sociale e di solitudine. Tre meta-analisi internazionali hanno rilevato che le limitazioni nelle attività della vita quotidiana, la presenza di una patologia sottostante (in particolare la depressione) e un funzionamento cognitivo ridotto aumentano il rischio di isolamento sociale (93, 97, 144). Anche la percezione soggettiva della propria salute e l'ageismo (93, 102, 117) sono stati individuati come fattori di rischio per l'isolamento sociale e la solitudine (93, 97, 144). Questi fattori possono agire in modo indiretto, influenzando altri determinanti dell'isolamento e della solitudine, come la limitazione della partecipazione sociale, che a sua volta è associata a un aumento delle esperienze di isolamento (93, 102). Un esempio è la perdita della capacità di guidare a causa di problemi di salute, che riduce la possibilità di partecipare ad attività sociali senza assistenza (102).

Sebbene la prospettiva sul futuro sia potenzialmente rilevante in ogni fase della vita, può rappresentare un fattore determinante della solitudine, in particolare nella tarda età. Una revisione sistematica qualitativa ha individuato nella **percezione del tempo futuro** un possibile fattore di solitudine negli anziani, soprattutto in relazione alla consapevolezza della morte — ad esempio, una maggiore coscienza della propria mortalità, la preoccupazione per il funerale o il desiderio di morire piuttosto che emigrare per raggiungere i figli trasferiti all'estero (104). La consapevolezza della morte, le limitazioni nelle attività quotidiane, la presenza di malattie croniche e la percezione della propria salute sono condizioni frequenti anche tra le persone con disabilità.

I partner o familiari di persone con disabilità o patologie croniche possono **diventare caregiver informali**. Tuttavia, una revisione sistematica di 12 studi non ha chiarito se l'assunzione di tale ruolo aumenti o riduca il rischio di isolamento sociale e solitudine (170).

Infine, l'aumento del **disagio socioeconomico del quartiere** e del numero di **beneficiari di sussidi di sicurezza sociale** è stato anch'esso associato a un incremento delle esperienze di isolamento e solitudine tra le persone anziane (117).

Popolazioni in condizioni di marginalizzazione

Gli stereotipi, i pregiudizi e le discriminazioni — come l'omofobia e il razzismo — possono determinare condizioni di marginalizzazione e alimentare l'isolamento sociale e la solitudine (102, 103). Come discusso nel Capitolo 2, le popolazioni che vivono situazioni di marginalità — tra cui persone con disabilità o patologie croniche, appartenenti alla comunità LGBTIQ+, migranti e rifugiati — sperimentano tassi più elevati di isolamento sociale e solitudine, in parte a causa dello stigma strutturale. Quest'ultimo si manifesta attraverso azioni o politiche comunitarie che producono — intenzionalmente o meno — effetti diversi o negativi su gruppi già vulnerabili (171). Esempi includono l'assenza di normative pubbliche per la tutela contro la discriminazione, il pregiudizio e i crimini d'odio (172) (si veda il Riquadro 3).

Lo stigma, inoltre, ha ripercussioni dirette sulle relazioni sociali. Una revisione sistematica qualitativa condotta in 15 Paesi ha evidenziato che, in alcune culture, l'associazione con aspetti stigmatizzati (ad esempio problemi di salute mentale o appartenenza alla comunità LGBTQ+) può impedire la formazione di relazioni affettive o significative, a causa delle implicazioni di vergogna e discredito sociale (93).

Alcune evidenze indicano che l'introduzione di cambiamenti strutturali può proteggere dalle disuguaglianze sociali che colpiscono le popolazioni marginalizzate. Tra i possibili fattori protettivi rispetto alla solitudine figurano la presenza di spazi “identity safe” — cioè ambienti in cui le persone possono esprimere la propria identità senza timore di discriminazioni (ad esempio luoghi di aggregazione LGBTQ+) —, l'adozione di leggi volte a prevenire la discriminazione e la disuguaglianza e l'attuazione di politiche organizzative che promuovano la diversità positiva nei contesti scolastici, lavorativi e comunitari (141).

Riquadro 3.

Studio di caso sulla revisione delle politiche relative allo stigma strutturale nei confronti delle minoranze di genere in Nuova Zelanda

Il New Zealand Human Rights Act del 1993 è una legge antidiscriminazione che copre tutti gli ambiti della vita quotidiana — come istruzione, occupazione, alloggio, beni e servizi, strutture pubbliche — e tutela la popolazione contro trattamenti illeciti e discriminazioni basate su caratteristiche quali sesso, credo religioso, razza, disabilità e orientamento sessuale.

Nel 2023 è stata richiesta una revisione della legge con l'obiettivo di ampliare la protezione alle persone transgender, non binarie e intersex, poiché il testo originale del 1993 non includeva termini come “genere”, “identità di genere”, “espressione di genere”, “intersex” o altri correlati (173). La revisione dovrebbe concludersi nel 2025 e, qualora vengano approvati gli emendamenti proposti, la legge estenderà ulteriormente le tutele contro la marginalizzazione a un numero maggiore di membri della comunità LGBTQ+, garantendo pari accesso e trattamento in tutti gli ambiti della vita sociale. Ciò potrebbe contribuire indirettamente a ridurre le esperienze di isolamento sociale e solitudine tra le minoranze di genere. La revisione del Human Rights Act rappresenta un esempio di aggiornamento delle politiche pubbliche che include co-benefici legati alla connessione sociale.





Direzioni future della ricerca

- La comprensione dei fattori che potrebbero spiegare l'andamento storico in aumento della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine resta limitata. È necessario approfondire ulteriormente il tema, adottando, ove possibile, metodi di ricerca più rigorosi.
- Sono necessarie ulteriori evidenze sulla specificità culturale dei fattori determinanti, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito e in aree diverse dall'Europa e dagli Stati Uniti, soprattutto attraverso analisi longitudinali di lungo periodo.
- Occorrono inoltre più dati sui fattori contestuali (ad esempio nelle scuole e nei luoghi di lavoro) e sui bisogni sociali specifici di determinati gruppi di popolazione. Tali evidenze potranno contribuire a individuare quali interventi risultano più efficaci e per quali destinatari.
- Servono ulteriori evidenze sui fattori di rischio e di protezione a livello comunitario e, soprattutto, sociale. È necessario comprendere meglio quanto questi fattori incidano e come interagiscano tra loro in modo causale — ad esempio attraverso studi longitudinali — per poter sviluppare soluzioni efficaci destinate a gruppi di popolazione che vivono condizioni di marginalizzazione.
- È necessario promuovere la ricerca su come i fattori protettivi legati alla connessione sociale possano essere valorizzati e ulteriormente sviluppati per prevenire l'isolamento sociale e la solitudine prima che si manifestino, invece di intervenire solo per mitigarne gli effetti dannosi a posteriori.

Conclusioni

La comprensione dei fattori che determinano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine è in rapida evoluzione. Tuttavia, permangono significative lacune nella conoscenza delle cause delle tendenze storiche e dei fattori di rischio e di protezione associati alle persone che sperimentano isolamento e solitudine. Attualmente, le evidenze disponibili riguardano in misura maggiore i fattori che determinano la solitudine rispetto a quelli che influenzano l'isolamento sociale e la connessione sociale. Sebbene il potenziamento degli interventi sia spesso considerato una priorità, l'efficacia di tali interventi dipende dalla solidità della conoscenza dei fattori di rischio e di protezione a cui si rivolgono. Per progettare interventi più efficaci, è dunque necessaria una comprensione più chiara dei meccanismi che determinano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine.

Riferimenti bibliografici

- Barjakova M, Garnero A, d'Hombres B. Risk factors for loneliness: a literature review. *Soc Sci Med*. 2023;334:116163 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>).
- Krug EG, Mercy J, Dahlberg L, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360:1083–8 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)).
- Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry*. 2001;158:848–56 (<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>).
- Lim MH, Eres R, Vasan S. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55:793–810 (<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>).
- Holt-Lunstad J. Social connection as a public health issue: the evidence and a systemic framework for prioritizing the “social” in social determinants of health. *Annu Rev Public Health*. 2022;43:193–213 (<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>).
- Parigi P, Henson W. Social isolation in America. *Annu Rev Sociol*. 2014;40:153–71 (<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145646>).
- Snell KDM. Agendas for the historical study of loneliness and lone living. *Open Psychol J*. 2015;8:61–70 (<https://doi.org/10.2174/1874350101508010061>).
- Snell KDM. The rise of living alone and loneliness in history. *Soc Hist*. 2017;42:2–28 (<https://doi.org/10.1080/03071022.2017.1256093>).
- Zhong B, Xu Y, Jin D, Zou X, Liu T. Prevalence and correlates of loneliness among Chinese service industry migrant workers: a cross-sectional survey. *Medicine*. 2016;95:e3903 (<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003903>).
- Yan Z, Yang X, Wang L, Zhao Y, Yu L. Social change and birth cohort increase in loneliness among Chinese older adults: a cross-temporal meta-analysis, 1995–2011. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:1773–81 (<https://doi.org/10.1017/S1041610214000921>).
- Burnett C. The historical roots of loneliness. *Vulcan Historical Review*, Vol 27 article 14. 2023;27:66–74 (<https://digitalcommons.library.uab.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1135&context=vulcan>).
- Fernandez L, Matt SJ. Bored, lonely, angry, stupid. Changing feelings about technology, from the Telegraph to Twitter. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2020 (<https://www.hup.harvard.edu/books/9780674244726>).
- Slade G. The big disconnect: the story of technology and loneliness. Amherst (NY): Prometheus Books; 2012.
- Mobile phone ownership. Geneva: International Telecommunication Union; 2024 (<https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/2024/11/10/ff24-mobile-phone-ownership/>).
- Measuring digital development. Facts and figures 2023. Geneva: International Telecommunication Union; 2023 (https://www.itu.int/hub/publication/d-ind-ict_mdd-2023-1/).
- Nowland R, Necka EA, Cacioppo JT. Loneliness and social internet use: pathways to reconnection in a digital world? *Perspect Psychol Sci*. 2018;13:70–87 (<https://doi.org/10.1177/1745691617713052>).
- Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Zhao DY et al. The relationship between loneliness and internet or smartphone addiction among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Rep*. 2023;332941231180119 (<https://doi.org/10.1177/00332941231180119>).
- Cai Z, Mao P, Wang Z, Wang D, He J, Fan X. Associations between problematic internet use and mental health outcomes of students: A meta-analytic review. *Adolesc Res Rev*. 2023;8:45–62 (<https://doi.org/10.1007/s40894-022-00201-9>).
- Tutar ÖF, Turhan FH. Digital leisure: transformation of leisure activities. *Shanlax Int J Educ*. 2023;11:16–28 (<https://doi.org/10.34293/education.v11iS1-Oct.6365>).
- The US Surgeon General's Advisory. Social media and youth mental health. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2023 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/sg-youth-mental-health-social-media-advisory.pdf>).
- Henry N, Powell A. Technology-facilitated sexual violence: a literature review of empirical research. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19:195–208 (<https://doi.org/10.1177/1524838016650189>).
- Zhu C, Huang S, Evans R, Zhang W. Cyberbullying among adolescents and children: a comprehensive review of the global situation, risk factors, and preventive measures. *Front Public Health*. 2021;9:634909 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634909>).
- Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: a scoping review of social media studies. *JAMA Pediatr*. 2015;169:770–7 (<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0944>).
- Social media and adolescent health. In: Wojtowicz A, Buckley GJ, Galea S, editors. *Social Media and Adolescent Health*. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2024 (<https://doi.org/10.17226/27396>).

25. Patulny R, Bower M. Beware the “loneliness gap”? Examining emerging inequalities and long-term risks of loneliness and isolation emerging from COVID-19. *Aust J Soc Issues*. 2022;57:562–83 (<https://doi.org/10.1002/ajs4.223>).
26. Gong F, Gong Z, Liu H, Yi P, Jia Y, Zhuang J et al. The impact of problematic internet use on adolescent loneliness-chain mediation effects of social support and family communication. *Psychol Res Behav Manag*. 2024;17:1903–16 (<https://doi.org/10.2147/PRBM.S443349>).
27. Dwyer RJ, Kushlev K, Dunn EW. Smartphone use undermines enjoyment of face-to-face social interactions. *J Exp Soc Psychol*. 2018;78:233–9 (<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.10.007>).
28. Taylor SH, Zhao P, Bazarova NN. Social media and close relationships: a puzzle of connection and disconnection. *Curr Opin Psychol*. 2022;45:101292. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.004>.
29. Sbarra DA, Briskin JL, Slatcher RB. Smartphones and close relationships: the case for an evolutionary mismatch. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14:596–618. <https://doi.org/10.1177/1745691619826535>.
30. Braune-Krickau K, Schneebeli L, Pehlke-Milde J, Gemperle M, Koch R, von Wyl A. Smartphones in the nursery - parental smartphone use and parental sensitivity and responsiveness within parent-child interaction in early childhood (0-5 years): a scoping review. *Infant Ment Health J*. 2021;42:161–75 (<https://doi.org/10.1002/imhj.21908>).
31. Tamisalo K, Rotkirch A. Effects of information and communication technology on the quality of family relationships: a systematic review. *J Soc Pers Relat*. 2022;39:2724–65 (<https://doi.org/10.1177/02654075221087942>).
32. O'Day EB, Heimberg RG. Social media use, social anxiety, and loneliness: a systematic review. *Comput Hum Behav Rep*. 2021;3 (<https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100070>).
33. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nurs Res*. 2006;55:308–15 (<https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00003>).
34. Morgan R, Filia K, Lim MH, Baker D. Young people and loneliness: policy report. Parkville (VIC): Orygen and Ending Loneliness Together; 2024 ([https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Areas/Social-and-environmental-factors/Orygen-young-people-and-loneliness-report-Nove-\(1\).aspx?ext=.pdf](https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Areas/Social-and-environmental-factors/Orygen-young-people-and-loneliness-report-Nove-(1).aspx?ext=.pdf)).
35. Williams JR. The use of online social networking sites to nurture and cultivate bonding social capital: a systematic review of the literature from 1997 to 2018. *New Media Soc*. 2019;21:2710–29 (<https://doi.org/10.1177/1461444819858749>).
36. Liu D, Ainsworth SE, Baumeister RF. A meta-analysis of social networking online and social capital. *Rev Gen Psychol*. 2016;20:369–91 (<https://doi.org/10.1037/gpr0000091>).
37. Ahmad Z, Soroya SH, Mahmood K. Bridging social capital through the use of social networking sites: a systematic literature review. *J Hum Behav Soc Environ*. 2022;33:473–89 (<https://doi.org/10.1080/10911359.2022.2064025>).
38. Domahidi E. The associations between online media use and users' perceived social resources: a meta-analysis. *J Comput-Mediat Commun*. 2018;23:181–200 (<https://doi.org/10.1093/jcmc/zmy007>).
39. Abel S, Machin T, Brownlow C. Social media, rituals, and long-distance family relationship maintenance: a mixed-methods systematic review. *New Media Soc*. 2020;23:632–54 (<https://doi.org/10.1177/1461444820958717>).
40. Meier A, Reinecke L. Computer-mediated communication, social media, and mental health: a conceptual and empirical meta-review. *Commun Res*. 2020;48:1182–209 (<https://doi.org/10.1177/0093650220958224>).
41. Liu D, Wright KB, Hu B. A meta-analysis of social network site use and social support. *Comput Educ*. 2018;127:201–13 (<https://doi.org/10.1016/j.compedu.2018.08.024>).
42. Nguyen MH, Gruber J, Marler W, Hunsaker A, Fuchs J, Hargittai E. Staying connected while physically apart: digital communication when face-to-face interactions are limited. *New Media Soc*. 2021;24:2046–67 (<https://doi.org/10.1177/1461444820985442>).
43. Course-Choi J, Hammond L. Social media use and adolescent well-being: a narrative review of longitudinal studies. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2021;24:223–36 (<https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0020>).
44. Teppers E, Luyckx K, Klimstra TA, Goossens L. Loneliness and Facebook motives in adolescence: a longitudinal inquiry into directionality of effect. *J Adolesc*. 2014;37:691–9 (<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.11.003>).
45. Ekoh PC, Okolie TJ, Nnadi FB, Oyinlola O, Walsh CA. Understanding the impact of digital technology on the well-being of older immigrants and refugees: a scoping review. *Digit Health*. 2023;9:20552076231194947 (<https://doi.org/10.1177/20552076231194947>).
46. Berger MN, Taba M, Marino JL, Lim MSC, Skinner SR. Social media use and health and well-being of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth: systematic review. *J Med Internet Res*. 2022;24:e38449 (<https://doi.org/10.2196/38449>).
47. Chen E, Wood D, Ysseldyk R. Online social networking and mental health among older adults: a scoping review. *Can J Aging*. 2022;41:26–39 (<https://doi.org/10.1017/S0714980821000040>).
48. Wright PJ, Raynor PA, Bowers D, Combs EM, Corbett CF, Hardy H, et al. Leveraging digital technology for social connectedness among adults with chronic conditions: a systematic review. *Digit Health*. 2023;9:20552076231204746 (<https://doi.org/10.1177/20552076231204746>).
49. Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25:113–22 (<https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>).
50. Lei X, Matovic D, Leung WY, Viju A, Wuthrich VM. The relationship between social media use and psychosocial outcomes in older adults: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2024;36:714–46 (<https://doi.org/10.1017/S1041610223004519>).
51. Petersen B, Khalili-Mahani N, Murphy C, Sawchuk K, Phillips N, Li KZH, et al. The association between information and communication technologies, loneliness and social connectedness: a scoping review. *Front Psychol*. 2023;14:1063146 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1063146>).

52. Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The effect of information and communication technology and social networking site use on older people's well-being in relation to loneliness: review of experimental studies. *J Med Internet Res*. 2021;23:e23588 (<https://doi.org/10.2196/23588>).
53. Wiwatkunpakarn N, Pateekhum C, Aramrat C, Jirapornchaoren W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C. Social networking site usage: a systematic review of its relationship with social isolation, loneliness, and depression among older adults. *Aging Ment Health*. 2022;26:1318–26 (<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1966745>).
54. Luo Y, Moosbrugger M, Smith DM, France TJ, Ma J, Xiao J. Is increased video game participation associated with reduced sense of loneliness? A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022;10:898338 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.898338>).
55. Maples B, Cerit M, Vishwanath A, Pea R. Loneliness and suicide mitigation for students using GPT3-enabled chatbots. *NPJ Ment Health Res*. 2024;3:4 (<https://doi.org/10.1038/s44184-023-00047-6>).
56. Herbener AB, Damholdt MF. Are lonely youngsters turning to chatbots for companionship? The relationship between chatbot usage and social connectedness in Danish high-school students. *Int J Hum Comput Stud*. 2025;196 (<https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2024.103409>).
57. Brandtzaeg PB, Skjuve M, Følstad A. My AI friend: how users of a social chatbot understand their human-AI friendship. *Hum Commun Res*. 2022;48:404–29 (<https://doi.org/10.1093/hcr/hqac008>).
58. Gunnes M, Loe IC, Kalseth J. Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: a scoping review of reviews. *BMC Geriatr*. 2024;24:215 (<https://doi.org/10.1186/s12877-024-04837-1>).
59. Jecker NS, Sparrow R, Lederman Z, Ho A. Digital humans to combat loneliness and social isolation: ethics concerns and policy recommendations. *Hastings Cent Rep*. 2024;54:7–12 (<https://doi.org/10.1002/hast.1562>).
60. Appel M, Marker C, Gnambs T. Are social media ruining our lives? A review of meta-analytic evidence. *Rev Gen Psychol*. 2019;24:60–74 (<https://doi.org/10.1177/1089268019880891>).
61. Webster D, Dunne L, Hunter R. Association between social networks and subjective well-being in adolescents: a systematic review. *Youth Soc*. 2020;53:175–210 (<https://doi.org/10.1177/0044118x20919589>).
62. Hancock J, Liu SX, Luo M, Mieczkowski H. Psychological well-being and social media use: a meta-analysis of associations between social media use and depression, anxiety, loneliness, eudaimonic, hedonic and social well-being. *SSRN Electronic J*. 2022 (<https://doi.org/10.2139/ssrn.4053961>).
63. Dienlin T, Johannes N. The impact of digital technology use on adolescent well-being. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22:135–42 (<https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/dienlin>).
64. Memon AM, Sharma SG, Mohite SS, Jain S. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: a systematized review of literature. *Indian J Psychiatry*. 2018;60:384–92 (https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_414_17).
65. Piteo EM, Ward K. Review: social networking sites and associations with depressive and anxiety symptoms in children and adolescents - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2020;25:201–16 (<https://doi.org/10.1111/camh.12373>).
66. Saiphoo AN, Dahoah Halevi L, Vahedi Z. Social networking site use and self-esteem: a meta-analytic review. *Pers Individ Differ*. 2020;153:109639 (<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109639>).
67. Brautsch LA, Lund L, Andersen MM, Jennum PJ, Folker AP, Andersen S. Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2023;68:101742 (<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101742>).
68. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: an umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol*. 2022;44:58–68 (<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017>).
69. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. 2016;17:100–10 (<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>).
70. Abi-Jaoude E, Naylor KT, Pignatiello A. Smartphones, social media use and youth mental health. *Can Med Assoc J*. 2020;192:E136–E41 (<https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>).
71. Chayko M. Techno-social life: the internet, digital technology, and social connectedness. *Sociol Compass*. 2014;8:976–91 (<https://doi.org/10.1111/soc4.12190>).
72. Carraturo F, Di Perna T, Giannicola V, Nacchia MA, Pepe M, Muzii B et al. Envy, social comparison, and depression on social networking sites: a systematic review. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2023;13:364–76 (<https://doi.org/10.3390/ejihpe13020027>).
73. Shannon H, Bush K, Villeneuve PJ, Hellemans KG, Guimond S. Problematic social media use in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *JMIR Ment Health*. 2022;9:e33450 (<https://doi.org/10.2196/33450>).
74. Haidt J. The anxious generation: How the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness. London: Penguin Press; 2024 (<https://www.penguin.co.uk/books/456971/the-anxious-generation-by-haidt-jonathan/9781802063271>).
75. Orben A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55:407–14 (<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>).
76. Odgers CL, Jensen MR. Annual research review: adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61:336–48 (<https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>).

77. Durkheim E. The division of labor in society. In: Grusky D, editor. Social stratification, class, race, and gender in sociological perspective, fourth edition. London: Routledge; 2019:178–83 (<https://www.routledge.com/Social-Stratification-Class-Race-and-Gender-in-Sociological-Perspective/Grusky/p/book/9780813346717?srltid=AfmB00o7oBYBKk-6xE4UgglPGgwLZZ-X8hEwb9tXKl8EfskAyM47mMuR>).
78. Norris P, Inglehart R. Sacred and secular: religion and politics worldwide. Cambridge: Cambridge University Press; 2011 (<https://doi.org/10.1017/CBO9780511894862>).
79. Rokach A, Neto F. Age, culture, and the antecedents of loneliness. *Soc Behav Pers.* 2005;33:477–94 (<https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.5.477>).
80. Das A. Secularism, family ties and loneliness: a multilevel longitudinal study of ten European societies. *Soc Sci Res.* 2022;101:102619 (<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102619>).
81. Hoffman PT. Why did Europe conquer the world? Princeton (NJ): Princeton University Press; 2015 (<https://press.princeton.edu/books/hardcover/9780691139708/why-did-europe-conquer-the-world>).
82. Reid P, Cormack D, Paine SJ. Colonial histories, racism and health – the experience of Māori and Indigenous peoples. *Public Health.* 2019;172:119–24 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.027>).
83. Podsiadlowski A, Fox S. Collectivist value orientations among four ethnic groups: collectivism in the New Zealand context. *N Z J Psychol.* 2011;40:5–18 (<https://www.psychology.org.nz/journal-archive/Podsiadlowski.pdf>).
84. Brougham D, Haar JM. Collectivism, cultural identity and employee mental health: a study of New Zealand Māori. *Soc Indic Res.* 2012;114:1143–60 (<https://doi.org/10.1007/s11205-012-0194-6>).
85. Moeke-Maxwell T, Black S, Morgan T, Wiles J, Gott M, Etahi Kaumātua Mokemoke. In: Lewis JP, Heinonen T, editors. Social aspects of aging in indigenous communities. Oxford: Oxford University Press; 2023:315–35 (<https://global.oup.com/academic/product/social-aspects-of-aging-in-indigenous-communities-9780197677216?cc=fr&lang=en>).
86. Gallardo-Peralta LP, Fernández-Dávila Jara P, Tereucán Angulo J, Rodríguez Martín V. Loneliness among Chilean indigenous women: family, community, and socio-cultural integration as protective factors. *J Women Aging.* 2023;35:526–41 (<https://doi.org/10.1080/08952841.2023.2189505>).
87. Farrington D. Origins of violent behavior over the life span. In: Vazsonyi D, Flannery D, Delisi M, editors. The Cambridge handbook of violent behaviour and aggression, second edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2018 (<https://doi.org/10.1017/9781316847992>).
88. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:337–43 (<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>).
89. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;75:96–103 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>).
90. Giroux É. Risk factor and causality in epidemiology. In: Huneman P, Lambert G, Silberstein M, editors. Classification, disease and evidence: new essays in the philosophy of medicine. New York: Springer; 2014:179–92 (<https://doi.org/10.1007/978-94-017-8887-8>).
91. McDowell I. From risk factors to explanation in public health. *J Public Health (Oxf).* 2008;30:219–23 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdn051>).
92. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63:S375–84 (<https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.s375>).
93. Chen M, Cao X, Wang A, Zhu Y, Lu G, Zhang L, Shen L. A global perspective on risk factors for social isolation in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024;116:105211 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105211>).
94. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health.* 2005;15:128–32 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/cki105>).
95. Hutten E, Jongen EMM, Hajema K, Ruiter RAC, Hamers F, Bos AER. Risk factors of loneliness across the life span. *J Soc Pers Relat.* 2021;39:1482–507 (<https://doi.org/10.1177/02654075211059193>).
96. Tian S, Zhang TY, Miao YM, Pan CW. Psychological distress and parental involvement among adolescents in 67 low-income and middle-income countries: a population-based study. *J Affect Disord.* 2021;282:1101–9 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.010>).
97. Wang S, Lin J, Kuang L, Yang X, Yu B, Cui Y. Risk factors for social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nurs.* 2024;41:200–8 (<https://doi.org/10.1111/phn.13266>).
98. Surkalim DL, Clare PJ, Eres R, Gebel K, Bauman A, Ding D. Have middle-aged and older Americans become lonelier? 20-year trends from the Health and Retirement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2023;78:1215–23 (<https://doi.org/10.1093/geronb/gbad062>).
99. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr.* 2016;28:557–76 (<https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>).
100. Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M et al. Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality. *Int J Public Health.* 2021;66:604449 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>).
101. Kung CSJ, Pudney SE, Shields MA. Economic gradients in loneliness, social isolation and social support: evidence from the UK Biobank. *Soc Sci Med.* 2022;306:115122 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115122>).

102. Iovino P, Vellone E, Cedrone N, Riegel B. A middle-range theory of social isolation in chronic illness. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20 (<https://doi.org/10.3390/ijerph20064940>).
103. Kaiser T, Luhmann M. Socioeconomic correlates of loneliness and social isolation in late life. In: Hajek A, Riedel-Heller SG, König H-H, editors. *Loneliness and Social Isolation in Old Age*. London: Routledge; 2023:29–39.
104. Akhter-Khan SC, van Es W, Prina M, Lawrence V, Piri I, Rokach A et al. Experiences of loneliness in lower- and middle-income countries: a systematic review of qualitative studies. *Soc Sci Med*. 2024;340:116438 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116438>).
105. Morrish N, Medina-Lara A. Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Soc Sci Med*. 2021;287:24 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114339>).
106. Sherman DW, Alfano AR, Alfonso F, Duque CR, Eiroa D, Marrero Y et al. A systematic review of the relationship between social isolation and physical health in adults. *Healthcare*. 2024;12:1135 (<https://doi.org/10.3390/healthcare12111135>).
107. Solmi M, Veronese N, Galvano D, Favaro A, Ostinelli EG, Noventa V et al. Factors associated with loneliness: an umbrella review of observational studies. *J Affect Disord*. 2020;271:131–8 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>).
108. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2020 (<https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>).
109. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51:843–57 ([https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)).
110. Buecker S, Maes M, Denissen JJA, Luhmann M. Loneliness and the Big Five personality traits: a meta-analysis. *Eur J Pers*. 2020;34:8–28 (<https://doi.org/10.1002/per.2229>).
111. Wang B, Dong X. The association between personality and loneliness: findings from a community-dwelling Chinese aging population. *Gerontol Geriatr Med*. 2018;4:2333721418778181 (<https://doi.org/10.1177/2333721418778181>).
112. Abdellaoui A, Chen HY, Willemsen G, Ehli EA, Davies GE, Verweij KJH et al. Associations between loneliness and personality are mostly driven by a genetic association with neuroticism. *J Pers*. 2019;87:386–97 (<https://doi.org/10.1111/jopy.12397>).
113. Schermer JA, Martin NG. A behavior genetic analysis of personality and loneliness. *J Res Pers*. 2019;78:133–7 (<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.11.011>).
114. Haggerty BB, Bradbury TN, Karney BR. The disconnected couple: intimate relationships in the context of social isolation. *Curr Opin Psychol*. 2022;43:24–9 (<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.002>).
115. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partn Abuse*. 2012;3:231–80 (<https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>).
116. Carmichael CL, Reis HT, Duberstein PR. In your 20s it's quantity, in your 30s it's quality: the prognostic value of social activity across 30 years of adulthood. *Psychol Aging*. 2015;30:95–105 (<https://doi.org/10.1037/pag0000014>).
117. Meehan DE, Grunseit A, Condie J, HaGani N, Merom D. Social-ecological factors influencing loneliness and social isolation in older people: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2023;23:726 (<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04418-8>).
118. Liliana C, Stepanova E. Loneliness & social and civic behaviours. Luxembourg: Office of the European Union; 2021 (https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC126983/JRC126983_01.pdf).
119. Matsuda N, Murata S, Torizawa K, Isa T, Ebina A, Kondo Y et al. Association between public transportation use and loneliness among urban elderly people who stop driving. *Gerontol Geriatr Med*. 2019;5:2333721419851293 (<https://doi.org/10.1177/2333721419851293>).
120. Marquez J, Qualter P, Petersen K, Humphrey N, Black L. Neighbourhood effects on loneliness among adolescents. *J Public Health (Oxf)*. 2023;45:663–75 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad053>).
121. Astell-Burt T, Hartig T, Putra I, Walsan R, Dendup T, Feng X. Green space and loneliness: a systematic review with theoretical and methodological guidance for future research. *Sci Total Environ*. 2022;847:157521 (<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.157521>).
122. Bagnall AM, Southby K, Jones R, Pennington A, South J, Corcoran R. Systematic review of community infrastructure (place and space) to boost social relations and community wellbeing: five year refresh. London: What Works Centre for Wellbeing; 2023 (<https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2023/01/Places-and-Spaces-Review-Refresh-31-Jan-2023-final-with-logos.pdf>).
123. Swader CS, Moraru AV. Social infrastructure and the alleviation of loneliness in Europe. *Köln Z Soziol Sozialpsychol*. 2023;1–28 (<https://doi.org/10.1007/s11577-023-00883-6>).
124. Kelsey T, Kenny M. Townscapes: the value of social infrastructure. Cambridge: Bennett Institute for Public Policy; 2021 (https://www.bennettinstitute.cam.ac.uk/wp-content/uploads/2020/12/Townscapes_The_value_of_infrastructure.pdf).
125. Hollis H, Skropke C, Smith H, Harries R, Garling O. Social infrastructure: international comparative review. Cambridge: Institute for Community Studies, Bennett Institute for Public Policy; 2023 (https://www.bennettinstitute.cam.ac.uk/wp-content/uploads/2023/01/Social_infrastructure_international_comparative_review.pdf).
126. Enneking G, Custers G, Engbersen G. The rapid rise of social infrastructure: mapping the concept through a systematic scoping review. *Cities*. 2025;158:105608 (<https://doi.org/10.1016/j.cities.2024.105608>).

127. Matthews T, Odgers CL, Danese A, Fisher HL, Newbury JB, Caspi A et al. Loneliness and neighborhood characteristics: a multi-informant, nationally representative study of young adults. *Psychol Sci*. 2019;30:765–75 (<https://doi.org/10.1177/0956797619836102>).
128. Gillham D, De Bellis A, Xiao L, Willis E, Harrington A, Morey W, et al. Using research evidence to inform staff learning needs in cross-cultural communication in aged care homes. *Nurse Educ Today*. 2018;63:18–23 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.007>).
129. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25:799–812 (<https://doi.org/10.1111/hsc.12311>).
130. Oyserman D, Coon HM, Kimmelmeier M. Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychol Bull*. 2002;128:3–72 (<https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.3>).
131. Triandis HC. Individualism-collectivism and personality. *J Pers*. 2001;69:907–24 (<https://doi.org/10.1111/1467-6494.696169>).
132. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: age, gender, and cultural differences in loneliness. *Pers Individ Differ*. 2021;169:110066 (<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>).
133. De Jong Gierveld J, Tesch-Romer C. Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *Eur J Ageing*. 2012;9:285–95 (<https://doi.org/10.1007/s10433-012-0248-2>).
134. Heu LC, van Zomeren M, Hansen N. Lonely alone or lonely together? A cultural-psychological examination of individualism-collectivism and loneliness in five European countries. *Pers Soc Psychol Bull*. 2019;45:780–93. (<https://doi.org/10.1177/0146167218796793>).
135. Lykes VA, Kimmelmeier M. What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *J Cross-Cult Psychol*. 2013;45:468–90 (<https://doi.org/10.1177/0022022113509881>).
136. Taniguchi H, Kaufman G. Family, collectivism, and loneliness from a cross-country perspective. *Appl Res Qual Life*. 2021;17:1555–81 (<https://doi.org/10.1007/s11482-021-09978-8>).
137. Muennig P, Jiao B, Singer E. Living with parents or grandparents increases social capital and survival: 2014 General Social Survey–National Death Index. *SSM Popul Health*. 2018;4:71–5 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.11.001>).
138. Lohar S, Butera N, Kennedy E. Strengths of Australian Aboriginal cultural practices in family life and child rearing (CFCA Paper No. 25 2014). Melbourne: Australian Government; 2014.
139. Harvey D. A brief history of neoliberalism. Oxford: Oxford University Press; 2005 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780199283262.001.0001>).
140. Becker JC, Hartwich L, Haslam SA. Neoliberalism can reduce well-being by promoting a sense of social disconnection, competition, and loneliness. *Br J Soc Psychol*. 2021;60:947–65 (<https://doi.org/10.1111/bjso.12438>).
141. Barreto M, Qualter P, Doyle D. Loneliness inequalities evidence review. Cardiff: Wales Centre for Public Policy; 2023 (<https://wcpp.org.uk/wp-content/uploads/2023/08/WCPP-REPORT-Loneliness-Inequalities-Evidence-Review.pdf>).
142. Kovacs B, Caplan N, Grob S, King M. Social networks and loneliness during the COVID-19 pandemic. *Socius*. 2021;7:2378023120985254 (<https://doi.org/10.1177/2378023120985254>).
143. Skalska K, Pajestka G. Digital or in-person: the relationship between mode of interpersonal communication during the COVID-19 pandemic and mental health in older adults from 27 countries. *J Fam Nurs*. 2021;27:275–84 (<https://doi.org/10.1177/10748407211031980>).
144. Teo RH, Cheng WH, Cheng LJ, Lau Y, Lau ST. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;107:104904 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>).
145. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD et al. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *Am Psychol*. 2022;77:660–77 (<https://doi.org/10.1037/amp0001005>).
146. Nguyen MH, Gruber J, Fuchs J, Marler W, Hunsaker A, Hargittai E. Changes in digital communication during the COVID-19 global pandemic: implications for digital inequality and future research. *Soc Media Soc*. 2020;6:2056305120948255 (<https://doi.org/10.1177/2056305120948255>).
147. Burnell K, George MJ, Underwood MK. New media and solitude: implications for peer relations. In: Coplan RJ, Bowker JC, Nelson LJ, editors. *The handbook of solitude. Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*. Second edition. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; 2021 (<https://download.e-bookshelf.de/download/0011/9471/94/L-G-0011947194-0054890595.pdf>).
148. Nelson LJ, Millett MA. Social withdrawal during emerging adulthood. In: Coplan RJ, Bowker JC, Nelson LJ, editors. *The handbook of solitude. Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; 2021 (<https://download.e-bookshelf.de/download/0011/9471/94/L-G-0011947194-0054890595.pdf>).
149. Rahmani M, Pumariega AJ, Prajapati P, Dalkilic A, Burakgazi-Yilmaz H, Unlu A. Anomie, loneliness, and psychopathology: results from the Study of Youth in Istanbul. *World Soc Psychiatry*. 2022;4:121–31 (https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_13_22).

150. Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, Cheadle JE. Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Soc Biol Inq*. 2013;83 (<https://doi.org/10.1111/soin.12018>).
151. Xerxa Y, Rescorla LA, Shanahan L, Tiemeier H, Copeland WE. Childhood loneliness as a specific risk factor for adult psychiatric disorders. *Psychol Med*. 2023;53:227–35 (<https://doi.org/10.1017/S0033291721001422>).
152. Landry J, Asokumar A, Crump C, Anisman H, Matheson K. Early life adverse experiences and loneliness among young adults: the mediating role of social processes. *Front Psychol*. 2022;13:968383 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.968383>).
153. Tzouvara V, Kupdere P, Wilson K, Matthews L, Simpson A, Foye U. Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: a scoping review of the literature. *Child Abuse Negl*. 2023;139:106092 (<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106092>).
154. Matthews T, Caspi A, Danese A, Fisher HL, Moffitt TE, Arseneault L. A longitudinal twin study of victimization and loneliness from childhood to young adulthood. *Dev Psychopathol*. 2022;34:367–77 (<https://doi.org/10.1017/S0954579420001005>).
155. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27:281–95 (<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>).
156. Raji NA, Liverpool S, Bannerman F, Fletcher KA. Experiences and outcomes of young carers living in low-and middle-income countries: a scoping review and narrative synthesis. *J Child Fam Stud*. 2025;34:83–94 (<https://doi.org/10.1007/s10826-024-02992-y>).
157. Campbell M. Loneliness, social anxiety and bullying victimization in young people: a literature review. *Psychol Educ*. 2013;50:1–10 (<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:141087537>).
158. Pavri S. Loneliness: the cause or consequence of peer victimization in children and youth. *Open Psychol J*. 2015;8 (<https://doi.org/10.2174/1874350101508010078>).
159. Igami K, Hosozawa M, Ikeda A, Bann D, Shimizu T, Iso H. Adolescent loneliness in 70 countries across Africa, America, and Asia: a comparison of prevalence and correlates. *J Adolesc Health*. 2023;72:906–13 (<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.12.029>).
160. Matthews T, Qualter P, Bryan BT, Caspi A, Danese A, Moffitt TE et al. The developmental course of loneliness in adolescence: implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning. *Dev Psychopathol*. 2023;35:537–46 (<https://doi.org/10.1017/S0954579421001632>).
161. Lodder GMA, Scholte RHJ, Goossens L, Verhagen M. Loneliness in early adolescence: friendship quantity, friendship quality, and dyadic processes. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46:709–20 (<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1070352>).
162. Hemberg J, Korzhina Y, Groundstroem H, Östman L, Nyström L, Nyman-Kurkiala P. Loneliness – two sides to the story: adolescents' lived experiences. *Int J Adolesc Youth*. 2021;26:41–56 (<https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1883075>).
163. Ragelienė T. Links of adolescents identity development and relationship with peers: a systematic literature review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:97–105 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27274745>).
164. Haskett ME, Stelter R, Proffitt K, Nice R. Parent emotional expressiveness and children's self-regulation: associations with abused children's school functioning. *Child Abuse Negl*. 2012;36:296–307 (<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.008>).
165. Burns A, Leavey G, O'Sullivan R. Associations between parental bonding, social isolation and loneliness: do associations persist in later life and is isolation a mediator between parental bonding and loneliness? *BMC Psychol*. 2022;10:152 (<https://doi.org/10.1186/s40359-022-00855-z>).
166. Yan J, Feng X, Schoppe-Sullivan SJ. Longitudinal associations between parent-child relationships in middle childhood and child-perceived loneliness. *J Fam Psychol*. 2018;32:841–7 (<https://doi.org/10.1037/fam0000446>).
167. Harding S, Morris R, Gunnell D, Ford T, Hollingworth W, Tilling K et al. Is teachers' mental health and wellbeing associated with students' mental health and wellbeing? *J Affect Disord*. 2019;242:180–7 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.080>).
168. Jefferson R, Barreto M, Jones F, Conway J, Chohan A, Madsen KR et al. Adolescent loneliness across the world and its relation to school climate, national culture and academic performance. *Br J Educ Psychol*. 2023;93:997–1016 (<https://doi.org/10.1111/bjep.12616>).
169. Thapa A, Cohen J, Guffey S, Higgins-D'Alessandro A. A review of school climate research. *Rev Educ Res*. 2013;83:357–85 (<https://doi.org/10.3102/0034654313483907>).
170. Hajek A, Kretzler B, König HH. Informal caregiving, loneliness and social isolation: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (<https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>).
171. Feagin JR, Feagin CB. *Discrimination American style: institutional racism and sexism*. Malabar (FL): Robert E. Krieger Publishing Company; 1986.
172. Hatzenbuehler ML. Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014;23:127–32 (<https://doi.org/10.1177/0963721414523775>).
173. Te Aka Matua o te Ture | Law Commission. A review of the protections in the Human Rights Act 1993 for people who are transgender, people who are non-binary and people with innate variations of sex characteristics. Wellington: New Zealand Government; 2023 (<https://www.lawcom.govt.nz/our-work/ia-tangata/tab/issues-paper>).



Capitolo 4

Impatto della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine

Listen to Maria's
full story here



“Quando mio marito è morto, anche i miei figli lo hanno seguito [...]. Quello che sto vivendo ora è pura sofferenza. Non mi è rimasto nulla.”

Maria Ondosila Mawero, donna anziana che vive a Kibera, un insediamento informale (Kenya)

© WHO

Messaggi chiave

La connessione sociale è un fattore ancora poco riconosciuto per la salute e il ben-essere della società; contribuisce a prevenire rischi significativi, a promuovere numerosi esiti positivi e può persino prolungare la durata della vita.

L'isolamento sociale e la solitudine, al contrario, hanno gravi effetti negativi sulla mortalità, sulla salute fisica e mentale e sono associati a molteplici questioni sociali ed economiche di rilievo, tra cui l'istruzione, l'occupazione, la crescita economica e l'innovazione.

Le nuove stime indicano che la solitudine potrebbe essere responsabile di circa 871.000 decessi ogni anno.

L'impatto economico di queste conseguenze, che si riflettono sull'intera società, è solo oggi oggetto di una piena comprensione, ma le stime suggeriscono costi rilevanti per datori di lavoro, sistemi sanitari e assistenziali e per gli individui stessi.

Relazioni sociali più solide rappresentano dunque una protezione fondamentale per la salute, la vita sociale e l'economia.

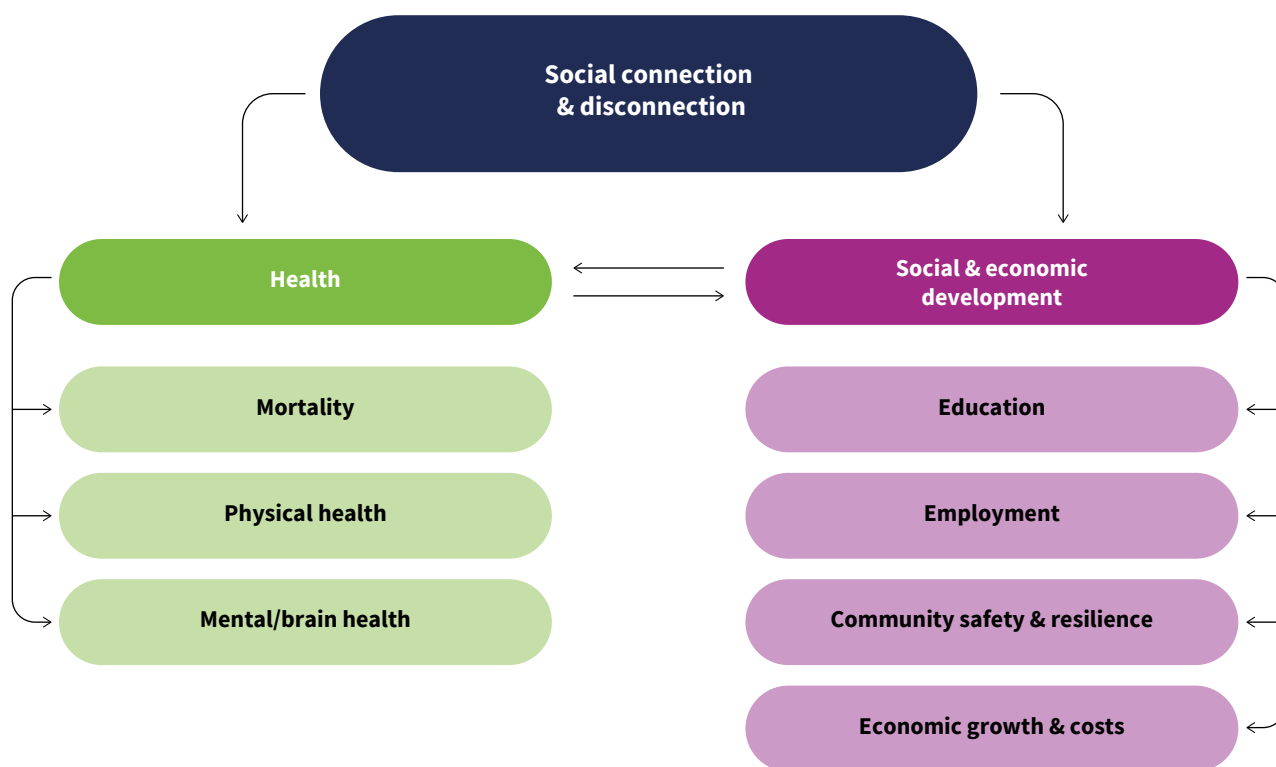
Questo capitolo illustra i molteplici effetti della connessione e della disconnessione sociale (ad esempio isolamento sociale e solitudine) sugli individui e sulla società. La sezione 4.1 descrive gli effetti significativi della disconnessione sociale sulla salute — in termini di mortalità, salute fisica e salute mentale o cerebrale — e sullo sviluppo sociale ed economico, comprendendo aspetti come istruzione, occupazione, crescita economica e costi. La sezione 4.2 approfondisce invece gli effetti protettivi della connessione sociale negli stessi ambiti: salute, società ed economia.

La disconnessione sociale ha gravi ripercussioni sulla salute e non solo. Fino a pochi decenni fa, questo fenomeno era in gran parte ignorato e, ancora oggi, i suoi effetti restano sottovalutati. La combinazione tra l'ampiezza del problema — che, come riportato nel Capitolo 2, riguarda quasi una persona su sei nel mondo — e la gravità delle sue conseguenze, descritte in questo capitolo, ne fa una priorità assoluta.

Negli ultimi decenni, un ampio corpus di ricerche condotte in numerose discipline ha messo in evidenza i benefici protettivi della connessione sociale e gli effetti negativi della disconnessione sociale sulla salute, sulla vita sociale e sull'economia (Fig. 13).

Fig. 13.

Impacts of social connection on various domains



4.1 Impatti della disconnessione sociale

Aumento del rischio di mortalità

Evidenze solide provenienti da diversi Paesi mostrano un legame significativo tra disconnessione sociale e aumento del rischio di mortalità, con una probabilità elevata che tale relazione sia di tipo causale (Riquadri 4 e 5). Si stima che, nel periodo 2014–2019, la sola solitudine sia stata responsabile di circa 871.000 decessi all'anno. Non sono ancora disponibili stime per altre forme di disconnessione sociale.

Box 4.
Causalità

Dimostrare che il legame tra disconnessione sociale e salute sia causale — e non semplicemente correlazionale o quindi spurio — è fondamentale per convincere i decisori politici e istituzionali ad agire (1). Tuttavia, è difficile dimostrare la causalità quando non è possibile condurre esperimenti controllati, come accade per il fumo, l'obesità o la connessione sociale. Dal punto di vista etico, i ricercatori non possono infatti sottoporre gruppi di persone ad anni di isolamento sociale per poi confrontarne le condizioni con quelle di individui che hanno continuato a vivere accanto a familiari e amici.

Per dimostrare la causalità è quindi necessario ricorrere a fonti di evidenza differenti. I criteri di Bradford Hill (2) sono linee guida ampiamente riconosciute e utilizzate per valutare diverse tipologie di evidenze, al fine di stabilire se esista un rapporto causale. Tali criteri comprendono: la forza dell'effetto (cioè un impatto maggiore rispetto a quello combinato di altri fattori influenti), la temporalità (l'effetto si verifica dopo la causa presunta), la relazione dose-risposta (livelli più elevati di disconnessione sociale sono associati a una maggiore mortalità) e l'esistenza di meccanismi causali plausibili (cioè un ragionevole meccanismo biologico d'azione; si veda il Riquadro 5).

Come afferma Bradford Hill, «se tutte queste linee guida risultano soddisfatte, vi sono buone ragioni per affermare che una relazione è causale e non spuria» (3). Quando tali criteri sono stati applicati al complesso delle evidenze sulle relazioni sociali e la salute, tutti i requisiti sono risultati soddisfatti (3). Pertanto, è probabile che il legame tra connessione sociale e salute sia di natura causale (3, 4).

Negli ultimi anni, i ricercatori hanno iniziato a utilizzare le analisi di randomizzazione mendeliana per individuare relazioni causali tra disconnessione sociale e salute (5–7). Questo metodo include nelle analisi la variazione genetica (ovvero le differenze naturali nel DNA tra individui, associate a determinati tratti). Poiché le varianti genetiche non sono influenzate da fattori ambientali o comportamentali, il loro utilizzo può contribuire a eliminare le variabili confondenti e a determinare effetti di tipo causale. Attraverso questo approccio, alcuni studi hanno evidenziato associazioni potenzialmente causali tra solitudine ed esiti di salute come depressione (6) e diabete (5). In uno studio recente, i dati genetici, comportamentali, di ospedalizzazione e di mortalità di un ampio campione di individui nel Regno Unito sono stati combinati per esaminare le associazioni tra solitudine e 26 patologie. Solo sei di esse sono risultate potenzialmente associate in modo causale alla solitudine: ipotiroidismo, asma, depressione, abuso di sostanze psicoattive, apnea del sonno e perdita dell'udito. Non sono invece emerse evidenze causali per le altre 20 malattie analizzate (ad esempio malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, obesità e malattie epatiche croniche) (7). Ulteriori ricerche basate su queste tecniche contribuiranno a migliorare la comprensione del nesso causale tra disconnessione sociale e salute.



Riquadro 5.**Vie causali e modalità attraverso cui la disconnessione sociale “penetra sotto la pelle”**

Tre vie causali: Sono stati individuati tre meccanismi interconnessi – o vie causali plausibili – che spiegano in che modo la disconnessione sociale “penetri sotto la pelle”, traducendosi in cambiamenti biologici potenzialmente responsabili di malattie e morte prematura (Fig. 14).

1.Via biologica. La disconnessione sociale può attivare una risposta biologica allo stress che influenza la biologia cellulare e molecolare dell’individuo, rendendolo più vulnerabile alle malattie. Lo stress cronico incide sui sistemi endocrino (ormoni dello stress), immunitario, metabolico e cardiovascolare e sulle interazioni del microbiota intestinale, con effetti negativi su diversi aspetti funzionali, come i livelli di cortisolo, la pressione sanguigna, il funzionamento del sistema immunitario e l’infiammazione. Quest’ultima sembra rappresentare una via particolarmente rilevante per molte malattie croniche. Altre conseguenze comprendono un rallentamento nella guarigione delle ferite e una riduzione dell’attività delle cellule “natural killer” (cellule deputate alla distruzione naturale di cellule malate, che proteggono da patologie come il cancro). Inoltre, lo stress legato alla disconnessione sociale può influenzare l’espressione genica (cioè l’attivazione o la disattivazione dei geni) nel tempo, causando lo sviluppo di malattie a lungo termine. Relazioni sociali più solide possono contribuire a regolare i sistemi biologici, offrendo una maggiore protezione dalle malattie.

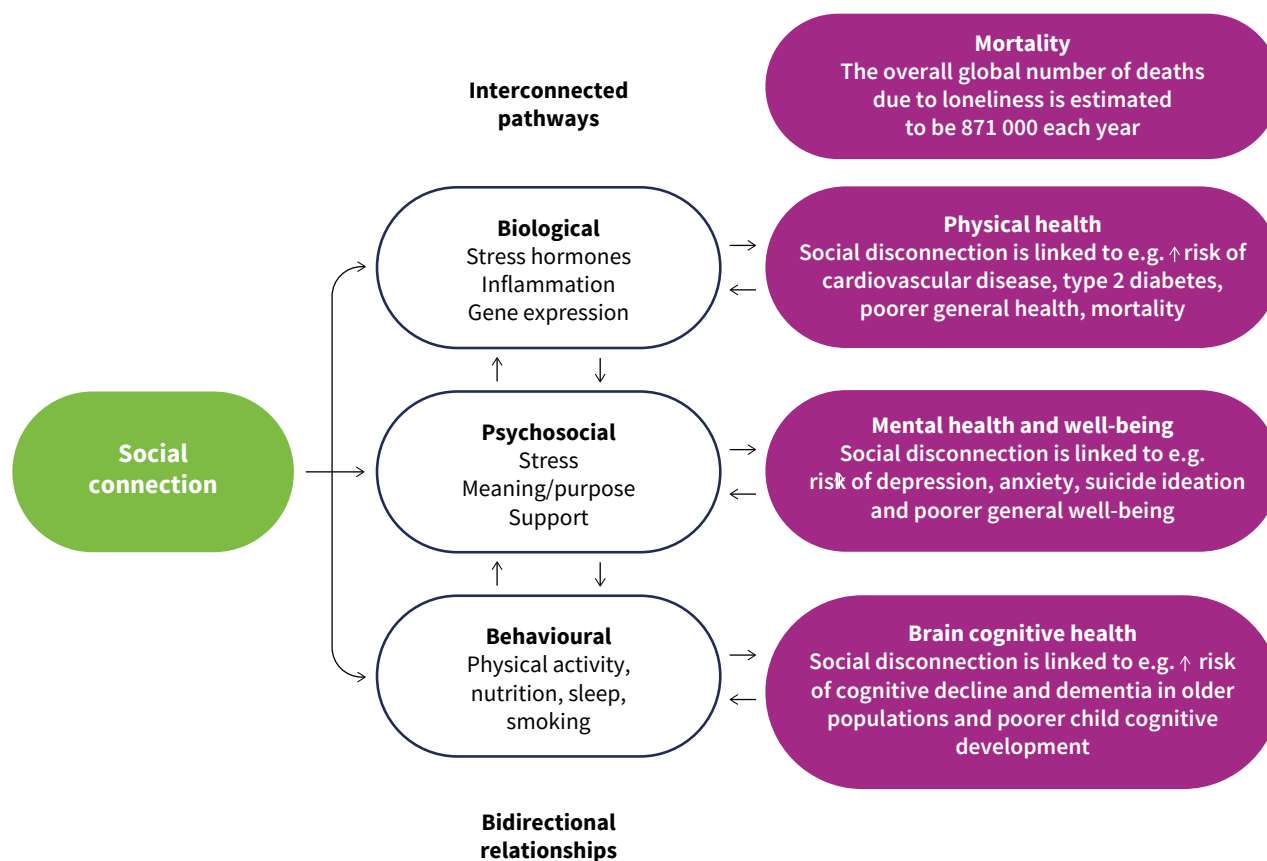
2.Via psicologica. L’aumento dello stress generato dalla disconnessione sociale può incrementare il rischio di depressione e ansia, che a loro volta favoriscono l’insorgenza e la progressione di malattie croniche. Al contrario, relazioni sociali più solide offrono maggiori opportunità di sostegno emotivo e pratico nella vita quotidiana, riducendo l’accumulo di stress nocivo. La connessione sociale fornisce inoltre significato, scopo e motivazione, elementi strettamente associati al ben-essere emotivo.

3.Via comportamentale. La disconnessione sociale può aumentare la probabilità di adottare comportamenti a rischio per la salute, come fumare, abusare di alcol, svolgere poca attività fisica o seguire una dieta inadeguata, tutti fattori che favoriscono le malattie croniche. Questi comportamenti possono essere adottati come strategie di coping per gestire lo stress derivante dalla disconnessione, oppure le malattie croniche possono risultare più probabili a causa del minore accesso ai consigli e al sostegno provenienti dalle reti sociali. La disconnessione sociale è stata inoltre associata a disturbi del sonno e a scarsa aderenza ai trattamenti, fattori anch’essi correlati a una salute peggiore. Relazioni sociali più forti offrono maggiori opportunità di ricevere sostegno e consigli utili per la salute, aumentando la probabilità di adottare comportamenti salutari. Anche i comportamenti delle persone che ci circondano rivestono un ruolo importante: nel tempo, gli individui tendono infatti ad assumere abitudini simili a quelle del proprio contesto sociale; per questo, legami sociali più solidi possono tanto promuovere comportamenti sani quanto, in alcuni casi, favorire quelli dannosi.



Fig. 14.

Three main causal pathways from social disconnection to health



Sources: US Surgeon-General (4), Holt-Lunstad et al. (8), Paul et al. (9), Teshale et al. (10), Almeida et al. (11), Freilich (12), Furman et al. (13)
Other structural elements may also impact social connection and disconnection, as well as wider health outcomes (Chapter 3).

Le evidenze che dimostrano un'associazione tra disconnessione sociale e mortalità sono solide, come mostrano anche ampi studi di popolazione condotti su lunghi periodi di osservazione e che hanno tenuto conto di altri possibili fattori di influenza (3). Recenti meta-analisi indicano che, tra gli adulti — per lo più anziani — la solitudine e l'isolamento sociale aumentano il rischio di mortalità per tutte le cause rispettivamente del 9–22% (14–17) e del 32–33% (17, 18). Una delle più recenti e complete meta-analisi ha rilevato che la solitudine incrementa il rischio di mortalità per tutte le cause del 14% (17). Un'altra ha mostrato che vivere da soli è associato a un rischio di mortalità per tutte le cause più elevato (aumento del 32%) rispetto all'isolamento sociale (29%) o alla solitudine (26%) (19). Poiché ciascuno di questi concetti — isolamento sociale, solitudine e vivere soli — esercita un effetto indipendente sulla mortalità, le strategie volte a contrastarne uno non sono necessariamente efficaci sugli altri.

La maggior parte delle ricerche che indagano il legame tra disconnessione sociale e mortalità è stata condotta in Paesi ad alto reddito, in Europa e Nord America. Una meta-analisi sulle associazioni tra isolamento sociale e rischio di mortalità ha evidenziato rischi simili nei Paesi ad alto reddito (27 studi), medio reddito (uno studio multicentrico) e basso reddito (uno studio multicentrico) (18).

Tuttavia, sono state riscontrate differenze regionali: il rischio di mortalità più elevato è stato osservato in Nord America (aumento del 41%, 14 studi), seguito dall'Europa (33%, 10 studi) e dall'Asia (20%, 5 studi) (18). Un altro studio multicentrico condotto su persone anziane ha mostrato un'associazione tra solitudine e rischio di mortalità nei Paesi dell'America Latina (aumento del 13%) e in Cina (58%), ma non in India (20). Un'ulteriore meta-analisi ha confermato la presenza di un legame coerente tra disconnessione sociale e mortalità in tutte le aree del mondo, anche se la maggior parte degli studi inclusi proveniva da Australia, Europa e Nord America (19). È possibile che differenze culturali nei modelli familiari, nei contesti comunitari e nelle norme sociali che regolano le relazioni interpersonali contribuiscano a spiegare le variazioni del rischio di mortalità associato alla disconnessione sociale (18) (si veda anche il Riquadro 6). A questi fattori si aggiungono le differenze nell'accesso ai sistemi sanitari e nei livelli delle politiche sociali, come quelle di sostegno al reddito o di assistenza a lungo termine, che possono mitigare gli effetti della mancanza di relazioni sociali. Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire tali variazioni e le loro cause. I legami tra disconnessione sociale e mortalità risultano coerenti anche tra i generi (19).

Riquadro 6. Cultura e relazione tra disconnessione sociale e salute

La cultura può influenzare in modo complesso la relazione tra disconnessione sociale e salute. A livello nazionale, ad esempio, i legami tra solitudine e ansia sociale o stress negli adolescenti e nei giovani adulti risultano più forti nei Paesi caratterizzati da culture individualiste e indulgenti rispetto a quelli con culture collettiviste e più moderate (21).

Negli adulti più anziani, le associazioni tra solitudine e minore soddisfazione di vita sono più marcate nei Paesi individualisti, mentre i legami tra solitudine e peggiori condizioni di salute fisica e cognitiva risultano più forti nei Paesi collettivisti (22).

Le relazioni tra disconnessione sociale e salute sono inoltre influenzate dalle diverse culture che coesistono all'interno di Paesi, aree geografiche e comunità, sebbene la ricerca a questi livelli sia ancora limitata. È probabile che differenze in norme, valori e pratiche culturali, così come nelle strategie di coping, contribuiscano alle variazioni osservate tra contesti culturali (22, 23). Anche fattori nazionali come la facilità di accesso ai servizi sanitari e la presenza di politiche sociali volte a mitigare gli effetti della disconnessione sociale — ad esempio misure di sostegno al reddito o politiche di assistenza a lungo termine — possono incidere su tali relazioni. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio l'influenza della cultura sulla connessione sociale.



Impatto sulla salute fisica

L'isolamento sociale e la solitudine sono associati a diverse condizioni di salute, tra cui le malattie cardiovascolari (CVD) e il diabete di tipo 2, oltre che a uno stato di salute fisica generale peggiore. Le evidenze più numerose riguardano l'impatto della solitudine e dell'isolamento sociale sul rischio di sviluppare malattie cardiovascolari in età adulta (10, 24–27). Ad esempio, una meta-analisi di 23 studi longitudinali condotti principalmente in Paesi ad alto reddito ha rilevato che la solitudine o l'isolamento sociale sono associati a un aumento del 29% del rischio di sviluppare cardiopatia coronarica e che l'isolamento sociale è correlato a un incremento del 32% del rischio di ictus (24). In una revisione aggiornata, solitudine e isolamento sociale sono risultati associati a un aumento del 16% del rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari (25). Gli studi suggeriscono inoltre un legame tra solitudine e alcuni fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, come l'ipertensione (10).

Sebbene le ricerche condotte siano ancora limitate, quelle disponibili suggeriscono che la disconnessione sociale sia associata a vari aspetti della salute fisica, riducendo la resistenza alle malattie e alle infezioni (28) e aumentando il rischio di peggiori condizioni generali di salute, come una minore funzionalità fisica, dolore corporeo o affaticamento (23), nonché di diabete di tipo 2 (5, 29–31). Ad esempio, in un ampio studio prospettico condotto su oltre 465.000 adulti in Danimarca, sentirsi soli “di tanto in tanto” è risultato associato a un rischio di diabete di tipo 2 superiore del 14% dopo sei anni di follow-up, mentre sentirsi soli “spesso” era collegato a un aumento del rischio del 24% (29). Sono stati inoltre riscontrati legami tra disconnessione sociale e maggiore utilizzo dei servizi sanitari — come visite di assistenza primaria, accessi al pronto soccorso e ricoveri ospedalieri — in particolare per quanto riguarda la solitudine (32–36). Tuttavia, alcuni studi suggeriscono un'associazione solo debole o nulla (33, 37), o addirittura una relazione inversa, con un minor utilizzo dei servizi sanitari (38). Le differenze nei risultati potrebbero dipendere dagli indicatori di disconnessione sociale utilizzati, dal tipo di servizio sanitario considerato o da differenze culturali (Riquadro 6).

È importante sottolineare che la relazione tra disconnessione sociale e salute fisica può essere bidirezionale. L'esperienza di una malattia cronica, le limitazioni dovute alla patologia (ad esempio problemi di mobilità o fragilità) o lo stigma legato a determinate condizioni di salute possono ridurre la capacità delle persone di mantenere relazioni sociali e contribuire così all'isolamento e ai sentimenti di solitudine (10, 39, 40), che a loro volta possono avere ulteriori effetti negativi sulla salute.

Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere le differenze tra diverse regioni del mondo e Paesi nell'intensità del legame tra disconnessione sociale e salute fisica. Una meta-analisi ha mostrato che le associazioni tra solitudine e salute fisica non differivano in modo significativo tra Asia (principalmente Cina), Europa e Nord America (23). Altri studi, tuttavia, evidenziano differenze geografiche: ad esempio, un'analisi che ha combinato dati provenienti da diversi studi longitudinali ha rilevato che l'isolamento sociale era associato a una minore capacità di svolgere le attività quotidiane di base (funzionalità) tra gli anziani in Asia, ma non nelle regioni occidentali (41). In un ulteriore ampio studio multicentrico, le associazioni tra isolamento sociale e rischio di alcune patologie (come ictus, cancro e polmonite) sono risultate più forti nei Paesi a basso reddito rispetto a quelli a reddito medio o alto (42).

Poiché le malattie tendono a manifestarsi più frequentemente nelle fasi avanzate della vita, i legami tra disconnessione sociale e peggiori condizioni di salute fisica possono risultare meno evidenti nei bambini e negli adolescenti. Tuttavia, la solitudine durante l'infanzia e l'adolescenza è stata associata a un aumento dei comportamenti a rischio — come il fumo, la ridotta attività fisica e una peggiore qualità del sonno — nonché a una percezione inferiore del proprio stato di salute generale (43–45). Inoltre, un isolamento sociale prolungato durante l'infanzia può aumentare il rischio di sviluppare problemi di salute in età adulta, come obesità, ipertensione e diabete (11), mentre la solitudine in adolescenza è stata collegata a una peggiore autopercezione della salute e alla presenza di fattori di rischio metabolici associati alle malattie cardiovascolari (CVD) in età adulta (46).

Le ricerche indicano anche differenze nelle associazioni tra disconnessione sociale cronica e transitoria e gli esiti di salute, evidenziando che le relazioni più forti si osservano nei casi di disconnessione cronica (Riquadro 7).

Riquadro 7. Impatto della disconnessione sociale cronica e transitoria

Molte persone sperimentano forme temporanee di disconnessione sociale — ossia situazioni di solitudine o isolamento sociale momentanei. Alcuni individui, tuttavia, vivono periodi più lunghi e stabili di disconnessione sociale che possono durare anni o addirittura decenni, configurandosi come solitudine o isolamento cronici, persistenti o cumulativi. Un numero crescente di studi longitudinali ha analizzato in che modo questi modelli di disconnessione sociale si relazionino con la salute. In generale, le ricerche che hanno indagato la solitudine indicano che le persone cronicamente sole tendono a presentare esiti di salute peggiori, tra cui maggiore mortalità per tutte le cause (47–49), insorgenza di malattie cardiovascolari (47), ridotta capacità funzionale (50), depressione (51, 52), declino cognitivo (53) e demenza (54, 55). L'associazione tra solitudine transitoria e peggiori esiti di salute appare invece meno chiara: alcuni studi hanno rilevato correlazioni significative (47, 48, 51, 55, 56), mentre altri non hanno osservato alcuna associazione (47, 50).

Sebbene la letteratura sull'impatto dell'isolamento sociale cronico e transitorio sia più limitata, emergono tendenze analoghe. Ad esempio, un ampio studio prospettico condotto nel Regno Unito ha evidenziato che l'isolamento sociale cronico comporta rischi più elevati di sviluppare malattie cardiovascolari, di mortalità cardiovascolare e di mortalità per tutte le cause rispetto ad altre forme di isolamento (come quello transitorio o episodico) (47).



Impatto sulla salute mentale e sul ben-essere

Solide evidenze collegano l'isolamento sociale, la solitudine e altre forme di disconnessione sociale a un aumento del rischio e della gravità di disturbi della salute mentale, tra cui depressione, ansia, psicosi, ideazione suicidaria e autolesionismo. La maggior parte delle ricerche si concentra sul legame tra solitudine e depressione (23, 57–61). Sono state inoltre rilevate associazioni tra solitudine e minore ben-essere (23, 62). La relazione tra disconnessione sociale e cattiva salute mentale può essere bidirezionale (6, 63): condizioni come la depressione possono compromettere il funzionamento sociale, riducendo la capacità di una persona di connettersi con gli altri e peggiorando la qualità delle relazioni (64).

I risultati di recenti meta-analisi sugli studi riguardanti la solitudine suggeriscono che essa abbia un forte impatto su depressione, ansia e ben-essere, e un effetto sulla tendenza suicidaria che varia da lieve a significativo, a seconda dello studio. Ad esempio, gli adulti che si sentono soli di frequente presentano un rischio più che doppio di sviluppare una nuova forma di depressione rispetto a coloro che non provano spesso solitudine (58), mentre negli anziani la solitudine può più che raddoppiare il rischio di ideazione suicidaria (65).

Una revisione generale (umbrella review) di 53 revisioni sistematiche e meta-analisi (la maggior parte condotte in Paesi ad alto reddito) ha individuato associazioni tra diverse dimensioni delle relazioni sociali — tra cui isolamento sociale, solitudine e livelli di sostegno sociale — e l'insorgenza o la gravità di varie condizioni di salute mentale, tra cui depressione, disturbo bipolare, ansia, psicosi, disturbo post-traumatico da stress e disturbi alimentari. La depressione e la psicosi sono risultate le condizioni più frequentemente analizzate, alcune revisioni sistematiche hanno riguardato i disturbi alimentari e il disturbo post-traumatico da stress, mentre solo quattro hanno affrontato il tema dell'ansia (57).

La relazione tra disconnessione sociale e salute mentale può variare a seconda della regione del mondo o del Paese, come nel caso del ben-essere (24) e dell'ideazione suicidaria (65). L'intensità dell'associazione tra disconnessione sociale e salute mentale può inoltre essere maggiore nelle persone con disabilità rispetto a quelle senza disabilità (66).

Sebbene la maggior parte delle ricerche sia stata condotta su popolazioni adulte, sono stati riscontrati forti legami tra disconnessione sociale e peggior salute mentale anche tra bambini e adolescenti, in particolare per quanto riguarda depressione e ansia (11, 67, 68). Inoltre, i sentimenti di solitudine durante l'adolescenza sono stati associati a una minore soddisfazione per la vita (69) e a un peggior livello di ben-essere (70). La solitudine sperimentata durante l'infanzia rappresenta un fattore di rischio specifico per lo sviluppo della depressione nell'adolescenza (71).

Impatto sulla salute cerebrale

Molte revisioni e meta-analisi hanno concluso che, nelle popolazioni anziane, le diverse misure di disconnessione sociale sono associate al declino cognitivo (72–81). Ad esempio, la solitudine è stata associata a un aumento del 14% della probabilità di sviluppare un lieve decadimento cognitivo (78), mentre relazioni sociali di scarsa qualità sembrano aumentare la probabilità di declino cognitivo del 12–15% (77, 81).

Sono state inoltre riscontrate associazioni tra diverse misure di disconnessione sociale e demenza, inclusa la malattia di Alzheimer (73, 74, 82–88).

Le meta-analisi suggeriscono varie correlazioni:

- la solitudine può aumentare il rischio di demenza dal 23% al 58% (83, 85–88) e quello di malattia di Alzheimer del 72% (83);
- l'isolamento sociale può aumentare del 22% il rischio di sviluppare un grave disturbo neurocognitivo (80); inoltre, l'eliminazione dell'isolamento sociale come fattore di rischio in età avanzata potrebbe ridurre del 5% la prevalenza della demenza (89);
- reti sociali povere e scarso sostegno sociale possono aumentare il rischio di demenza rispettivamente del 59% e del 28% (90).

•

Sebbene la maggior parte delle meta-analisi abbia evidenziato associazioni significative tra disconnessione sociale, declino cognitivo e demenza, alcune non hanno riscontrato correlazioni statisticamente rilevanti per determinati esiti (83, 87, 90). Il rischio di peggioramento della salute cognitiva sembra essere più elevato tra gli uomini (78) e minore negli studi condotti in Asia rispetto a quelli realizzati in Europa e negli Stati Uniti (78, 83).

Benché la maggior parte delle ricerche si concentri sugli adulti, in particolare sugli anziani, la disconnessione sociale può avere effetti rilevanti sulla salute cognitiva anche nella prima infanzia (91). Una maggiore partecipazione sociale — come la sensibilità materna, le interazioni madre-bambino e il sostegno emotivo — risulta associata a livelli cognitivi più alti nei primi anni di vita (92). Al contrario, i bambini socialmente isolati presentano quozienti intellettivi inferiori rispetto ai coetanei non isolati (11), con potenziali ricadute sui successivi risultati scolastici (sezione 4.2).

I legami tra disconnessione sociale e salute cognitiva sembrano essere bidirezionali: una salute cognitiva compromessa può infatti contribuire all'isolamento sociale e alla solitudine. Il declino cognitivo può scoraggiare o limitare la partecipazione sociale, mentre lo stigma associato ai sintomi della demenza può costituire una barriera alle interazioni sociali (72, 93).

Riflessioni da esperienze vissute: impatti della disconnessione sociale

Meryl

Attivista per l'accessibilità nei
luoghi di lavoro (USA)

“Sono nata profondamente sorda. Non ho mai imparato la lingua dei segni americana. Leggo le labbra e parlo. Non appartengo né alla comunità delle persone sorde né a quella delle persone udenti. Per tutta la vita non ho mai avuto un gruppo di amiche con cui fare viaggi o condividere momenti insieme. Sono fortunata ad avere un coniuge come compagno di vita, ma non basta. Ho sofferto di depressione per tutta la vita a causa dell'isolamento e dell'esclusione.”

Abulogn

Rifugiato a Nairobi
(Kenya)

“L'isolamento sociale e la solitudine hanno avuto un impatto sia sulla mia vita sia sulla mia comunità di rifugiati a Nairobi, in Kenya. La mancanza di sostegno sociale ha generato stress, rendendo più difficile affrontare le sfide quotidiane e riducendo complessivamente il mio benessere. All'interno della comunità, l'isolamento sociale e la solitudine diffusi hanno indebolito la coesione e la fiducia tra i membri, creando un senso di frammentazione e ostacolando gli sforzi collettivi per migliorare le condizioni di vita e rivendicare i propri diritti, riducendo la resilienza complessiva della comunità e la sua capacità di sostenere i propri membri.”

Nim

Professionista della
narrazione (Australia)

“L'impatto dell'isolamento sociale e della solitudine sulla mia vita è stato significativo. Sono diventato più vulnerabile alle malattie, mi sono allontanato dalle attività che amavo e ho sviluppato un rapporto malsano con il lavoro, intrecciando la mia identità con la mia professione. La mia cerchia sociale si è ristretta drasticamente man mano che mi isolavo dalle persone care.”

Julio

Uomo anziano gay
(Costa Rica)

“Mi sento bloccato e provo una profonda solitudine, come se non mi restasse più nulla per cui valga la pena continuare a vivere. Per questo è importante socializzare: ho capito che quando le persone si conoscono, si crea tra loro un forte legame di unità e sostegno reciproco.”

Impatto sullo sviluppo sociale ed economico

Gli effetti della disconnessione sociale vanno oltre la sfera della salute, incidendo su diversi aspetti dello sviluppo sociale ed economico — tra cui istruzione, occupazione ed economia — e generando un onere finanziario per le società. I livelli di connessione e disconnessione sociale possono inoltre essere associati a esiti sociali più ampi, come il sostegno all'estremismo (94, 95), sebbene l'analisi di tali questioni esuli dall'ambito di questo rapporto. Finora, le evidenze relative all'impatto della disconnessione sociale sullo sviluppo sociale ed economico risultano più limitate rispetto a quelle riguardanti la salute e provengono per lo più da Paesi ad alto reddito.

Impatti sull'istruzione

Alcune dimensioni della disconnessione sociale, come la solitudine, possono incidere negativamente sul percorso educativo. Un'indagine condotta su oltre 518.000 quindicenni in 75 Paesi ha rilevato che la solitudine è associata a risultati scolastici peggiori (96). Allo stesso modo, nel Regno Unito, uno studio longitudinale sullo sviluppo di oltre 2000 gemelli ha mostrato che, a 18 anni, la solitudine era associata a una probabilità superiore del 22% di conseguire titoli di studio più bassi (43). Inoltre, le persone che avevano riferito di sentirsi sole a 12 e a 18 anni (cioè di sperimentare una solitudine ricorrente) risultavano maggiormente esposte al rischio di livelli di istruzione inferiori (97). La solitudine può incidere sull'apprendimento riducendo negli adolescenti la fiducia nelle proprie capacità e il senso di autostima, oppure compromettendo la qualità del sonno (45, 96, 97), elemento essenziale per il corretto funzionamento cognitivo (98).

Impatti sull'occupazione

La solitudine influisce anche sugli esiti lavorativi e sui livelli di reddito. Nel Regno Unito, ad esempio, chi si sentiva solo durante la prima adolescenza risultava, in età adulta, più incline a trovarsi fuori dai percorsi di istruzione, lavoro o formazione, a ottenere punteggi di occupabilità più bassi (basati sul livello di istruzione, sulla storia lavorativa e sulla percezione delle proprie competenze) e a percepire un più basso status sociale (99).

Nella popolazione in età lavorativa, la solitudine è stata associata a una maggiore probabilità di disoccupazione successiva, con effetti più marcati tra chi sperimenta solitudine cronica rispetto a quella transitoria (100). Tale relazione appare probabilmente bidirezionale: la solitudine può aumentare il rischio di disoccupazione, ma la disoccupazione stessa può accrescere la solitudine (100, 101). Nel contesto lavorativo, la solitudine è stata collegata a una minore produttività, a una ridotta soddisfazione professionale e a una maggiore incidenza di burnout (102). Anche gli effetti di lungo periodo sul reddito risultano significativi: in Norvegia, uno studio su oltre 3000 adolescenti ha rilevato che chi riportava sentimenti di solitudine era più esposto, in età adulta, al rischio di un reddito inferiore, probabilmente a causa di difficoltà nel costruire reti professionali capaci di favorire percorsi di carriera più solidi (103).

Impatti sull'economia

Povertà: la disconnessione sociale rappresenta un fattore cruciale, ma spesso trascurato, per comprendere la povertà, di cui costituisce una componente essenziale (104–106). Ad esempio, uno studio sulle relazioni tra isolamento sociale e povertà multidimensionale condotto in Mozambico e Sudafrica, tra le popolazioni indigene del Canada e tra le persone con disabilità, ha mostrato che l'isolamento sociale aggrava le condizioni di chi vive in povertà (107). Per spiegare questo legame sono stati proposti i concetti di “risorse carenti” e di “ritiro sociale”. Le risorse carenti delle persone più povere (ovvero la mancanza di mezzi e opportunità) le portano a rinunciare a occasioni che potrebbero essere utilizzate per mantenere o creare nuovi legami sociali — ad esempio abitazioni troppo piccole per ospitare persone o la necessità di svolgere più lavori, lasciando poco tempo per socializzare. Il ritiro sociale, invece, è il risultato dell'ansia, della vergogna e dello stigma che possono sorgere dal confronto con chi si trova in una posizione sociale migliore (108).

Costo economico dell'isolamento sociale e della solitudine: il costo economico della disconnessione sociale può essere molto elevato (Fig. 15). In Spagna, ad esempio, nel 2021 il costo stimato della solitudine è stato di 14 miliardi di euro — includendo le spese sanitarie, le perdite di produttività e quelle legate al ben-essere — pari all'1,17% del prodotto interno lordo nazionale (109). Questi costi elevati dimostrano l'importanza fondamentale di interventi volti a costruire e sostenere connessioni sociali sane all'interno della società.

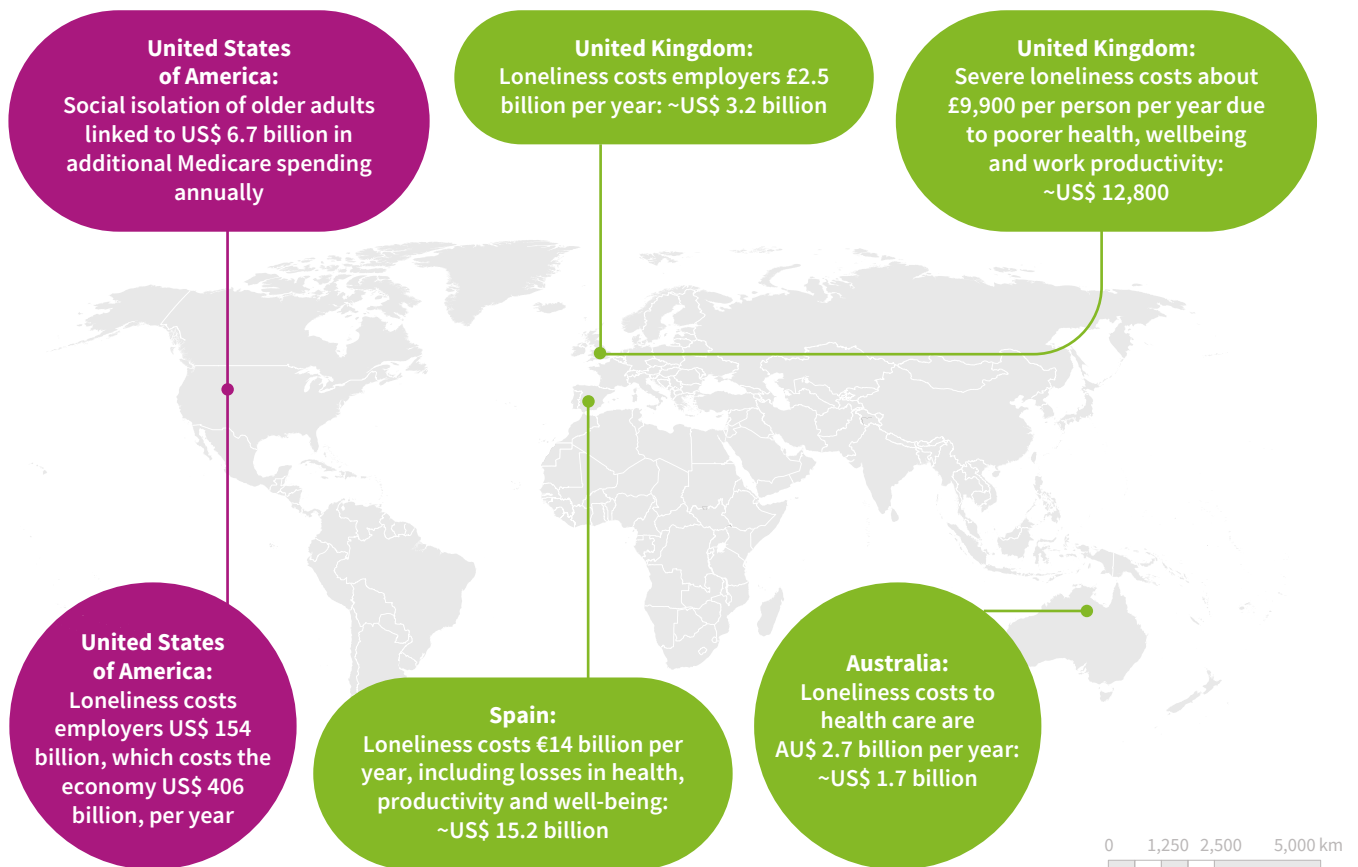
I costi possono includere quelli a carico di:

- l'intera società, come la riduzione della partecipazione alla forza lavoro dovuta a mortalità prematura;
- i datori di lavoro, come i costi legati a una minore produttività, all'assenteismo e all'aumento del turnover del personale a causa di una minore soddisfazione lavorativa. Ad esempio, nel Regno Unito la solitudine costa ai datori di lavoro l'equivalente di 3,2 miliardi di dollari l'anno (110);
- i sistemi sanitari e assistenziali, attraverso costi legati a visite mediche, ricoveri ospedalieri, trattamenti o assistenza — formale e informale — per patologie croniche. Negli Stati Uniti, ad esempio, l'isolamento sociale è associato a un costo aggiuntivo di 6,7 miliardi di dollari l'anno per il programma Medicare (assicurazione sanitaria federale per persone di età superiore ai 65 anni o per soggetti più giovani con determinate malattie o disabilità) (111);
- gli individui, che subiscono una riduzione dei guadagni e un peggioramento della qualità della vita legato a condizioni di salute croniche.

Gli esempi riportati nella Fig. 15 illustrano alcune stime dei costi economici dell'isolamento sociale e/o della solitudine. Sebbene riguardino solo pochi Paesi ad alto reddito, evidenziano chiaramente l'impatto economico significativo che questi fenomeni esercitano sulle economie nazionali.

Fig. 15.

Examples of findings of the economic costs of social isolation and loneliness



Note: As different methods were used for measurement, the costs presented are not comparable.

Sources: Rodriguez et al. (109), Jeffrey et al. (110), Flowers et al. (111), Bowers et al. (112), Blake (113), The Cigna Group (114), Peytrignet et al. (115). Equivalent costs in US\$ are based on the exchange rates in March 2025.

Una revisione degli studi sui costi economici dell'isolamento sociale e della solitudine ha incluso quattro analisi del costo della malattia, condotte in Portogallo, nel Regno Unito e negli Stati Uniti (116). Mentre la maggior parte degli studi ha riportato costi sanitari aggiuntivi, uno studio statunitense ha rilevato un aumento delle spese Medicare per beneficiario in relazione all'isolamento sociale e, al contrario, una riduzione dei costi sanitari per la solitudine, suggerendo che quest'ultima potrebbe costituire una barriera all'accesso ai servizi sanitari. Gli studi si sono concentrati prevalentemente su popolazioni anziane, hanno adottato metodi e strumenti di misurazione differenti e non hanno considerato le perdite di produttività, evidenziando così lacune di ricerca che meritano di essere approfondite (116).

4.2 Effetti protettivi della connessione sociale

Impatti sulla salute

La connessione sociale può offrire una protezione significativa sia contro la mortalità sia contro la morbidità. Ad esempio, avere legami sociali più solidi — in termini funzionali e/o strutturali — aumenta del 50% la probabilità di sopravvivenza in un periodo medio di 7,5 anni (117). Inoltre, tra le persone anziane, una rete sociale più ampia è stata associata a una riduzione del rischio di mortalità del 4% (16).

Per quanto riguarda la morbidità, diverse dimensioni della connessione sociale — come il sostegno sociale e l'integrazione sociale — risultano significativamente correlate a livelli inferiori di infiammazione (118), che svolge un ruolo rilevante nell'insorgenza di molte condizioni di salute fisica (si veda il Riquadro 5). Legami sociali più forti sono stati inoltre associati a una migliore salute fisica, mentale e cognitiva, nonché a maggior ben-essere e qualità della vita. Alcuni esempi:

- Il livello di sostegno sociale di una persona può influenzare sia l'incidenza sia la prognosi delle malattie coronariche e dell'ictus (10, 119–122). Tra le persone con patologie croniche, il sostegno sociale è generalmente associato a esiti di salute migliori e a una qualità della vita più elevata (123–126).
- Il sostegno sociale può proteggere dalla depressione (127) e dal rischio suicidario (60, 65); reti sociali più solide, in termini sia qualitativi sia quantitativi, sono associate a una salute mentale e a un ben-essere migliori (82, 128). Il sostegno sociale può inoltre ridurre il ricorso ai servizi di salute mentale in seguito a eventi di vita negativi, attenuando gli effetti dello stress (129).
- L'impegno sociale, la partecipazione sociale e il sostegno sociale sono stati tutti associati a un minor rischio di declino cognitivo o a livelli più elevati di funzionamento cognitivo (130–133). Sebbene la maggior parte delle ricerche si concentri su popolazioni di mezza età o anziane, associazioni tra sostegno sociale e capacità cognitive sono state osservate anche in campioni che includevano adulti giovani e bambini (133).
- Due indicatori di connessione sociale — un forte coinvolgimento sociale e contatti sociali frequenti — sono stati associati rispettivamente a una riduzione del rischio di demenza del 19% e del 14% (87). L'associazione tra sostegno sociale e demenza risulta invece meno conclusiva: alcuni studi evidenziano un effetto protettivo (132), mentre una meta-analisi non ha rilevato una riduzione statisticamente significativa del rischio (87).

Livelli più elevati di capitale sociale, misurati a livello individuale o collettivo, sono stati inoltre collegati a migliori esiti di salute, sia fisica sia mentale, e a una maggiore protezione dalla mortalità (134–136). Ad esempio, negli Stati Uniti, un aumento del 10% del livello di fiducia sociale è stato associato a una riduzione complessiva della mortalità dell'8% (137).

Tuttavia, le relazioni tra capitale sociale e salute non sono lineari: alcuni studi non hanno riscontrato associazioni significative o le hanno rilevate solo per determinati indicatori di capitale sociale (134, 138). Inoltre, tali relazioni possono dipendere da fattori individuali: in Giappone, ad esempio, il legame tra capitale sociale e capacità funzionale varia in base al genere e alle caratteristiche psicosociali personali (139). Il capitale sociale può avere anche conseguenze negative per la salute. Alcuni comportamenti possono infatti diffondersi attraverso le reti sociali per effetto dell'influenza tra pari e del meccanismo di imitazione, noto come "contagio sociale". Questo processo può riguardare tanto comportamenti salutari (es. scelte alimentari corrette, attività fisica) quanto comportamenti nocivi per la salute (es. consumo rischioso di alcol o droghe, abitudini alimentari non salutari) (140).

Impatti sullo sviluppo sociale ed economico

Istruzione: le connessioni sociali possono avere effetti positivi sull'istruzione. Una meta-analisi di 51 studi condotti su giovani di età compresa tra 12 e 17 anni ha evidenziato che la presenza di sostegno sociale aumenta del 42% la probabilità di ottenere esiti educativi positivi — come migliori risultati scolastici, una media dei voti più alta e un maggiore impegno nello studio (141).

Sicurezza delle comunità: le comunità caratterizzate da livelli più elevati di capitale sociale registrano in genere tassi inferiori di criminalità violenta (142–145). Ciò può dipendere da una maggiore partecipazione sociale all'interno di comunità coese e da una più forte capacità di promuovere azioni collettive, come il controllo informale dei quartieri (144, 146–149). Relazioni comunitarie positive e un solido senso di appartenenza possono agire da fattore protettivo rispetto a criminalità organizzata e violenza (150).

Resilienza ai disastri naturali: il capitale sociale rappresenta un fattore chiave per rafforzare la resilienza delle comunità di fronte a disastri naturali — come inondazioni, terremoti, uragani e incendi — la cui frequenza è in aumento a causa del cambiamento climatico (151–156). Dimensioni del capitale sociale come la fiducia e la solidità delle reti relazionali possono favorire il recupero post-disastro, incoraggiare la collaborazione e consentire una più rapida mobilitazione di risorse, informazioni e aiuti (157).

Partecipazione civica e governance locale: il capitale sociale è stato associato a un aumento della partecipazione civica e dell'impegno nella vita politica locale. Aspetti come le reti sociali di quartiere, il coinvolgimento in associazioni, la fiducia e la reciprocità favoriscono una maggiore propensione dei residenti ad avviare azioni collettive informali per affrontare problemi pubblici a livello locale e una più ampia partecipazione ai processi politici formali (158). Sebbene la maggior parte degli studi su questa associazione provenga da Paesi ad alto reddito (159–162), stanno emergendo evidenze anche da contesti a basso e medio reddito. Ad esempio, uno studio condotto a Pechino, in Cina, ha rilevato che il capitale sociale di quartiere — definito in termini di legami sociali, sostegno reciproco e norme condivise basate sulla fiducia — è associato a una maggiore partecipazione alle elezioni locali (158). **Crescita economica e innovazione:** il capitale sociale è considerato un fattore in grado di generare numerosi vantaggi economici. Per gli individui, esso può influenzare le opportunità di impiego, poiché le connessioni con gruppi socio-economici più elevati favoriscono la mobilità economica ascendente (163).

Il capitale sociale rafforza inoltre la capacità delle comunità di affrontare la povertà e la vulnerabilità, consentendo loro di cogliere nuove opportunità (164). Riduce i costi di transazione, la corruzione, l'esclusione sociale e le spese derivanti da conflitti e violenze (146). Favorisce la condivisione e la diffusione delle conoscenze, aumentando la trasparenza e la responsabilità delle politiche economiche grazie a un migliore accesso delle imprese e dei cittadini alle informazioni. Inoltre, rafforza la cooperazione tra settore pubblico e privato (165).

Negli ultimi trent'anni, numerosi studi empirici hanno evidenziato un'associazione tra capitale sociale, crescita economica e innovazione (146, 166–175). Tuttavia, diversi studi recenti di ampia portata condotti in più Paesi suggeriscono che tale relazione non sia sempre così lineare o forte come si è soliti ritenere. In alcuni casi, essa appare bidirezionale (176) o dipendente dal raggiungimento preliminare di un determinato livello di capitale sociale (165). Potrebbe inoltre valere solo per alcune forme di capitale sociale — in particolare quello di bridging (che collega gruppi diversi) piuttosto che di bonding (che rafforza i legami all'interno di uno stesso gruppo) (170) — o risultare meno marcata se si tiene conto del publication bias (ovvero la tendenza a non pubblicare gli studi che non trovano effetti significativi) (177). La mancanza di risultati coerenti può essere dovuta, almeno in parte, all'assenza di un consenso condiviso sulle definizioni e sulle misure standard del capitale sociale. Sono pertanto necessarie ulteriori ricerche per chiarire e distinguere meglio i diversi aspetti del concetto.



Direzioni future della ricerca

- Ulteriori studi, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito, dovrebbero essere condotti per determinare con maggiore precisione le stime globali della mortalità dovuta all'isolamento sociale e della morbidità associata all'isolamento sociale e alla solitudine.
- Sebbene vi siano già solide evidenze che la relazione tra connessione sociale e salute sia di tipo causale, ulteriori ricerche basate su campioni rappresentativi della popolazione e sull'impiego di tecniche innovative per esplorare la causalità (ad esempio la randomizzazione mendeliana) contribuirebbero a rafforzare tali evidenze.
- Dovrebbero essere prodotte maggiori evidenze sui percorsi causali proposti tra disconnessione sociale ed esiti negativi sulla salute, includendo ulteriori ricerche che distinguano tra disconnessione sociale cronica e transitoria.
- Ulteriori studi dovrebbero approfondire i legami tra disconnessione sociale e aspetti più ampi della salute fisica, come la resistenza alle malattie e alle infezioni.
- Sono necessarie ulteriori ricerche sulle relazioni tra disconnessione sociale, mortalità e salute nei Paesi a basso e medio reddito, nonché sulle differenze tra regioni geografiche.
- Dovrebbero essere condotti ulteriori studi per analizzare le differenze nella forza della relazione e nei percorsi causali tra disconnessione sociale e salute nelle diverse culture.
- Studi approfonditi — in particolare nei Paesi a basso e medio reddito — sull'intera gamma dei costi economici della disconnessione sociale (per datori di lavoro, sistemi sanitari e di assistenza, individui) dovrebbero essere realizzati con urgenza, al fine di rafforzare le motivazioni per un investimento concreto nell'affrontare questo problema.

Conclusioni

Questo capitolo evidenzia come la connessione sociale eserciti effetti positivi significativi, mentre la disconnessione sociale produca gravi conseguenze negative sulla mortalità, sulla salute e su altri ambiti fondamentali dello sviluppo sociale ed economico. Le relazioni con la mortalità sono ormai ben documentate: le nuove stime indicano che circa 871.000 decessi all'anno sono attribuibili alla solitudine. La disconnessione sociale comporta inoltre serie ripercussioni sulla salute fisica e mentale. Sebbene le ricerche siano meno numerose, emergono associazioni anche tra connessione sociale, isolamento e solitudine e variabili quali i risultati scolastici e occupazionali, la salute delle comunità, la crescita economica e l'innovazione. I costi economici per le società, derivanti dall'ampio spettro di impatti negativi, sono ingenti, anche se finora stimati solo in un numero limitato di Paesi. Tutto ciò sottolinea l'urgenza di agire per costruire e mantenere connessioni sociali sane e durature all'interno della società.

Riferimenti bibliografici

1. Howick J, Kelly P, Kelly M. Establishing a causal link between social relationships and health using the Bradford Hill guidelines. *SSM Popul Health*. 2019;8:100402 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100402>).
2. Hill AB. The environment and disease: Association or causation? *Proc R Soc Med*. 1965;58(5):295–300 (<https://doi.org/10.1177/003591576505800503>).
3. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges and future implications. *World Psychiatry*. 2024;23:1–21 (<https://doi.org/10.1002/wps.21224>).
4. Our epidemic of loneliness and isolation. The US Surgeon General's advisory on the healing effects of social connection and community. Washington, DC: Office of the US Surgeon General; 2023 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>).
5. Song Y, Zhu C, Shi B, Song C, Cui K, Chang Zg et al. Social isolation, loneliness, and incident type 2 diabetes mellitus: results from two large prospective cohorts in Europe and East Asia and Mendelian randomization. *eClinicalMedicine*. 2023;64 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102236>).
6. Sbarra DA, Ramadan FA, Choi KW, Treur JL, Levey DF, Wootton RE et al. Loneliness and depression: bidirectional mendelian randomization analyses using data from three large genome-wide association studies. *Mol Psychiatry*. 2023;28(11):4594–601 (<https://doi.org/10.1038/s41380-023-02259-w>).
7. Liang YY, Zhou M, He Y, Zhang W, Wu Q, Luo T et al. Observational and genetic evidence disagree on the association between loneliness and risk of multiple diseases. *Nat Hum Behav*. 2024;8(11):2209–2 (<https://doi.org/10.1038/s41562-024-01970-0>).
8. Holt-Lunstad J. The major health implications of social connection. *Curr Dir Psychol Sci*. 2021;30(3):251–9 (<https://doi.org/10.1177/0963721421999630>).
9. Paul E, Bu F, Fancourt D. Loneliness and risk for cardiovascular disease: mechanisms and future directions. *Curr Cardiol Rep*. 2021;23(6):68 (<https://doi.org/10.1007/s11886-021-01495-2>).
10. Teshale AB, Htun HL, Hu J, Dalli LL, Lim MH, Neves BB et al. The relationship between social isolation, social support, and loneliness with cardiovascular disease and shared risk factors: a narrative review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;111:105008 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105008>).
11. Almeida ILL, Rego JF, Teixeira ACG, Moreira MR. Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2021;40:e2020385 (<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020385>).
12. Freilich CD. How does loneliness “get under the skin” to become biologically embedded? *Biodemography Soc Biol*. 2023;68(4):115–48 (<https://doi.org/10.1080/19485565.2023.2260742>).
13. Furman D, Campisi J, Verdin E, Carrera-Bastos P, Targ S, Franceschi C et al. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat Med*. 2019;25(12):1822–32 (<https://doi.org/10.1038/s41591-019-0675-0>).
14. Zhou X, Yang F, Gao Y. A meta-analysis of the association between loneliness and all-cause mortality in older adults. *Psychiatry Res*. 2023;328:115430 (<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115430>).

15. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martin-Maria N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190033 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>).
16. Schutter N, Holwerda TJ, Comijs HC, Stek ML, Peen J, Dekker JJM. Loneliness, social network size and mortality in older adults: a meta-analysis. *Eur J Ageing*. 2022;19(4):1057–76 (<https://doi.org/10.1007/s10433-022-00740-z>).
17. Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav*. 2023;7(8):1307–19 (<https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>).
18. Naito R, McKee M, Leong D, Bangdiwala S, Rangarajan S, Islam S et al. Social isolation as a risk factor for all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS One*. 2023;18(1):e0280308 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280308>).
19. Holt-Lunstad J, Smith T, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:227–37 (<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>).
20. Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M et al. Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality. *Int J Public Health*. 2021;66:604449 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>).
21. Wang JA, Wang HF, Cao B, Lei X, Long C. Cultural dimensions moderate the association between loneliness and mental health during adolescence and younger adulthood: a systematic review and meta-analysis. *J Youth Adolesc*. 2024;53(8):1774–1819 (<https://doi.org/10.1007/s10964-024-01977-w>).
22. Beller J, Wagner A. Loneliness and health: the moderating effect of cross-cultural individualism/collectivism. *J Aging Health*. 2020;32(10):1516–27 (<https://doi.org/10.1177/0898264320943336>).
23. Park C, Majeed A, Gill H, Tamura J, Ho RC, Mansur RB et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;294:113514 (<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>).
24. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009–16 (<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>).
25. Albasheer O, Abdelwahab SI, Zaino MR, Altraifi AAA, Hakami N, El-Amin EI et al. The impact of social isolation and loneliness on cardiovascular disease risk factors: a systematic review, meta-analysis, and bibliometric investigation. *Sci Rep*. 2024;14(1):12871 (<https://doi.org/10.1038/s41598-024-63528-4>).
26. Gronewold J, Engels M, van de Velde S, Cudjoe TKM, Duman EE, Jokisch M et al. Effects of life events and social isolation on stroke and coronary heart disease. *Stroke*. 2021;52(2):735–47 (<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032070>).
27. Cene CW, Beckie TM, Sims M, Suglia SF, Aggarwal B, Moise N et al. Effects of objective and perceived social isolation on cardiovascular and brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2022;11(16):e026493 (<https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026493>).
28. Bzdok D, Dunbar RIM. The neurobiology of social distance. *Trends Cogn Sci*. 2020;24(9):717–33 (<https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.016>).
29. Rosenkilde S, Hoffmann SH, Thorsted AB, Horsbol TA, Madsen KR, Lehn SF et al. Loneliness and the risk of type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2024;12(2) (<https://doi.org/10.1136/bmjdr-2023-003934>).
30. Henriksen RE, Nilsen RM, Strandberg RB. Loneliness increases the risk of type 2 diabetes: a 20 year follow-up – results from the HUNT study. *Diabetologia*. 2023;66(1):82–92 (<https://doi.org/10.1007/s00125-022-05791-6>).
31. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):203–15 (<https://doi.org/10.1093/abm/kaaa044>).
32. Chamberlain SA, Bronskill SE, Hsu Z, Youngson E, Gruneir A. Resident loneliness, social isolation and unplanned emergency department visits from supportive living facilities: a population-based study in Alberta, Canada. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):21 (<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02718-5>).
33. Christiansen J, Pedersen SS, Andersen CM, Qualter P, Lund R, Lasgaard M. Loneliness, social isolation, and healthcare utilization in the general population. *Health Psychol*. 2023;42(2):63–72 (<https://doi.org/10.1037/hea0001247>).
34. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015;105(5):1013–9 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>).
35. Mosen DM, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, Keast E, Hu W, Ertz-Berger B et al. Social isolation associated with future health care utilization. *Popul Health Manag*. 2021;24(3):333–7 (<https://doi.org/10.1089/pop.2020.0106>).
36. Sirois FM, Owens J. A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. *Health Psychol Rev*. 2023;17(2):193–210 (<https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1986417>).
37. Valtorta NK, Moore DC, Barron L, Stow D, Hanratty B. Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review. *Am J Public Health*. 2018;108(4):e1–e10 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>).

38. Lim KK, Chan A. Association of loneliness and healthcare utilization among older adults in Singapore. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(11):1789–98 (<https://doi.org/10.1111/ggi.12962>).
39. Ferrante LE, Cohen AB. All the lonely people: social isolation and loneliness in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc*. 2023;20(12):1703–4 (<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202309-833ED>).
40. Brighton LJ, Chilcot J, Maddocks M. Social dimensions of chronic respiratory disease: stigma, isolation, and loneliness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2022;16(4):195–202 (<https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000616>).
41. Lai ET, Chau AKC, Ho IY, Hashimoto H, Kim CY, Chiang TL et al. The impact of social isolation on functional disability in older people: a multi-cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2024;125:105502 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105502>).
42. Naito R, Leong DP, Bangdiwala SI, McKee M, Subramanian SV, Rangarajan S et al. Impact of social isolation on mortality and morbidity in 20 high-income, middle-income and low-income countries in five continents. *BMJ Glob Health*. 2021;6(3):e004124 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004124>).
43. Matthews T, Danese A, Caspi A, Fisher HL, Goldman-Mellor S, Képa A et al. Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychol Med*. 2018;49(2):268–77 (<https://doi.org/10.1017/s0033291718000788>).
44. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc*. 2013;36(6):1295–304 (<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.009>).
45. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *J Adolesc*. 2013;36(6):1283–93 (<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005>).
46. Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, Cheadle JE. Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociol Inq*. 2013;83(4):10.1111/soin.12018 (<https://doi.org/10.1111/soin.12018>).
47. Chen Y, Xue H, Nie Y, Zhou Y, Ai S, Liu Y et al. Evaluation of changes in social isolation and loneliness with incident cardiovascular events and mortality. *J Epidemiol Glob Health*. 2024;14(3):962–73 (<https://doi.org/10.1007/s44197-024-00243-3>).
48. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*. 2009;22(3):455–62 (<https://doi.org/10.1017/s1041610209991426>).
49. Yu X, Cho TC, Westrick AC, Chen C, Langa KM, Kobayashi LC. Association of cumulative loneliness with all-cause mortality among middle-aged and older adults in the United States, 1996 to 2019. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2023;120(51):e2306819120 (<https://doi.org/10.1073/pnas.2306819120>).
50. Qi X, Belsky DW, Yang YC, Wu B. Association between types of loneliness and risks of functional disability in older men and women: a prospective analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2023;31(8):621–32 (<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.02.046>).
51. Martín-María N, Caballero FF, Lara E, Domènech-Abella J, Haro JM, Olaya B et al. Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;36(1):76–85 (<https://doi.org/10.1002/gps.5397>).
52. Wolska K, Creaven AM. Associations between transient and chronic loneliness, and depression, in the Understanding Society Study. *Br J Clin Psychol*. 2022;62(1):112–28 (<https://doi.org/10.1111/bjc.12397>).
53. Yu X, Westrick AC, Kobayashi LC. Cumulative loneliness and subsequent memory function and rate of decline among adults aged ≥ 50 in the United States, 1996 to 2016. *Alzheimers Dement*. 2023;19(2):578–88 (<https://doi.org/10.1002/alz.12734>).
54. Akhter-Khan SC, Tao Q, Ang TFA, Itchapurapu IS, Alosco ML, Mez J et al. Associations of loneliness with risk of Alzheimer's disease dementia in the Framingham Heart Study. *Alzheimers Dement*. 2021;17(10):1619–27 (<https://doi.org/10.1002/alz.12327>).
55. Zhong BL, Chen SL, Conwell Y. Effects of transient versus chronic loneliness on cognitive function in older adults: findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(5):389–98 (<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.12.009>).
56. Khaing K, Dolja-Gore X, Nair BR, Byles J, Attia J. The effect of temporal persistence of loneliness on dementia: a longitudinal analysis from the Hunter Community Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;39(8):e6132 (<https://doi.org/10.1002/gps.6132>).
57. Pearce E, Birken M, Pais S, Tamworth M, Ng Y, Wang J et al. Associations between constructs related to social relationships and mental health conditions and symptoms: an umbrella review. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):652 (<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05069-0>).
58. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(11):2161–78 (<https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>).
59. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord*. 2020;274:880–96 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>).

60. Motillon-Toudic C, Walter M, Seguin M, Carrier JD, Berrouguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: literature review and perspectives. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e65 (<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>).
61. Shaw RJ, Cullen B, Graham N, Lyall DM, Mackay D, Okolie C et al. Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: a nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *J Affect Disord*. 2021;279:316–23 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.026>).
62. Castelletti C, Dolz Del Castellar B, Miret M, Mercier H, Lara E. Loneliness and subjective wellbeing during the Covid-19 pandemic: a systematic review. *J Psychol*. 2024;158(6):403–27 (<https://doi.org/10.1080/00223980.2024.2319172>).
63. Zhu S, Kong X, Han F, Tian H, Sun S, Sun Y et al. Association between social isolation and depression: evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. *J Affect Disord*. 2024;350:182–7 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.106>).
64. Kupferberg A, Hasler G. The social cost of depression: investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *J Affect Disord Rep*. 2023;14:100631 (<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100631>).
65. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Soc Sci Med*. 2017;191:65–76 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>).
66. Emerson E, Stancliffe R, Fortune N, Llewellyn G. Disability, loneliness and health in the UK: cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):533–8 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab018>).
67. Dunn C, Sicouri G. The relationship between loneliness and depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analysis. *Behav Change*. 2022;39(3):134–45 (<https://doi.org/10.1017/bec.2022.13>).
68. Maes M, Nelemans SA, Danneel S, Fernandez-Castilla B, Van den Noortgate W, Goossens L et al. Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Dev Psychol*. 2019;55(7):1548–65 (<https://doi.org/10.1037/dev0000719>).
69. Moksnes UK, Bjornsen HN, Ringdal R, Eilertsen MB, Espnes GA. Association between loneliness, self-esteem and outcome of life satisfaction in Norwegian adolescents aged 15–21. *Scand J Public Health*. 2022;50(8):1089–96 (<https://doi.org/10.1177/14034948221081287>).
70. Farrell AH, Vitoroulis I, Eriksson M, Vaillancourt T. Loneliness and well-being in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Children*. 2023;10(2):279 (<https://doi.org/10.3390/children10020279>).
71. Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(6):493–501 (<https://doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>).
72. Cardona M, Andres P. Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? *Front Aging Neurosci*. 2023;15:1075563 (<https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1075563>).
73. Guarnera J, Yuen E, Macpherson H. The impact of loneliness and social isolation on cognitive aging: a narrative review. *J Alzheimers Dis Rep*. 2023;7(1):699–714 (<https://doi.org/10.3233/ADR-230011>).
74. Ren Y, Savadlou A, Park S, Siska P, Epp JR, Sargin D. The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's disease. *Front Neuroendocrinol*. 2023;69:101061 (<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101061>).
75. Harrington KD, Vasan S, Kang JE, Sliwinski MJ, Lim MH. Loneliness and cognitive function in older adults without dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2023;91(4):1243–59 (<https://doi.org/10.3233/JAD-220832>).
76. Kang JW, Oremus M. Examining the combined effects of social isolation and loneliness on memory: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;104:104801 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104801>).
77. Piolatto M, Bianchi F, Rota M, Marengoni A, Akbaritabar A, Squazzoni F. The effect of social relationships on cognitive decline in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *BMC Public Health*. 2022;22(1):278 (<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12567-5>).
78. Fan K, Seah B, Lu Z, Wang T, Zhou Y. Association between loneliness and mild cognitive impairment in older adults: a meta-analysis of longitudinal studies. *Aging Ment Health*. 2024;1–9 (<https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2358079>).
79. Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social isolation and cognitive function in later life: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S119–44 (<https://doi.org/10.3233/JAD-180501>).
80. Jones A, Ali MU, Kenny M, Mayhew A, Mokashi V, He H et al. Potentially modifiable risk factors for dementia and mild cognitive impairment: an umbrella review and meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2024;53(2):91–106 (<https://doi.org/10.1159/000536643>).
81. Kuiper JS, Zuidersma M, Zuidema SU, Burgerhof JG, Stolk RP, Oude Voshaar RC et al. Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Int J Epidemiol*. 2016;45(4):1169–206 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyw089>).
82. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157–71 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>).
83. Qiao L, Wang G, Tang Z, Zhou S, Min J, Yin M et al. Association between loneliness and dementia risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Front Hum Neurosci*. 2022;16:899814 (<https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.899814>).

84. Desai R, John A, Stott J, Charlesworth G. Living alone and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2020;62:101122 (<https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101122>).
85. Lara E, Martin-Maria N, De la Torre-Luque A, Koyanagi A, Vancampfort D, Izquierdo A et al. Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Res Rev.* 2019;52:7–16 (<https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>).
86. Lazzari C, Rabottini M. COVID-19, loneliness, social isolation and risk of dementia in older people: a systematic review and meta-analysis of the relevant literature. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2022;26(2):196–207 (<https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1959616>).
87. Wang S, Molassiotis A, Guo C, Leung ISH, Leung AYM. Association between social integration and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(2):632–45 (<https://doi.org/10.1111/jgs.18094>).
88. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2015;22:39–57 (<https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>).
89. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbaek G, Alladi S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. *Lancet.* 2024;404(10452):572–628 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)).
90. Penninkilampi R, Casey AN, Singh MF, Brodaty H. The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis.* 2018;66(4):1619–33 (<https://doi.org/10.3233/JAD-180439>).
91. Optimizing brain health across the life course: WHO position paper. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361251>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
92. Kang DH, Boss L, Clowtis L. Social support and cognition: early childhood versus older adulthood. *West J Nurs Res.* 2016;38(12):1639–59 (<https://doi.org/10.1177/0193945916655796>).
93. Drinkwater E, Davies C, Spire-Jones TL. Potential neurobiological links between social isolation and Alzheimer's disease risk. *Eur J Neurosci.* 2022;56(9):5397–412 (<https://doi.org/10.1111/ejn.15373>).
94. Pfundmair M, Wood NR, Hales A, Wesselmann ED. How social exclusion makes radicalism flourish: a review of empirical evidence. *J Soc Issues.* 2022;80(1):341–59 (<https://doi.org/10.1111/josi.12520>).
95. Cuccu L, Stepanova E. Loneliness and social and civic behaviours. Luxembourg: European Union; 2021 (<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC126983>).
96. Jefferson R, Barreto M, Jones F, Conway J, Chohan A, Madsen KR et al. Adolescent loneliness across the world and its relation to school climate, national culture and academic performance. *Br J Educ Psychol.* 2023;93(4):997–1016 (<https://doi.org/10.1111/bjep.12616>).
97. Matthews T, Qualter P, Bryan BT, Caspi A, Danese A, Moffitt TE et al. The developmental course of loneliness in adolescence: implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning. *Dev Psychopathol.* 2023;35:537–46. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001632>.
98. Tarokh L, Saletin JM, Carskadon MA. Sleep in adolescence: physiology, cognition and mental health. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;70:182–8 (<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.008>).
99. Bryan BT, Thompson KN, Goldman-Mellor S, Moffitt TE, Odgers CL, So SLS et al. The socioeconomic consequences of loneliness: evidence from a nationally representative longitudinal study of young adults. *Soc Sci Med.* 2024;345:116697 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116697>).
100. Morrish N, Mujica-Mota R, Medina-Lara A. Understanding the effect of loneliness on unemployment: propensity score matching. *BMC Public Health.* 2022;22(1):740 (<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13107-x>).
101. Morrish N, Medina-Lara A. Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Soc Sci Med.* 2021;287:114339 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114339>).
102. Bryan BT, Andrews G, Thompson KN, Qualter P, Matthews T, Arseneault L. Loneliness in the workplace: a mixed-method systematic review and meta-analysis. *Occup Med.* 2023;73(9):557–67 (<https://doi.org/10.1093/occmed/kqad138>).
103. von Soest T, Luhmann M, Gerstorf D. The development of loneliness through adolescence and young adulthood: its nature, correlates, and midlife outcomes. *Dev Psychol.* 2020;56(10):1919–34 (<https://doi.org/10.1037/dev0001102>).
104. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S. Voices of the poor: Can anyone hear us? Voices from 47 countries. Washington, DC: World Bank; 1999 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/131441468779067441/pdf/Voices-of-the-poor-can-anyone-hear-us.pdf>).
105. Sen A. Social exclusion: concept, application, and scrutiny. Manila: Asian Development Bank; 2000 (<https://www.adb.org/publications/social-exclusion-concept-application-and-scrutiny>).
106. Zavaleta D, Samuel K, Mills CT. Measures of social isolation. *Soc Indic Res.* 2017;131:367–91 (<https://doi.org/10.1007/s11205-016-1252-2>).
107. Samuel K, Alkire S, Zavaleta D, Mills C, Hammock J. Social isolation and its relationship to multidimensional poverty. *Oxf Dev Stud.* 2018;46(1):83–97 (<https://doi.org/10.1080/13600818.2017.1311852>).
108. Eckhard J. Does poverty increase the risk of social isolation? Insights based on panel data from Germany. *Sociol Q.* 2018;59(2):338–59 (<https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1436943>).

109. Rodriguez B, Castineira B, Rodriguez-Miguez E. The cost of loneliness in Spain. Madrid: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada; 2023 (https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Executive%20summary_The%20cost%20of%20loneliness%20in%20Spain.pdf).
110. Jeffrey K, Abdallah S, Michaelson J. The cost of loneliness to UK employers. London: New Economics Foundation; 2017 (<https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/cost-of-loneliness-2017.pdf>).
111. Flowers L, Houser A, Noel-Miller C, Shaw JG, Bhattacharya J, Schoemaker L et al. Medicare spends more on socially isolated older adults. Washington, DC: AARP Public Policy Institute; 2017 (<https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2017/10/medicare-spends-more-on-socially-isolated-older-adults.pdf>).
112. Bowers A, Wu J, Lustig S, Nemecek D. Loneliness influences avoidable absenteeism and turnover intention reported by adult workers in the United States. *J Organ Eff*. 2022;9(2):312–35 (<https://doi.org/10.1108/joepp-03-2021-0076>).
113. Blake M. Connections matter: a report on the impacts of loneliness in Australia. Spit Junction (NSW): Groundswell Foundation; 2022 (<https://www.groundswellfoundation.com.au/post/connections-matter-a-report-on-the-impacts-of-loneliness-in-australia>).
114. Loneliness and its impact on the American workplace. Bloomfield (CT): The Cigna Group; 2020 (<https://legacy.cigna.com/static/www-cigna-com/docs/about-us/newsroom/studies-and-reports/combating-loneliness/loneliness-and-its-impact-on-the-american-workplace.pdf>).
115. Peytrignet S, Garforth-Bles S, Keohane K. Loneliness monetisation report. London: Simetrica Jacobs; 2020 (https://tacklinglonelinesshub.org/wp-content/uploads/2021/07/Loneliness_monetisation_report.pdf).
116. Mihalopoulos C, Le LK, Chatterton ML, Bucholz J, Holt-Lunstad J, Lim MH et al. The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(7):823–36 (<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7>).
117. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>).
118. Uchino BN, Trettervik R, Kent de Grey RG, Cronan S, Hogan J, Baucom BRW. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2018;37(5):462–71 (<https://doi.org/10.1037/hea0000594>).
119. Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med*. 2002;2(3):267–314. (<https://doi.org/10.1055/s-2002-35401>).
120. Barth J, Schneider S, von Kanel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2010;72(3):229–38 (<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d01611>).
121. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM, Castelnuovo G, Baldassari E, Bonardi A et al. Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Front Psychol*. 2013;4:384 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00384>).
122. Meng M, Ma Z, Zhou H, Xie Y, Lan R, Zhu S et al. The impact of social relationships on the risk of stroke and post-stroke mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2403 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19835-6>).
123. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*. 2013;22(10):2160–8 (<https://doi.org/10.1002/pon.3218>).
124. Kruithof WJ, van Mierlo ML, Visser-Meily JM, van Heugten CM, Post MW. Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life – a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):169–76 (<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.003>).
125. Barton C, Effing TW, Cafarella P. Social support and social networks in COPD: a scoping review. *COPD*. 2015;12(6):690–702 (<https://doi.org/10.3109/15412555.2015.1008691>).
126. Almubaid Z, Alhaj Z, Almosa O, Marikh M, Khan W. The impact of social support on health outcomes of diabetic patients: a systematic review. *Cureus*. 2024;16(8):e67842 (<https://doi.org/10.7759/cureus.67842>).
127. De Risio L, Pettorosso M, Collevicchio R, Collacchi B, Boffa M, Santorelli M et al. Staying connected: an umbrella review of meta-analyses on the push-and-pull of social connection in depression. *J Affect Disord*. 2024;345:358–68 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.112>).
128. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2000;15(2):187–224 (<https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>).
129. Maulik PK, Eaton WW, Bradshaw CP. The effect of social networks and social support on mental health services use, following a life event, among the Baltimore Epidemiological Catchment Area Cohort. *J Behav Health Serv Res*. 2010;38(1):29–50 (<https://doi.org/10.1007/s11414-009-9205-z>).
130. Joshi P, Hendrie K, Jester DJ, Dasarathy D, Lavretsky H, Ku BS et al. Social connections as determinants of cognitive health and as targets for social interventions in persons with or at risk of Alzheimer's disease and related disorders: a scoping review. *Int Psychogeriatr*. 2024;36(2):92–118 (<https://doi.org/10.1017/S1041610223000923>).
131. Cunha C, Voss G, Andrade R, Delerue-Matos A. Is formal social participation associated with cognitive function in middle-aged and older adults? A systematic review with meta-analysis of longitudinal studies. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(4):262 (<https://doi.org/10.3390/bs14040262>).

132. Movic L, Rutter EC, Tyas SL, Maxwell CJ, O'Connell ME, Oremus M. Functional social support and cognitive function in middle- and older-aged adults: a systematic review of cross-sectional and cohort studies. *Syst Rev*. 2023;12(1):86 (<https://doi.org/10.1186/s13643-023-02251-z>).
133. Costa-Cordella S, Arevalo-Romero C, Parada FJ, Rossi A. Social support and cognition: a systematic review. *Front Psychol*. 2021;12:637060 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637060>).
134. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. *SSM Popul Health*. 2019;8:100425 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>).
135. Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM, Butler J, Wallace J. A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *J Health Psychol*. 2013;18(11):1385–99 (<https://doi.org/10.1177/1359105311435983>).
136. Hu F, Hu B, Chen R, Ma Y, Niu L, Qin X et al. A systematic review of social capital and chronic non-communicable diseases. *Biosci Trends*. 2014;8(6):290–6 (<https://doi.org/10.5582/bst.2014.01138>).
137. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*. 1997;87(9):1491–8 (<https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491>).
138. Choi M, Mesa-Frias M, Nuesch E, Hargreaves J, Prieto-Merino D, Bowling A et al. Social capital, mortality, cardiovascular events and cancer: a systematic review of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2014;43(6):1895–920 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyu212>).
139. Amemiya A, Saito J, Saito M, Takagi D, Haseda M, Tani Y et al. Social capital and the improvement in functional ability among older people in Japan: a multilevel survival analysis using JAGES data. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):1310 (<https://doi.org/10.3390/ijerph16081310>).
140. Villalonga-Olives E, Kawachi I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital. *Soc Sci Med*. 2017;194:105–27 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.020>).
141. Heerde JA, Hemphill SA. Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Dev Rev*. 2018;47:44–62 (<https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.10.001>).
142. Binik O, Ceretti A, Cornelli R, Schadee H, Verde A, Gatti U. Neighborhood social capital, juvenile delinquency, and victimization: results from the international self-report delinquency study – 3 in 23 countries. *Eur J Crim Pol Res*. 2019;25(3):241–58 (<https://doi.org/10.1007/s10610-018-9406-1>).
143. Moore MD, Recker NL. Social capital, type of crime, and social control. *Crime Delinquency*. 2013;62(6):728–47 (<https://doi.org/10.1177/0011128713510082>).
144. Roh S, Lee J-L. Social capital and crime: a cross-national multilevel study. *Int J Law Crime Justice*. 2013;41(1):58–80 (<https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2012.11.004>).
145. Stuart BA, Taylor EJ. The effect of social connectedness on crime: evidence from the great migration. *Rev Econ Stat*. 2021;103(1):18–33 (https://doi.org/10.1162/rest_a_00860).
146. Foa RS. The economic rationale for social cohesion – the cross country evidence. Cambridge (MA): Harvard University; 2011 (<https://doi.org/10.17863/CAM.90182>).
147. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997;277(5328):918–24 (<https://doi.org/10.1126/science.277.5328.918>).
148. Riley C, Roy B, Harari N, Vashi A, Violano P, Greene A et al. Preparing for disaster: a cross-sectional study of social connection and gun violence. *J Urban Health*. 2017;94(5):619–28 (<https://doi.org/10.1007/s11524-016-0121-2>).
149. Lanfear CC. Collective efficacy and the built environment. *Criminology*. 2022;60(2):370–96 (<https://doi.org/10.1111/1745-9125.12304>).
150. Allen KA, Kern ML, Rozek CS, McInerney D, Slavich GM. Belonging: a review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Aust J Psychol*. 2021;73(1):87–102 (<https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409>).
151. Lubis SN, Ronoatmodjo S. Social capital for disaster management. In: 1st International Conference on Health and Medicine. *Nusantra Sci Technol Proc*. 2023:44–55 (<https://doi.org/10.11594/nstp.2023.3507>).
152. Carmen E, Fazey I, Ross H, Bedinger M, Smith FM, Prager K et al. Building community resilience in a context of climate change: the role of social capital. *Ambio*. 2022;51(6):1371–87 (<https://doi.org/10.1007/s13280-021-01678-9>).
153. Jovita HD, Nashir H, Mutiarin D, Moner Y, Nurmandi A. Social capital and disasters: How does social capital shape post-disaster conditions in the Philippines? *J Hum Behav Soc Environ*. 2019;29(4):519–34 (<https://doi.org/10.1080/010911359.2018.1556143>).
154. Aldrich DP, Meyer MA. Social capital and community resilience. *Am Behav Sci*. 2014;59(2):254–69 (<https://doi.org/10.1177/0002764214550299>).
155. Losee JE, Webster GD, McCarty C. Social network connections and increased preparation intentions for a disaster. *J Environ Psychol*. 2022;79:101726 (<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101726>).
156. Enhancing community resilience through social capital and social connectedness: stronger together! Washington, DC: National Academies of Sciences Engineering and Medicine; 2021 (<https://doi.org/10.17226/26123>).
157. Susanto IW, Kusumasari B, Santoso AD, Bafadhal OM. Social capital in disaster management: a systematic literature review of research trends from 1998 to 2019. *Indones J Geogr*. 2023;55(2):179 (<https://doi.org/10.22146/ijg.71572>).

158. Liu Z, Yang L, Wang X. Neighbourhood social capital and political participation in neighbourhood governance: the case of Beijing, China. *Trans Plann Urban Res.* 2024;3(1-2):82–96 (<https://doi.org/10.1177/27541223241235413>).
159. Andrews R. Civic engagement, ethnic heterogeneity, and social capital in urban areas: evidence from England. *Urban Aff Rev.* 2009;44(3):428–40 (<https://doi.org/10.1177/1078087408321492>).
160. Hays RA. Neighborhood networks, social capital, and political participation: the relationships revisited. *J Urban Aff.* 2016;37(2):122–43 (<https://doi.org/10.1111/juaf.12137>).
161. Dekker K. Social capital, neighbourhood attachment and participation in distressed urban areas. A case study in the Hague and Utrecht, the Netherlands. *Hous Stud.* 2007;22(3):355–79 (<https://doi.org/10.1080/02673030701254103>).
162. Collins CR, Neal JW, Neal ZP. Transforming individual civic engagement into community collective efficacy: the role of bonding social capital. *Am J Community Psychol.* 2014;54(3-4):328–36 (<https://doi.org/10.1007/s10464-014-9675-x>).
163. Chetty R, Jackson MO, Kuchler T, Stroebel J, Hendren N, Fluegge RB et al. Social capital I: measurement and associations with economic mobility. *Nature.* 2022;608(7921):108–21 (<https://doi.org/10.1038/s41586-022-04996-4>).
164. Woolcock M, Narayan D. Social capital: implications for development theory, research, and policy. *World Bank Res Obs.* 2000;15(2):225–49 (<https://doi.org/10.1093/wbro/15.2.225>).
165. Janton-Crozowska E, Majewska M. Social capital as a key driver of productivity growth of the economy: across-countries comparison. Torun: Institute of Economic Research; 2015 (<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/219748/1/ier-wp-2015-132.pdf>).
166. Doh S, Acs ZJ. Innovation and social capital: a cross-country investigation. *Ind Innov.* 2010;17(3):241–62 (<https://doi.org/10.1080/13662711003790569>).
167. Alguezaui S, Filieri R. Investigating the role of social capital in innovation: sparse versus dense network. *J Knowl Manag.* 2010;14(6):891–909 (<https://doi.org/10.1108/13673271011084925>).
168. Kobeissi N, Hasan I, Wang B, Wang H, Yin D. Social capital and regional innovation: evidence from private firms in the US. *Reg Stud.* 2022;57(1):57–71 (<https://doi.org/10.1080/00343404.2022.2030053>).
169. Crescenzi R, Gagliardi L, Percoco M. The 'bright' side of social capital: How 'bridging' makes Italian provinces more innovative. In: Crescenzi R, Percoco M, editors. *Geography, Institutions and Regional Economic Performance*. Berlin: Springer; 2013:143–64 (https://doi.org/10.1007/978-3-642-33395-8_8).
170. Muringani J, Fitjar RD, Rodríguez-Pose A. Social capital and economic growth in the regions of Europe. *Environ Plan A.* 2021;53(6):1412–34 (<https://doi.org/10.1177/0308518x211000059>).
171. Sommer C. Social cohesion and economic development: unpacking the relationship. Briefing paper, No. 16/2019. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik; 2019 (<https://doi.org/10.23661/bp16.2019>).
172. Knack S, Keefer P. Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Q J Econ.* 1997;112(4):1251–88 (<https://doi.org/10.1162/003355300555475>).
173. Westlund H, Adam F. Social capital and economic performance: a meta-analysis of 65 studies. *Eur Plan Stud.* 2010;18(6):893–919 (<https://doi.org/10.1080/09654311003701431>).
174. Dinda S. Social capital in the creation of human capital and economic growth: a productive consumption approach. *J Socio Econ.* 2008;37(5):2020–33 (<https://doi.org/10.1016/j.socec.2007.06.014>).
175. Fukuyama F. *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: The Free Press; 1995. ISBN: 0-241-13376-9.
176. Pylypenko HM, Pylypenko YI, Dubiei YV, Solianyk LG, Pazynich YM, Buketov V et al. Social capital as a factor of innovative development. *J Open Innov Tech Market Complexity.* 2023;9(2):100118 (<https://doi.org/10.1016/j.joitmc.2023.100118>).
177. Xue X, Reed WR, van Aert RCM. Social capital and economic growth: a meta-analysis. *J Econ Surv.* 2024;1–38 (<https://doi.org/10.1111/joes.12660>).

Capitolo 5

Advocacy, campagne, reti e coalizioni

“Vorrei che, quando le persone riflettono sull’isolamento nelle loro comunità, si ponessero alcune domande: Chi non è seduto a questo tavolo? Chi manca, e perché? E quali cambiamenti sono necessari per creare spazio a chi non c’è, così che tutti possano partecipare?”

Listen to Amy's
full story here



Amy Kavanagh, attivista per i diritti delle persone con disabilità e persona con disabilità visiva
(Regno Unito)
© OMS

Messaggi chiave

Sono pochissime le campagne sull'isolamento sociale e sulla solitudine che sono state valutate, e non esistono valutazioni sulle reti.

Le evidenze provenienti da campagne e reti su altri temi suggeriscono che l'advocacy potrebbe essere fondamentale per promuovere la connessione sociale e la responsabilità collettiva nell'attuazione degli interventi.

L'advocacy può integrare approcci individuali e comunitari, fornendo una piattaforma per un cambiamento sistemico e un'azione sostenuta.

Esiste un notevole bisogno e un potenziale non sfruttato per creare solide reti sociali, nazionali e globali sulla connessione sociale, ma saranno necessari incentivi e strategie istituzionali per facilitare e promuovere modalità più collaborative di lavoro e per costruire coalizioni politiche che vadano oltre il settore sanitario.

Questo capitolo esplora i ruoli cruciali dell'advocacy, delle campagne, delle reti e delle coalizioni nell'affrontare l'isolamento sociale e la solitudine e nel promuovere la connessione sociale. La sezione 5.1 definisce l'advocacy ed esamina i suoi tre elementi chiave – influenza politica, campagne e reti. La sezione 5.2 tratta l'uso delle campagne. La sezione 5.3 analizza la formazione e la funzione delle reti e delle coalizioni, sottolineando la loro importanza nel sostenere sia l'advocacy sia le campagne, fornendo una piattaforma per la collaborazione e l'azione sistematica. La sezione fornisce anche una mappa delle reti esistenti basata su un sondaggio commissionato per questo rapporto.

Le campagne di advocacy e le reti svolgono un ruolo fondamentale nel favorire la connessione sociale, perché amplificano le voci delle persone, spingono i decisori a dare priorità a un tema e mobilitano risorse. Creano inoltre opportunità per rafforzare la collaborazione e l'azione collettiva, contribuendo a costruire comunità più solide, più connesse e con priorità condivise. L'advocacy, le campagne, le reti e le coalizioni – che costituiscono strategie principalmente sociali o sistemiche – sostengono lo sviluppo di politiche e possono integrare gli approcci comunitari e individuali, come verrà illustrato nei capitoli successivi di questo rapporto.

5.1 Advocacy

L'advocacy consiste nell'orientare politiche, pratiche e norme sociali, al fine di ridurre la solitudine e/o l'isolamento sociale e promuovere una maggiore connessione sociale. L'obiettivo dell'advocacy è creare un cambiamento a livello sistemico persuadendo i decisori politici, sensibilizzando l'opinione pubblica e mobilitando risorse. Tre sono gli elementi chiave:

- **influenza politica:** rivolgersi a legislatori, enti governativi e organizzazioni per modellare politiche, regolamenti e risorse relativi alla connessione sociale (Capitolo 6);
- **campagne:** aumentare la consapevolezza sulla disconnessione sociale, la sua diffusione, i danni e le soluzioni per costruire il sostegno pubblico;
- **reti:** lavorare con diversi portatori di interesse, compresa la società civile, per un cambiamento sistemico.

5.2 Campagne

Che cosa sono le campagne?

Le campagne sono iniziative strutturate e limitate nel tempo, generalmente promosse da governi, organizzazioni non governative o gruppi comunitari, con l'obiettivo di raggiungere un risultato specifico. Spesso fanno parte di una strategia di advocacy più ampia e completano altre azioni, che possono includere approcci "interni" per modificare le politiche. Le campagne servono ad aumentare la consapevolezza pubblica, ampliare il numero delle persone che sostengono la causa, creare basi di supporto solide e rafforzare la volontà pubblica e politica (1). Le campagne possono inoltre influenzare diversi fattori psicologici e sociali, come la consapevolezza del tema, la percezione della sua rilevanza, gli atteggiamenti, le credenze, le norme sociali, le intenzioni comportamentali e, in ultima analisi, i cambiamenti nei comportamenti (1–5). Chi le gestisce utilizza sia i media tradizionali (ad esempio televisione, radio, cartellonistica, stampa) sia i nuovi media (come social media, annunci digitali, blog), affiancandoli ad attività non mediatiche, tra cui campagne di invio lettere, mobilitazione comunitaria, azioni dirette, comunicazioni creative, petizioni e incontri pubblici (6).

Le campagne dedicate all'isolamento sociale e alla solitudine sono relativamente recenti. In un esercizio di mappatura delle reti realizzato nel 2024, tra le 106 organizzazioni che hanno partecipato all'indagine globale (vedi sezione 5.3), il 33% ha indicato che le attività di campaigning rappresentavano uno dei propri ambiti principali di lavoro su isolamento sociale, solitudine e/o connessione sociale.

Quanto sono efficaci le campagne nel ridurre la solitudine e l'isolamento sociale?

Valutare l'efficacia delle campagne è complesso, e ciò può spiegare perché così poche iniziative volte a ridurre la solitudine e l'isolamento sociale siano state effettivamente analizzate. Uno studio di alta qualità (7) ha valutato l'efficacia di una strategia anti-solitudine in Inghilterra, parte di una campagna nazionale per contrastare la solitudine negli anziani (Riquadro 8). Non sono emerse riduzioni significative della solitudine né miglioramenti nella salute mentale tra gli anziani esposti alla campagna, e la loro partecipazione sociale è cambiata di poco. Tuttavia, la campagna ha prodotto un lieve calo della solitudine e un aumento delle attività sociali tra gli anziani con livelli più alti di istruzione e reddito, sebbene tali cambiamenti non abbiano determinato un miglioramento della salute mentale (8). Questo risultato può essere attribuito a un investimento insufficiente, alla portata limitata degli interventi, a una durata troppo breve dell'esposizione alla campagna o a strategie di comunicazione poco mirate. Le cause strutturali della solitudine — come le condizioni abitative, i modelli di interazione sociale e i cambiamenti nella composizione familiare — non sono infatti state modificate, poiché non sono facilmente affrontabili tramite campagne pubbliche. L'efficacia delle campagne può essere valutata anche attraverso risultati intermedi, come l'aumento della consapevolezza, il coinvolgimento di sostenitori e la promozione di cambiamenti comportamentali. Ad esempio, la Campaign to End Loneliness nel Regno Unito (Riquadro 8) ha lanciato una piattaforma, la Tackling Loneliness Hub, che ha raccolto oltre 800 aderenti (9).

Neighbour Day è una campagna comunitaria australiana volta a incoraggiare le connessioni sociali all'interno dei quartieri. Nel 2019 ha raggiunto 300.000 persone attraverso 437 eventi in 276 sobborghi. Le attività comprendevano incontri sociali, la distribuzione di biglietti ai vicini, la verifica del ben-essere dei residenti più vulnerabili, giochi di comunità e interazioni sui social media. Gli eventi andavano da iniziative di piccola scala a raduni con oltre 500 partecipanti. I partecipanti sono stati intervistati prima, subito dopo e a sei mesi dall'evento: organizzare un incontro di quartiere ha aumentato in modo significativo il senso di identificazione sociale, portando a un incremento duraturo della coesione sociale, a una minore solitudine e a un miglioramento del ben-essere dopo sei mesi (10).

Sebbene poche campagne contro la solitudine siano state oggetto di valutazione, le evidenze provenienti da campagne analoghe in ambito sanitario e contro lo stigma mostrano effetti piccoli ma positivi, con risultati comunque eterogenei (11–13). Una revisione ha evidenziato prove moderate del fatto che le campagne mediatiche di massa possano contribuire a ridurre i comportamenti sedentari e a influenzare la salute sessuale e la propensione a cercare assistenza o cure mediche. Tuttavia, i risultati relativi al consumo di tabacco e alcol e all'attività fisica si sono rivelati eterogenei o limitati (6). Le campagne di controllo del tabacco sono risultate economicamente efficaci, e quelle di maggiore durata e frequenza tendono a produrre risultati migliori (6). In generale, le campagne sanitarie incidono più sulla conoscenza e sulla consapevolezza che sul cambiamento effettivo dei comportamenti (14, 15).

Riquadro 8.**La campagna del Regno Unito per porre fine alla solitudine**

Una campagna su larga scala è stata avviata nel Regno Unito nel 2010 con l'obiettivo di condividere ricerche, prove ed esperienze per connettere individui e comunità in tutto il Paese (7). La campagna è stata condotta da Independent Age, un'organizzazione benefica per il ben-essere delle persone anziane, ed è stata sostenuta dal National Lottery Community Fund, dalla Calouste Gulbenkian Foundation, dalla Tudor Trust e da donazioni pubbliche.

Sono stati creati una serie di toolkit, rapporti di ricerca ed eventi per sensibilizzare l'opinione pubblica e i professionisti sanitari sugli effetti dannosi dell'isolamento sociale e della solitudine. La campagna ha anche creato il Learning Network (7), che collega organizzazioni affini, diffonde le ultime ricerche su isolamento sociale e solitudine e condivide esempi di buone pratiche per affrontare la solitudine. Non include necessariamente valutazioni basate su prove di tali pratiche. La campagna ha anche diffuso informazioni per portare la solitudine al centro del dibattito pubblico.

Una valutazione della portata della campagna (comprese attività di lobbying, creazione di reti e toolkit online) rivolta ai consigli sanitari e di ben-essere del National Health Service ha mostrato che 128 dei 152 consigli avevano pubblicato una strategia congiunta per la salute e il ben-essere. Di questi, quasi la metà ha riconosciuto la solitudine e l'isolamento sociale come problemi gravi. I livelli di impegno variavano:

- 28 strategie riconoscevano la solitudine ma non identificavano obiettivi o azioni specifiche;
- 25 strategie si impegnavano ad approfondire la conoscenza della solitudine o stabilivano obiettivi misurabili;
- 8 strategie si impegnavano in azioni e/o obiettivi misurabili per affrontare la solitudine.



Le revisioni delle campagne volte a ridurre lo stigma legato alla salute mentale hanno mostrato effetti positivi di entità piccola o moderata sulla conoscenza, sugli atteggiamenti e sui comportamenti intenzionali associati allo stigma, mentre gli effetti sulla discriminazione sono risultati variabili (16, 17). Questi risultati sono confermati anche da una recente revisione delle campagne mediatiche sulla salute mentale rivolte ai giovani (18). Le evidenze disponibili sulle campagne che affrontano lo stigma legato all'origine etnica e razziale sono scarse e, laddove presenti, mostrano risultati eterogenei (19, 20).

La valutazione dell'efficacia di una campagna richiede più dei soli indicatori di copertura. Evidenze recenti sulle campagne sanitarie — comprese grandi iniziative mirate — indicano che occorre valutare sia gli esiti dal lato della domanda, come l'accettabilità da parte dei beneficiari, la consapevolezza e la soddisfazione, sia gli esiti dal lato dell'offerta, tra cui l'accettabilità da parte degli operatori sanitari, l'equità e l'efficienza. Questo approccio più ampio può rafforzare l'impatto di una campagna, migliorare lo stato di salute della popolazione e contribuire a sistemi sanitari più equi e resilienti. Può inoltre aumentare l'efficacia delle campagne e, di conseguenza, favorire lo sviluppo di sistemi sanitari più solidi ed equi (21).

Caratteristiche delle campagne di successo in altri ambiti

Le campagne possono essere realizzate dai governi e da attori non statali a livello globale, nazionale, regionale o locale. A nostra conoscenza, non esistono studi che abbiano identificato in modo sistematico le caratteristiche delle campagne efficaci per prevenire o affrontare l'isolamento sociale o la solitudine. Gli esempi riportati nei riquadri di questo capitolo, salvo diversa indicazione, non sono stati valutati in termini di efficacia. Le evidenze disponibili su tali fattori provengono da campagne in altri ambiti, principalmente campagne sanitarie. Abbiamo attinto a queste fonti per individuare caratteristiche potenzialmente efficaci nelle campagne volte a rafforzare la connessione sociale, pur riconoscendo che richiedono una valutazione specifica.

Obiettivi e destinatari: le campagne dovrebbero avere obiettivi chiari e destinatari ben definiti, insieme all'individuazione dei target, degli alleati e dei potenziali oppositori.

Durata e intensità: le campagne di salute pubblica più lunghe e più intense tendono a essere più efficaci (6). Non esiste tuttavia un consenso sulla durata esatta necessaria per ottenere risultati. Ad esempio, i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli Stati Uniti suggeriscono che gli annunci per la prevenzione del tabagismo dovrebbero essere diffusi per almeno 6 mesi per aumentare la consapevolezza, 12–18 mesi per influenzare gli atteggiamenti e 18–24 mesi per modificare i comportamenti (22). La “dose” di contenuti può essere aumentata combinando i media tradizionali con le piattaforme digitali, così da raggiungere un pubblico più ampio. In Nuova Zelanda, ad esempio, la campagna “Let’s End Loneliness” ha utilizzato una combinazione di social media, eventi comunitari e collaborazioni con organizzazioni locali per diffondere il messaggio e coinvolgere pubblici diversi. Altri Paesi hanno utilizzato giornate o settimane dedicate (vedi Riquadro 9).

Riquadro 9.**Settimana della consapevolezza sulla solitudine**

La Settimana della Consapevolezza sulla Solitudine (Loneliness Awareness Week), promossa dalla Marmalade Trust nel Regno Unito, sta attirando crescente attenzione anche in altri Paesi come occasione per creare un ponte tra la società civile e i governi.

In Australia, la Loneliness Awareness Week si svolge durante la prima settimana di agosto e si propone di:

- approfondire la comprensione della solitudine e delle risposte comunitarie al fenomeno;
- normalizzare e incoraggiare conversazioni sane sulla solitudine e sull'isolamento sociale;
- costruire una rete nazionale di persone disposte a condividere la propria esperienza vissuta;
- ispirare individui e organizzazioni a promuovere connessioni sociali significative e salutari.

Molte campagne annuali si basano su rapporti di ricerca, come State of the Nation Social Connection (2023) (23) e Why We Feel Lonely (2024) (24), pubblicati in Australia. Il successo viene misurato in base alla copertura mediatica: la campagna del 2023 ha raggiunto 211 milioni di impression in 7 giorni, mentre quella del 2024 ne ha totalizzate 589 milioni in 21 giorni. La settimana coincide con la sessione del Parlamento australiano e include un incontro del gruppo parlamentare bipartisan Parliamentary Friends of Ending Loneliness, tenuto presso il Parlamento.

Negli Stati Uniti, la Loneliness Awareness Week del 2024, organizzata a giugno dalla Coalition to End Social Isolation and Loneliness e dalla Foundation for Social Connection, ha previsto tre giornate di eventi e attività interattive. Il primo giorno si è tenuto un summit con rappresentanti di organizzazioni e comunità attive nei settori della salute pubblica, delle politiche sociali, dell'advocacy, della tecnologia, della pianificazione urbana e del design, riuniti per apprendere, creare reti e scambiare idee. Il secondo giorno, i membri della Coalizione si sono recati a Capitol Hill per informare i legislatori sull'importanza di dare priorità alle politiche volte a rafforzare la connessione sociale. Il terzo giorno, il consiglio direttivo e il comitato guida della Coalizione hanno incontrato alti funzionari governativi per discutere di politiche dedicate alla connessione sociale (25).

In Giappone, la Public-Private Coordination Platform for Loneliness and Isolation Measures ha designato il mese di maggio come Mese della prevenzione della solitudine e dell'isolamento (26). L'obiettivo di questa iniziativa è promuovere una società in cui le persone si sentano libere di chiedere sostegno, di avvicinarsi agli altri e di domandare aiuto quando sperimentano solitudine o isolamento. Nel 2024, le attività hanno incluso una vasta diffusione di informazioni tramite manifesti promozionali, un sito web dedicato che illustra il lavoro delle organizzazioni impegnate sul tema, eventi ospitati nel Metaverso e un servizio di consulenza telefonica attivo 24 ore su 24.



Inquadramento: il modo in cui un tema viene comunicato — ciò che viene enfatizzato, come viene spiegato e ciò che viene lasciato implicito — può influenzare significativamente percezioni, atteggiamenti e azioni legati all'isolamento e alla solitudine. Un inquadramento efficace deve essere culturalmente e contestualmente rilevante per pubblici diversi al fine di guidare un cambiamento significativo. Nonostante l'adozione diffusa e il potenziale del framing, i ricercatori e gli esperti della comunicazione non hanno ancora sviluppato quadri di riferimento, messaggi o campagne di comunicazione facilmente accessibili, basati sulla ricerca e specificamente adattati all'isolamento e alla solitudine. L'assenza di quadri culturalmente rilevanti limita gli sforzi per affrontare questa questione cruciale (1). Ad esempio, l'inquadramento mediatico dell'isolamento sociale come problema di salute pubblica è stato respinto da alcuni membri del pubblico neozelandese, che lo hanno percepito come un problema individuale che richiede un'attenzione personale e familiare (27).

Messaggi: le campagne efficaci includono spesso messaggi semplici e facilmente attuabili, che evitano di rafforzare stereotipi estremi. I messaggi che ridimensionano la "normalità" di un comportamento, mostrando che non è socialmente accettabile, possono risultare particolarmente efficaci (6). Il Riquadro 10 presenta diverse campagne, tra cui quella del "digital detox", che scoraggia l'uso eccessivo degli schermi e promuove l'interazione faccia a faccia. Le persone possono essere riluttanti a partecipare a campagne contro la solitudine perché non vogliono ammettere di sentirsi sole o isolate. Le campagne future dovrebbero concentrarsi anche sulla comprensione e sul contrasto delle diverse modalità con cui si manifesta lo stigma, così da mirare in modo più efficace a ridurre l'impatto (28).

Interattività e uso dei social media: le campagne che includono elementi interattivi (ad esempio e-mail personalizzate) e quelle diffuse attraverso i social media tendono a essere più efficaci rispetto a campagne statiche (come la semplice visione passiva di video) (6).

Coinvolgimento della comunità: includere nella progettazione della campagna i membri della comunità che sono colpiti da isolamento sociale e solitudine può aumentarne l'efficacia. Ciò può essere fatto tramite ricerche partecipative o invitando rappresentanti della comunità a condividere la propria esperienza e contribuire alla creazione degli strumenti di comunicazione. L'iniziativa australiana "Ending Loneliness Together", ad esempio, riconosce che per coinvolgere tutta la popolazione nel contrasto alla solitudine è necessario un movimento inclusivo, diversificato e multidimensionale, che combini iniziative locali con politiche e programmi formali del Governo (29).

Riquadro 10.**Promuovere la connessione umana attraverso campagne annuali**

Il Movimento canadese per la connessione umana – GenWell – organizza sette campagne annuali per promuovere le connessioni faccia a faccia, fornendo promemoria e opportunità di incontro con familiari, amici, vicini, compagni di classe e colleghi. Ogni campagna è rivolta a un gruppo specifico, in un momento dell'anno in cui l'isolamento può essere maggiore, per favorire la connessione. Le campagne sono:

- **RED January:** incoraggia i propositi di inizio anno che prevedono attività fisica con altri;
- **Face-to-face February:** mette in evidenza le connessioni in presenza per gli studenti;
- **Two Weekend Campaigns:** una in primavera e una in autunno, per promuovere la connessione durante i cambi di stagione;
- **Loneliness Awareness Week:** aumenta la consapevolezza sulla solitudine tra le persone anziane;
- **Talk to a Stranger Week:** illustra i benefici dell'interagire con persone sconosciute;
- **Digital Detox Days:** offre suggerimenti per un uso più sano della tecnologia nel primo giorno di ogni mese.

L'obiettivo di queste campagne è educare e ispirare le persone a dare priorità alla connessione sociale nella vita quotidiana (30). In GenWell, il successo si misura in base alla portata, al coinvolgimento e alle azioni intraprese dopo una campagna.

Durante il GenWell Spring Weekend nel 2024, si sono registrate 265 persone. Tutti i 32 partecipanti che hanno risposto al sondaggio hanno riferito che l'esperienza di connessione con amici, familiari, vicini e colleghi ha avuto un impatto positivo sulla loro salute e sul loro ben-essere. L'iniziativa ha inoltre contribuito a una maggiore consapevolezza sulla salute sociale: il 53,1% dei partecipanti ha dichiarato di essere diventato più consapevole della sua importanza, e il 34,4% ha affermato di essere stato incoraggiato ad adottare un approccio più proattivo nella costruzione di relazioni. Questi risultati suggeriscono che i GenWell Weekends svolgono un ruolo significativo nel rafforzare i legami sociali e nel promuovere il ben-essere¹.

¹GenWell weekend – primavera e autunno 2024 (inedito).



Persone con esperienza diretta e narrazioni in prima persona: lo stigma e la discriminazione nella salute mentale possono essere ridotti in modo efficace quando le attività sono condotte o co-condotte da persone con esperienza diretta, includendo forme di contatto sociale tra chi ha vissuto queste esperienze e chi non le ha vissute, e promuovendo una collaborazione inclusiva con gruppi diversi (31). La ricerca sulle campagne mediatiche volte a ridurre lo stigma in ambito di salute mentale indica che quelle che includono narrazioni in prima persona tendono a essere più efficaci rispetto a quelle basate su racconti indiretti (16).

Finanziamenti e partenariati: finanziamenti sostenibili e di lungo periodo provenienti da fonti diversificate, insieme a partenariati con programmi, organizzazioni o reti di più ampia portata, possono rafforzare le campagne.

Combinazione di strategie: le campagne contro la solitudine e l'isolamento sociale possono risultare più efficaci quando combinate con altre strategie, come la fornitura di supporti concreti o l'integrazione in altre campagne sanitarie. Un sostegno governativo continuo e l'integrazione nelle politiche pubbliche sono fondamentali per il successo a lungo termine, sebbene l'efficacia degli interventi multicomponente dipenda dal contesto (2, 21).

Rilevanza culturale: l'adeguatezza culturale è essenziale, soprattutto nelle campagne internazionali o multiculturali. Il coinvolgimento delle comunità locali e dei leader culturali può favorire un dialogo collettivo, dando vita a campagne culturalmente informate ed efficaci (32–35).

Rispondere al panorama politico: Il successo di una campagna è influenzato anche dalla capacità dei suoi promotori di rispondere ai cambiamenti del contesto politico. L'assassinio di Jo Cox, deputata del Parlamento britannico che aveva sostenuto con forza il tema della solitudine, ha rappresentato un punto di svolta nel Paese: da quell'evento è nata la Commissione Jo Cox, che ha portato alla nomina del primo Ministro per la Solitudine del Regno Unito (8).

È cruciale identificare ciò che funziona nelle campagne per affrontare la solitudine e l'isolamento sociale, o per favorire la connessione sociale, al fine di evitare sprechi di risorse umane e finanziarie che potrebbero essere utilizzate per politiche e interventi per i quali esistono migliori prove di efficacia (21).

Riflessioni da esperienze vissute: azione collettiva per la connessione sociale

Chris

Attivista per la salute mentale della comunità nera (Regno Unito)

“Immaginiamo di prenderci dieci minuti al giorno per uscire e sorridere, salutando un perfetto sconosciuto. L’ho fatto, e fa davvero una grande differenza nella mia giornata, anche se alcune persone pensano che io sia strano. Ma [...] altri restano sinceramente sorpresi e rispondono in modo molto positivo.”

Joe

Dottorando e studente LGBTQ+, con DOC (Australia)

“Penso che affrontare lo stigma a livello comunitario possa aiutare le persone ad aprirsi sulle proprie esperienze e a cercare aiuto. Ma abbiamo anche bisogno di più iniziative guidate dalla comunità per sostenere coloro che sperimentano isolamento sociale e solitudine. [...] A volte una semplice conversazione può essere tutto ciò di cui una persona ha bisogno per sentirsi un po’ più connessa.”

Ruth

Dal villaggio di Kyondoni (Kenya)

“Promuovere attività ed eventi che riuniscono le persone può creare opportunità di interazione sociale e costruire un senso di appartenenza.”

Leila

Immigrata di prima generazione con origini filippine (Canada)

“Sto cercando attivamente di gestire l’isolamento sociale. Partecipare alla vita della comunità e imparare dagli altri mi ha aiutato a sentirmi meno sola mentre crescevo. Da giovane ero una volontaria molto attiva nella mia scuola e nella mia comunità, e continuo a esserlo ancora oggi. Attraverso eventi e iniziative di volontariato, riunisco le persone e trovo soddisfazione nel favorire queste connessioni e nel crearne di nuove io stessa.”

5.3 Reti e coalizioni

Le coalizioni intersettoriali, le reti e i partenariati possono rafforzare il supporto, il coordinamento e la promozione della connessione sociale (Riquadro 11), così come l'identificazione e l'attuazione di interventi efficaci per l'isolamento sociale e la solitudine.

Le reti sono insiemi di individui e organizzazioni uniti da un interesse comune verso un determinato tema e possono essere locali, nazionali o globali. In genere collegano una varietà di istituzioni, come agenzie delle Nazioni Unite, donatori bilaterali, istituzioni finanziarie internazionali, fondazioni private, governi nazionali, organizzazioni non governative, associazioni mediche, istituti di ricerca e think tank. Esistono reti per quasi tutte le principali sfide sanitarie che riguardano i Paesi a basso, medio e alto reddito (39). I membri possono fornire conoscenze, advocacy o finanziamenti, sviluppare politiche o attuare programmi, spesso sostenendosi reciprocamente nelle attività. Collaborano in vari modi, tra cui lo scambio di informazioni e risorse (ad esempio competenze tecniche), l'organizzazione di conferenze globali, il rafforzamento della capacità di raggiungere pubblici più ampi (ad esempio attraverso campagne), l'integrazione dei servizi e la ricerca congiunta. Le reti differiscono nella capacità di attirare attenzione, ottenere finanziamenti, sviluppare interventi e persuadere i governi nazionali ad adottare politiche e a implementare programmi. Queste differenze possono contribuire a spiegare perché i tassi di mortalità e morbidità associati ad alcuni problemi di salute siano diminuiti più rapidamente rispetto ad altri (39).

Riquadro 11. ***Commit to Connect***

“Yes!” è un’iniziativa intersettoriale avviata dalla US Administration for Community Living per contrastare l’isolamento sociale e la solitudine favorendo le connessioni sociali. La sua strategia comprende la sensibilizzazione, il rafforzamento della collaborazione e l’ampliamento dei programmi volti a promuovere il coinvolgimento sociale. Le attività includono la diffusione di programmi per la connessione sociale, la creazione di una rete di sostenitori, l’organizzazione di eventi come il National Summit to Increase Social Connections e la messa a disposizione di risorse per ridurre l’isolamento. L’iniziativa è finanziata principalmente dalla US Administration for Community Living, con il sostegno dell’Office of the Assistant Secretary for Health (36).

In Giappone, la Act on the Advancement of Measures to Address Loneliness and Isolation (37) prevede la creazione di uffici locali in ogni municipalità, fornendo una base legale alla collaborazione intersettoriale. Per rafforzare il coordinamento orizzontale tra settore pubblico, privato e non profit, il Governo ha istituito una Public-Private Coordination Platform for Loneliness and Isolation Measures (38), che offre finanziamenti per l’istituzione di sedi locali e fornisce supporto, come attività di condivisione delle conoscenze.



Diverse reti sono state create proprio in risposta alla crescente consapevolezza pubblica degli effetti dell'isolamento sociale e della solitudine sulla salute. Nel 2024 è stata distribuita un'indagine online sulla piattaforma Stakeholder.Net in due fasi: la prima ha coinvolto le organizzazioni già note alla Commissione OMS sulla Connessione Sociale, mentre la seconda ha incluso sia le organizzazioni indicate dai partecipanti della prima fase sia quelle che non avevano risposto in precedenza. Questo esercizio di mappatura delle reti di stakeholder ha identificato 214 organizzazioni attive su isolamento sociale, solitudine e/o connessione sociale, delle quali 106 hanno risposto all'indagine (Tabella 4).

Table 4.

Statistics of 106 organizations that responded to a survey in 2024

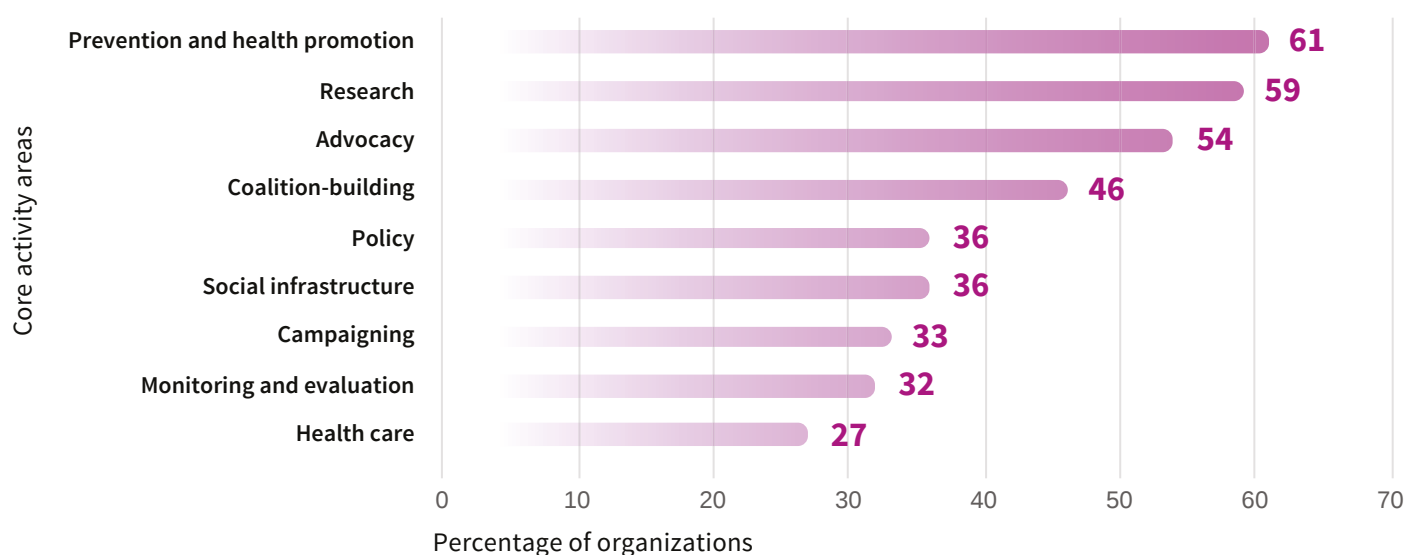
	NO.	%
No. of organizations that responded to the survey	106	
No. of organizations identified	214	
No. that had links with other organizations	196	
Density ^a		0.45
Global reciprocity ^a		16.7
Purpose of connection (organizations could answer all applicable options)		
To be inspired by other organizations' work	116	59.2
To inspire them by our work	92	46.9
To share our organization's resources	115	58.7
To obtain assistance with resources	70	35.7
Broader outreach	80	40.8
Service integration	37	18.9
Innovative solutions	56	28.6
Unified voice	76	38.8
Network creation	125	63.8
Collaborative research	58	29.6
Forms of engagement		
Communication only, e.g. shared information but no other resources	102	54.3
Shared resources, e.g. infrastructure, staff, funding	18	9.6
Joint programming, e.g. worked together towards common goals	68	36.2

**Calcolato solo sulla rete di rispondenti, escludendo le organizzazioni nominate ma non partecipanti. La densità varia da 0% (nessuna connessione) a 100% (tutte le relazioni possibili). Maggiore è la densità, più fitta è la rete. La reciprocità globale è la proporzione di connessioni reciproche tra membri della rete, ossia quando il rispondente A nomina il rispondente B e viceversa.*

La portata del loro lavoro variava da livello locale o subregionale (28 organizzazioni, 27%) a livello nazionale (45 organizzazioni, 43%) e internazionale (31 organizzazioni, 30%). Le organizzazioni operano in diversi ambiti (Fig. 16): oltre la metà si occupa di prevenzione, promozione della salute, ricerca e advocacy. Tra le 106 organizzazioni, meno del 50% svolgeva direttamente attività di assistenza sanitaria (27%), monitoraggio e valutazione (32%), campaigning (33%), sviluppo di politiche (36%), rafforzamento delle infrastrutture sociali (36%) o costruzione di coalizioni (46%). La maggior parte delle organizzazioni impegnate sulle infrastrutture sociali sviluppava reti di supporto, opportunità di volontariato, eventi comunitari o programmi educativi (Fig. 17). Il numero di organizzazioni attive in ambienti digitali era quasi doppio rispetto a quello delle organizzazioni operative in ambienti fisici.

Fig. 16.

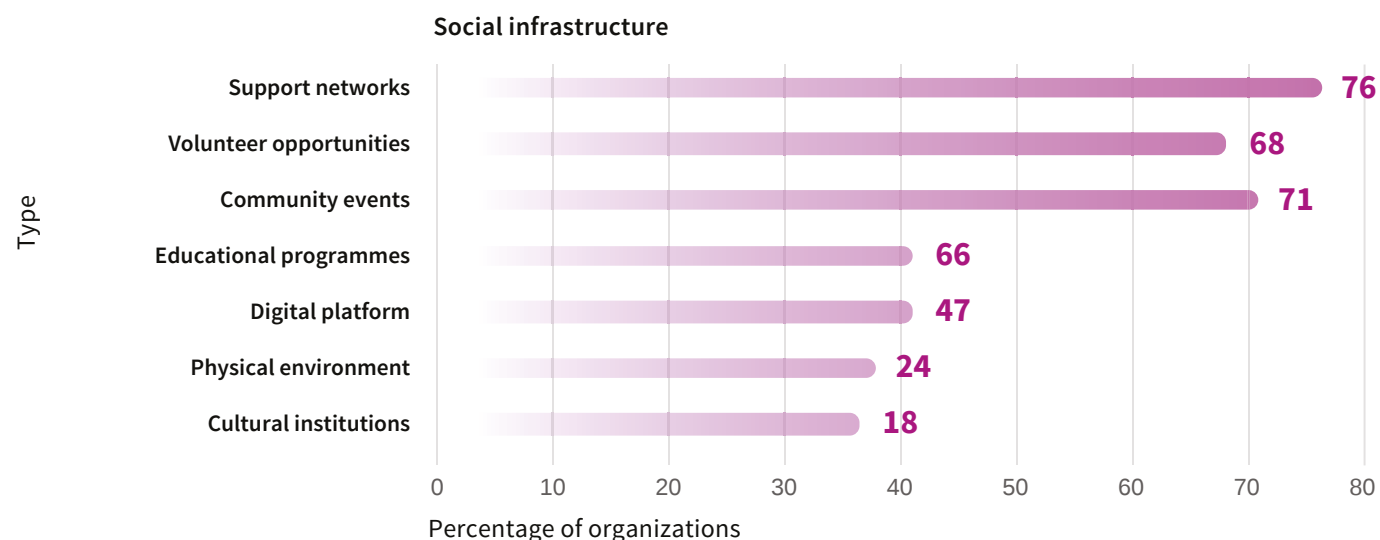
Activities of organizations working on social isolation, loneliness or social connection



Note: Multiple responses were possible.

Fig. 17.

Areas in which organizations are investing in social infrastructure



Note: Multiple responses were possible.

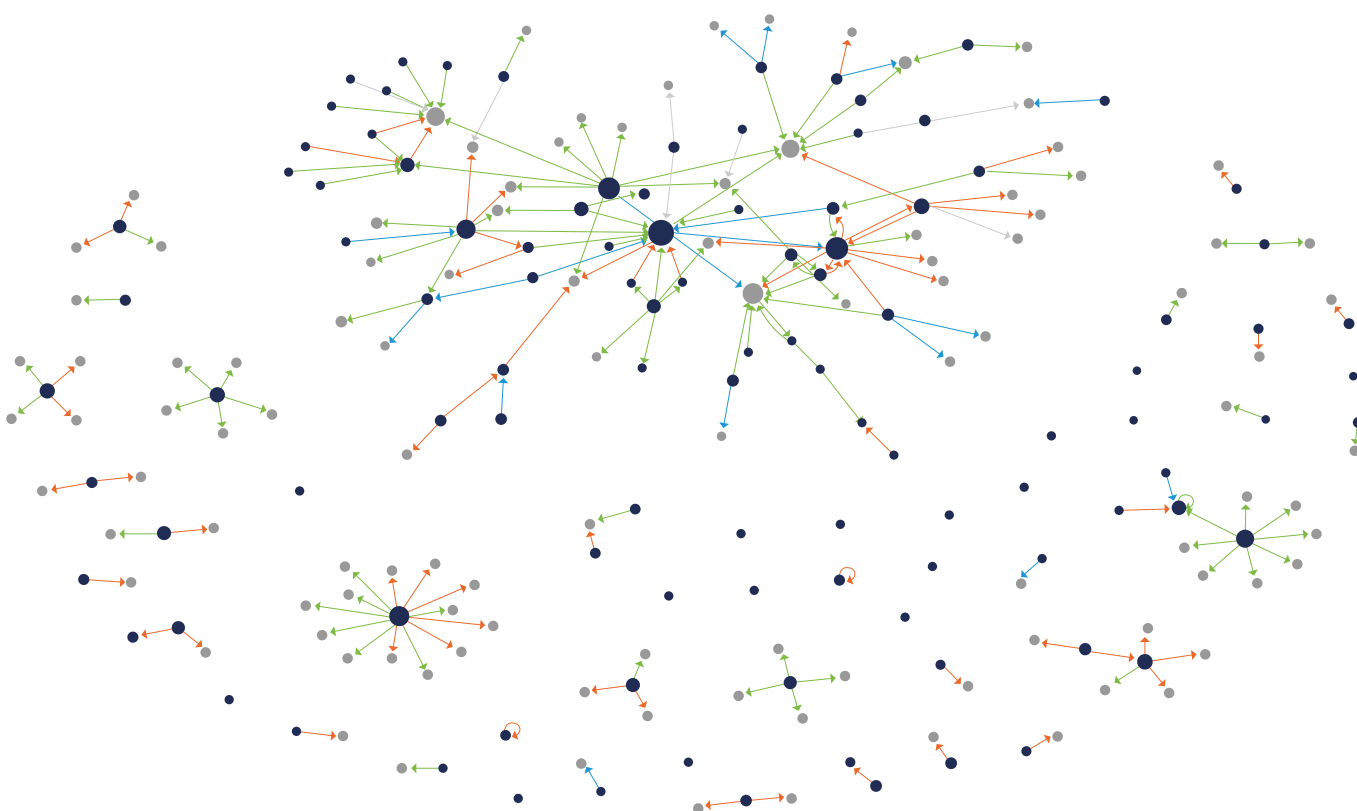
Le 106 organizzazioni hanno riportato complessivamente 196 collegamenti con altre organizzazioni attive sullo stesso tema; 45 organizzazioni (48%) hanno indicato di avere nessun collegamento o un solo collegamento. Lo scopo più frequente della collaborazione era creare una rete (64%), prendere spunto dal lavoro di altre organizzazioni (59%) e condividere le proprie risorse (59%) (Tabella 4). Oltre la metà dei collegamenti di collaborazione riguardava esclusivamente lo scambio di informazioni (54%), mentre circa un terzo era finalizzato alla realizzazione congiunta di attività o programmi (36%). La barriera principale alla collaborazione, segnalata da 64 organizzazioni (68%), era la mancanza di incoraggiamento o di incentivi alla creazione di reti. Altri ostacoli citati con frequenza erano la carenza di risorse umane o di competenze tecniche (40 organizzazioni, 43%) e la mancanza di tempo (38 organizzazioni, 40%).

I risultati dell'indagine (vedi Tabella 4) mostrano una rete poco connessa, caratterizzata da una densità molto bassa (0,45%), ossia con pochissimi collegamenti tra i membri; da una reciprocità limitata (16,7%), cioè una bassa percentuale di collegamenti reciproci tra le organizzazioni; e da una distribuzione sbilanciata delle nomine, ossia molte organizzazioni che indicano o ricevono poche nomine e poche organizzazioni che ne ricevono molte (Fig. 18).

Fig. 18.

Network of organizations as captured by a survey conducted by WHO on Stakeholder.Net

● organizations that responded to the survey **● organizations nominated by respondents but did not respond themselves**
Node size represents the total number of nominations made and received (degree).
↑ joint programming **↑ shared resources** **↑ communication only** **↑ collaboration type not specified**
Arrows: nominations, their colours representing the highest level of collaboration in the past 12 months.



I fattori che possono contribuire a questi risultati sono:

- **Maturità della rete:** le reti più giovani e meno strutturate tendono ad avere un livello di connettività inferiore, il che potrebbe spiegare la struttura complessivamente poco densa.
- **Indagine globale o focus locale:** sebbene l'obiettivo dell'indagine fosse individuare organizzazioni che si occupano di isolamento sociale, solitudine e connessione sociale su scala globale, molte di esse operano in aree geografiche limitate, soprattutto in Australasia, Europa e America settentrionale. Di conseguenza, le interazioni avvengono più facilmente all'interno delle rispettive regioni che non in reti più ampie. La presenza di sottogruppi locali è evidenziata anche nella Fig. 18.
- **Barriera alla partecipazione:** ostacoli come il poco tempo disponibile o la mancanza di risorse umane hanno probabilmente limitato la capacità di molte organizzazioni di partecipare all'indagine. Ciò ha influito sulle statistiche, con il rischio di sottostimare l'estensione reale dei collegamenti.

Raggiungere valori massimi nelle statistiche di rete non è sempre ideale né realistico. Con la crescita di una rete, la sua densità tende a diminuire, poiché ogni membro può gestire solo un numero limitato di collaborazioni. È fondamentale mantenere relazioni di alta qualità, caratterizzate da reciprocità e da un obiettivo chiaro. È inoltre importante che i membri possano accedere ai diversi nodi della rete con il minimo sforzo, così da garantire collegamenti efficienti ed efficaci.

Sebbene molte organizzazioni abbiano indicato o ricevuto solo poche nomine, un numero ristretto ne ha ricevute molte di più. Tra le organizzazioni — diverse dall'OMS — che in questa fase possono svolgere un ruolo chiave nel mobilitare la rete figurano: Ending Loneliness Together (Australia), la Global Initiative on Loneliness and Connection e la Foundation for Social Connection (USA), la Campaign to End Loneliness (Regno Unito), l'Anecy Behavioural Science Lab (Francia), ALONE (Irlanda), GenWell (il movimento canadese per la connessione umana), la Leyden Academy on Vitality and Ageing (Paesi Bassi), Neighbourly Lab (Regno Unito), il Joint Research Centre (Commissione europea) e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Per garantire un'azione realmente globale sarà essenziale identificare e coinvolgere figure di riferimento nei Paesi a basso e medio reddito, capaci di promuovere iniziative nei propri contesti e di rafforzare la portata e l'impatto della rete.

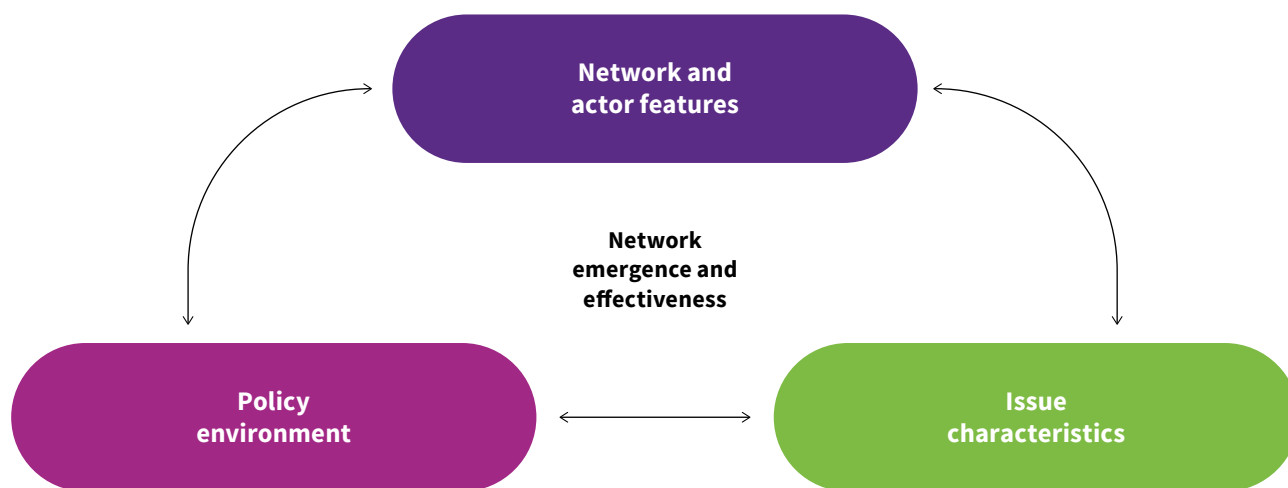
Efficacia delle reti nell'affrontare l'isolamento sociale e la solitudine

Non è noto quanto siano efficaci le reti nel contrastare la solitudine e l'isolamento sociale. In assenza di studi sull'efficacia delle reti nell'affrontare l'isolamento sociale, la solitudine o la connessione sociale, questo capitolo si basa sulle evidenze provenienti da reti di salute globale che operano su altri temi, come i danni legati all'abuso di alcol, lo sviluppo della prima infanzia, la mortalità materna, la mortalità neonatale, la polmonite, le condizioni trattabili chirurgicamente, il consumo di tabacco e la tubercolosi.

Tre fattori — insieme a diverse caratteristiche specifiche — influenzano la nascita e l'efficacia delle reti globali in ambito sanitario: le caratteristiche delle reti e dei loro membri, gli ambienti di policy in cui operano e le peculiarità dei problemi di salute che affrontano (Fig. 19) (39–42).

Fig. 19.

A framework of the emergence and effectiveness of global health networks



Source: Adapted from (39).

Caratteristiche delle reti e dei partecipanti:

- **Leadership:** spesso sono singole figure di riferimento a dare impulso alla formazione di una rete, unendo attori che prima operavano in modo isolato. Leader forti, capaci di offrire una visione chiara, possono attirare l'attenzione su un tema.
- **Governance:** strutture di governance formali e coordinate favoriscono l'azione collettiva e aumentano l'efficacia della rete.
- **Composizione:** una membership diversificata, che includa anche leader politici esterni al settore sanitario, rafforza la capacità della rete e ne amplia l'impatto.
- **Strategie di inquadramento:** le reti tendono a formarsi quando i quadri interpretativi esistenti su un tema risultano inadeguati. Le reti efficaci elaborano cornici unificate e convincenti per promuovere soluzioni (si veda anche "Inquadramento" nella sezione 5.2).

Ambiente di policy:

- **Alleati e oppositori:** oppositori forti possono stimolare la formazione di una rete, mentre alleanze con attori influenti ne aumentano l'efficacia.

- **Finanziamenti:** l'accesso ai finanziamenti dei donatori è cruciale per la costituzione e la sostenibilità di una rete.
- **Norme:** le reti emergono quando vi è una pressione sugli Stati e su altri attori ad affrontare un tema trascurato, ed è più probabile che siano efficaci quando i loro obiettivi sono in linea con le norme globali.

Caratteristiche della questione:

- **Gravità:** evidenze che mostrano la trascuratezza o la gravità di un problema spesso innescano la formazione di una rete capace di elaborare una risposta.
- **Trattabilità:** l'individuazione di soluzioni o la disponibilità di prove che il problema può essere affrontato incoraggiano la creazione di una rete per utilizzare tali evidenze nella ricerca di soluzioni.
- **Gruppi colpiti:** le reti si formano spesso in risposta a evidenze sull'impatto di un problema su gruppi specifici. La loro efficacia aumenta quando riescono a mobilitare sostegno per tali gruppi.



Direzioni future della ricerca

- Sviluppare metriche e valutare in modo sistematico l'efficacia (e la scalabilità) delle iniziative di advocacy, delle campagne e delle reti esistenti sull'isolamento sociale e la solitudine, al fine di favorire cambiamenti sistemici — come l'adozione di politiche e l'allocazione di risorse — e valutarne gli effetti a lungo termine sulla solitudine e sulla connessione sociale, con particolare attenzione ai gruppi più colpiti.
- Indagare le caratteristiche delle campagne di successo — digitali e in presenza — rivolte alla solitudine, in quanto parte di campagne più ampie che affrontano altri temi di salute pubblica.
- Esaminare il ruolo dello stigma, della cultura e di altri fattori contestuali nella progettazione e nell'efficacia delle campagne legate alla solitudine.
- Studiare la struttura, le dinamiche e l'efficacia delle reti esistenti che si occupano di campagne sull'isolamento sociale e sulla solitudine, includendo barriere e fattori che facilitano la collaborazione e la reciprocità tra le organizzazioni partecipanti.
- Analizzare l'efficacia delle coalizioni intersettoriali nel contrastare la solitudine e nel promuovere la connessione sociale, ed esplorare strategie per coinvolgere diversi stakeholder — compresi i settori sanitario, dei servizi sociali, dell'istruzione e quello privato — in processi collaborativi.
- Esplorare modelli di finanziamento sostenibile e di condivisione delle risorse all'interno delle reti e delle campagne.

Conclusioni

L'advocacy, le campagne, le reti e le coalizioni possono svolgere un ruolo significativo nel contrastare l'isolamento sociale e la solitudine e nel promuovere la connessione sociale, amplificando le voci delle persone, mobilitando risorse, facilitando la collaborazione e stimolando l'adozione di politiche. Queste strategie possono integrare gli approcci individuali e comunitari, offrendo una piattaforma per cambiamenti sistemici e per un'azione continuativa nel tempo. Sebbene le evidenze dirette del loro impatto su isolamento sociale e solitudine siano limitate, l'esperienza maturata attraverso iniziative di advocacy in altri ambiti offre indicazioni preziose per l'azione e la ricerca future.

I risultati dell'indagine suggeriscono che, data la bassa densità e la scarsa reciprocità delle reti esistenti, esiste sia un bisogno sia un potenziale ancora inesplorato per costruire reti più solide sulla connessione sociale a livello locale, nazionale e globale. Ciò richiederà incentivi istituzionali e strategie che facilitino e promuovano modalità di lavoro più collaborative (2, 21, 40). In modo cruciale, sarà inoltre necessario un allineamento delle azioni volte ad aumentare la creazione di politiche e la mobilitazione di risorse per la connessione sociale, affinché coalizioni politiche — all'interno e oltre il settore sanitario — possano generare un impatto significativo e duraturo (2, 21, 40).

Riferimenti bibliografici

1. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2020. (<https://doi.org/10.17226/25663>).
2. Bazant E, McPhillips-Tangum C, Shrestha SD, Preetha GS, Khera A, Nic Lochlainn L et al. Promising practices for the collaborative planning of integrated health campaigns from a synthesis of case studies. *BMJ Glob Health*. 2022;7(12):e010321 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010321>).
3. Coffman J. Public communication campaign evaluation. Washington, DC: Communications Consortium Media Center; 2002 (<https://www.dors.it/documentazione/testo/200905/Public%20Communication%20Campaign%20Evaluation.pdf>).
4. Rice RE, Atkin CK. Theory and principles of public communication campaigns. In: Public communication campaigns. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2012:3–19 (<https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/public-communication-campaigns/book234975#contents>).
5. Rogers EM, Storey JD. Communication campaigns. In: Berger C, Chaffee S, editors. *Handbook of Communication Science*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1987:817–46 (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-handbook-of-communication-science/book227447>).
6. Stead M, Angus K, Langley T, Katikireddi SV, Hinds K, Hilton S et al. Mass media to communicate public health messages in six health topic areas: a systematic review and other reviews of the evidence. *Public Health Res*. 2019;7(8) (<https://doi.org/10.3310/phr07080>).
7. Jopling K. Exploring the legacy of the Campaign to End Loneliness. London: Campaign to End Loneliness; 2024 (<https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Exploring-the-legacy-of-the-Campaign-to-End-Loneliness-April-2024.pdf>).
8. Li L, Carrino L, Reinhard E, Avendano M. Has the UK Campaign to End Loneliness reduced loneliness and improved mental health in older age? A difference-in-differences design. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2024;32(3):358–72 (<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.007>).
9. Cupitt S. The Campaign to End Loneliness evaluation: Health and wellbeing boards' uptake of campaign messages. London: Charities Evaluation Services; 2013 (<https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/downloads/2013/06/Health-and-wellbeing-boards-uptake-of-Campaign-messages.pdf>).
10. Fong P, Cruwys T, Robinson SL, Haslam SA, Haslam C, Mance PL et al. Evidence that loneliness can be reduced by a whole-of-community intervention to increase neighbourhood identification. *Soc Sci Med*. 2021;277:113909 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113909>).

11. Noar SM. Challenges in evaluating health communication campaigns: defining the issues. *Commun Meth Meas.* 2009;3(1-2):1-11 (<https://doi.org/10.1080/19312450902809367>).
12. Noar SM, Palmgreen P, Zimmerman RS. Reflections on evaluating health communication campaigns. *Commun Meth Meas.* 2009;3(1-2):105-14 (<https://doi.org/10.1080/19312450902809730>).
13. Sixsmith J, Fox K, Doyle P, Barry MM. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Centre for Disease prevention and Control; 2014 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>).
14. Lim CCW, Rutherford B, Gartner C, McClure-Thomas C, Foo S, Su FY et al. A systematic review of second-hand smoking mass media campaigns (2002–2022). *BMC Public Health.* 2024;24(1):693 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-18222-5>).
15. Suman A, Armijo-Olivo S, Deshpande S, Marietta-Vasquez J, Dennett L, Miciak M et al. A systematic review of the effectiveness of mass media campaigns for the management of low back pain. *Disabil Rehabil.* 2021;43(24):3523–51 (<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1743777>).
16. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7):CD009453 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>).
17. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(3):249–58 (<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>).
18. Tam MT, Wu JM, Zhang CC, Pawliuk C, Robillard JM. A systematic review of the impacts of media mental health awareness campaigns on young people. *Health Promot Pract.* 2024;25(5):907–20 (<https://doi.org/10.1177/15248399241232646>).
19. McBride M. What works to reduce prejudice and discrimination? A review of the evidence. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (<https://www.gov.scot/publications/works-reduce-prejudice-discrimination-review-evidence/pages/2/>).
20. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67 (<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>).
21. Wernette R, Bhatnagar B, Bazant E. Technical brief: Defining health campaigns and health campaign effectiveness. Decatur (GA): Health Campaign Effectiveness Coalition and the Task Force for Global Health; 2020 (<https://campaigneffectiveness.org/wp-content/uploads/2020/10/Health-Campaign-Effectiveness-October-2020.pdf>).
22. Schar E, Gutierrez K, Murphy-Hoefer R, Nelson DE. Tobacco use prevention media campaigns; lessons learned from youth in nine countries. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006 (https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11400/cdc_11400_DS1.pdf).
23. State of the nation report. Social connection in Australia 2023. Pyrmont (NSW): Ending Loneliness Together; 2023 (https://ncq.org.au/wp-content/uploads/2023-Loneliness-Awareness_State-of-the-Nation-Report.pdf).
24. Why we feel lonely. Sydney: Ending Loneliness Together; 2024 (<https://endingloneliness.com.au/wp-content/uploads/2024/09/why-we-feel-lonely.pdf>).
25. Coalition to End Social Isolation and Loneliness, Foundation for Social Connection. Global loneliness awareness summit: Building a culture of connection. Washington, DC: Coalition to End Social Isolation and Loneliness; 2024 (<https://www.endsocialisolation.org/wp-content/uploads/2024/10/2024-GLAW-Post-Event-Report.pdf>).
26. Priority plan to facilitate the promotion of the policies regarding measures to address loneliness and isolation. Tokyo: Headquarters for Advancement of Measures to Address Loneliness and Isolation; 2024 (https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/jutenkeikaku/pdf/jutenkeikaku_english.pdf).
27. Breheny M, Severinsen C. Is social isolation a public health issue? A media analysis in Aotearoa/New Zealand. In: Henderson L, Hilton S, Green J, editors. *Media analysis and public health: Contemporary issues in critical public health.* Routledge; 2019:10 (<https://doi.org/10.4324/9780429320743>).
28. Barreto M, van Breen J, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT et al. Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *J Soc Pers Relat.* 2022;39(9):2658–79 (<https://doi.org/10.1177/02654075221087190>).
29. Ending loneliness together in Australia. Pyrmont (NSW): Ending Loneliness Together; 2020 (https://endingloneliness.com.au/wp-content/uploads/2020/11/Ending-Loneliness-Together-in-Australia_Nov20.pdf).
30. GenWell [website]. GenWell; 2025.
31. Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061384>).
32. Cooke-Jackson. Multicultural campaign. In: Thompson TL, editor. *Encyclopedia of health communication.* Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2014:897–900 (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/encyclopedia-of-health-communication/book239622>).
33. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:439–55 (<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>).

34. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav.* 2003;30(2):133–46 (<https://doi.org/10.1177/1090198102251021>).
35. Tan NQP, Cho H. Cultural appropriateness in health communication: a review and a revised framework. *J Health Commun.* 2019;24(5):492–502 (<https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382>).
36. Tools to connect and engage [website]. Connecting people with resources that help fight social isolation and loneliness. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Commit to Connect; 2025 (<https://committtoconnect.org/>).
37. Act on the advancement of measures to address loneliness and isolation. Tokyo: Ministry of Justice; 2023 (<https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/4567>).
38. Public-private partnership platform for combating loneliness and isolation in Japan [website]. Tokyo: Cabinet Office; 2025 (https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/platform/index.html).
39. Shiffman J, Quissell K, Schmitz HP, Pelletier DL, Smith SL, Berlan D et al. A framework on the emergence and effectiveness of global health networks. *Health Policy Plan.* 2016;31(Suppl 1):i3–16 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czu046>).
40. Shiffman J. Networks and global health governance: introductory editorial for Health Policy and Planning supplement on the Emergence and Effectiveness of Global Health Networks. *Health Policy Plan.* 2016;31(Suppl 1):i1–2 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czw019>).
41. Shiffman J. Four challenges that global health networks face. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6(4):183–9 (<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.14>).
42. Shiffman J. Agency, structure and the power of global health networks. *Int J Health Policy Manag.* 2018;7(10):879–84 (<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.71>).

Capitolo 6

Politiche per favorire la connessione sociale

“La mia condizione di isolamento sociale è stata aggravata da problemi globali come il ritmo frenetico della vita, il culto del successo, le crisi mondiali e la guerra nel mio Paese. [...] Vorrei che a livello governativo si prestasse maggiore attenzione ai principi dello sviluppo sostenibile, che comprendono anche l’uguaglianza.”

Listen to Polina's full story here



Polina Abrazhevych, giovane rifugiata che vive in Polonia con una diagnosi tardiva di ADHD (Ucraina)
© WHO

Messaggi chiave

Le politiche pubbliche hanno un enorme potenziale nell'influenzare la connessione sociale.

Una revisione globale, commissionata per questo rapporto, ha mostrato che otto dei 194 Stati membri dell'OMS – tutti appartenenti a Paesi ad alto reddito – dispongono di politiche che affrontano la questione (Danimarca, Finlandia, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito [solo Inghilterra, Scozia e Galles] e Stati Uniti).

La maggior parte di queste politiche affronta la solitudine, che rappresenta solo una delle dimensioni della disconnessione sociale.

Tra le raccomandazioni comuni di tali politiche figurano l'adozione di un approccio globale e intersettoriale per affrontare il problema, il rafforzamento delle conoscenze, la sensibilizzazione per ridurre lo stigma e la promozione della collaborazione tra settori.

La maggior parte dei documenti cita un'ampia varietà di interventi specifici.

Con l'aumento del numero di Paesi che svilupperanno politiche in questo ambito, sarà importante garantirne una valutazione rigorosa e la condivisione delle esperienze e delle lezioni apprese.

Questo capitolo presenta i risultati di una revisione globale dei documenti di politica nazionale (come politiche, strategie, piani d'azione, leggi e linee guida) che affrontano in modo diretto la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine. L'obiettivo della revisione è illustrare come i diversi Paesi stiano affrontando questa questione. I risultati si basano sui documenti di politica nazionale analizzati e non sono stati verificati o convalidati dai Paesi interessati.

La sezione 6.1 del capitolo elenca gli Stati membri dell'OMS che hanno emanato tali documenti, specificandone la natura e la tempistica. La sezione 6.2 riassume i principali obiettivi e le raccomandazioni dei documenti di policy. La sezione 6.3 fornisce una panoramica dei tipi di interventi menzionati nei documenti, la sezione 6.4 tratta i piani di finanziamento e di attuazione, mentre la sezione 6.5 illustra le previsioni relative al monitoraggio e alla valutazione di politiche, strategie, piani d'azione e linee guida.

La revisione non ha preso in considerazione i documenti di policy che includono i temi della solitudine, dell'isolamento sociale o della connessione sociale all'interno di politiche più ampie dedicate a settori specifici (ad esempio istruzione, lavoro, tecnologie dell'informazione e della comunicazione, sanità e assistenza sociale), a gruppi di popolazione o fasi della vita (come bambini, anziani o persone con disabilità), oppure a questioni trasversali come la riduzione della povertà e lo sviluppo comunitario. I risultati non intendono fornire un modello prescrittivo per i decisori politici, ma piuttosto ispirarli mostrando la varietà di approcci con cui il tema viene affrontato nelle diverse politiche.

Le politiche possono influenzare la connessione sociale. In una revisione dei dieci più grandi successi della salute pubblica del XX secolo (tra cui la sicurezza stradale, la sicurezza nei luoghi di lavoro e il controllo del tabacco), le modifiche normative – come le leggi sull'uso delle cinture di sicurezza, le regolamentazioni sui livelli di esposizione nei luoghi di lavoro e la Convenzione quadro dell'OMS per il controllo del tabacco – sono state costantemente identificate come elementi di importanza cruciale (1–3).

Tuttavia, molti ostacoli si frappongono alla piena realizzazione del potenziale delle politiche. Tra questi figurano la necessità di garantire finanziamenti adeguati, generare consapevolezza pubblica e volontà politica per una corretta attuazione; la presenza di opposizioni organizzate; aspettative eccessivamente ottimistiche (ad esempio sottovalutazione della complessità, della solidità delle evidenze o dei costi e delle tempistiche); l'attuazione frammentata, soprattutto nei sistemi politici decentralizzati; la scarsa collaborazione e coordinazione tra gli attori coinvolti; e le dinamiche variabili della scena politica, in cui i decisori spesso cambiano incarico prima di poter essere ritenuti responsabili dei risultati delle politiche (4, 5). Le sfide scientifiche comprendono la necessità di assicurare che le politiche si basino su solide evidenze – colmando il cosiddetto “divario tra evidenze e politiche” (evidence-policy gap) – e che vengano sottoposte a una valutazione rigorosa (1, 6–8). Sebbene non sia sempre possibile realizzare sperimentazioni controllate randomizzate per ragioni logistiche o etiche, è comunque possibile valutare le politiche in modo rigoroso mediante altri approcci di ricerca.

La comprensione delle difficoltà specifiche legate all'attuazione di tali politiche, alla loro valutazione sistematica e all'analisi delle ragioni del loro successo o fallimento è ancora limitata. Questo capitolo, quindi, si concentra sul contenuto dei documenti di politica nazionale che affrontano i temi della connessione sociale, dell'isolamento sociale e della solitudine – includendo politiche, strategie, piani d'azione, leggi e linee guida – pubblicati dai 194 Stati membri dell'OMS fino a febbraio 2025.

La revisione si basa su ricerche condotte in 18 lingue e riguarda esclusivamente politiche, strategie, piani d'azione, leggi o linee guida di livello nazionale che affrontano in modo diretto la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine. Sono stati esclusi i documenti di politica subnazionale, i white papers e i rapporti tecnici o statistici. La classificazione del tipo di documento – politica, strategia, piano d'azione, legge o linea guida – si è basata sulla descrizione fornita dagli autori. Sono stati inoltre esclusi i documenti che trattavano altri temi, come l'invecchiamento attivo o la salute mentale, in cui la connessione sociale, l'isolamento o la solitudine erano considerati aspetti secondari. I dettagli sui metodi e sui risultati della revisione sono riportati in altra sede (9).

Riflessioni da esperienze vissute: modellare la società per la connessione sociale

Silfana

Studentessa e migrante
(Indonesia)

“La solitudine non è semplicemente un problema di salute mentale individuale. Quando si guarda a una persona, bisogna riconoscere che essa fa parte di un sistema più ampio. Per affrontare davvero la solitudine, quindi, non bisogna considerarla con un approccio medico individualizzato, ma individuare le cause sistemiche che portano le persone a sentirsi sole.”

Willow

Giovane neurodivergente che
convive con problemi di
salute mentale (USA)

“Un’assistenza sanitaria universale e un reddito di base universale probabilmente migliorerebbero significativamente la vita di tutti. Le persone non dovrebbero trascorrere così tanto tempo in modalità sopravvivenza e potrebbero invece dedicarsi a cure, passioni, obiettivi, opportunità ed esperienze che sentono autentiche e appaganti.”

Misaq (Not his real name)

Young male refugee
(Sweden)

Quando Misaq si trasferì per la prima volta nel suo appartamento, ricevette due bollette dell’elettricità molto alte. Per questo cercò di contattare la sua assistente sociale per chiedere un consiglio su come affrontare la situazione. “Solo se è un’urgenza”, gli disse lei. E per Misaq lo era davvero. Ma non volle incontrarlo. Ancora oggi, quel ricordo gli fa male. Più tardi si trasferì di nuovo, e questo significò avere una nuova assistente sociale. Dopo un po’ di tempo, lei lo chiamò e gli chiese di incontrarlo. Misaq andò nel suo ufficio. Lei gli domandò come andasse a scuola. “A piedi”, rispose Misaq. “E come vai al lavoro, allora?” “Prendo l’autobus”. “Allora voglio che tu faccia richiesta per un abbonamento dell’autobus. Te ne darò uno, così potrai andare al lavoro e incontrare i tuoi amici”. Misaq mi guarda e mi dice: “Mi ha reso così felice che quasi mi sono messo a piangere”.

Amy

Giovane con esperienza di discriminazione e stigma dovuti a malattia fisica e mentale (USA)

“Abbiamo bisogno di più compassione nella società nel suo insieme. Creare semplicemente più relazioni non basta, perché nella nostra società esistono una paura e una diffidenza così diffuse nei confronti dell'altro da renderci facilmente ancora più isolati attraverso connessioni forzate. Ciò che conta davvero è il modo in cui ci connettiamo. Abbiamo bisogno di ricostruire legami profondi tra le generazioni, di spazi di incontro comunitario che siano curati e mantenuti, e di riattivare i nostri ‘muscoli sociali’.”

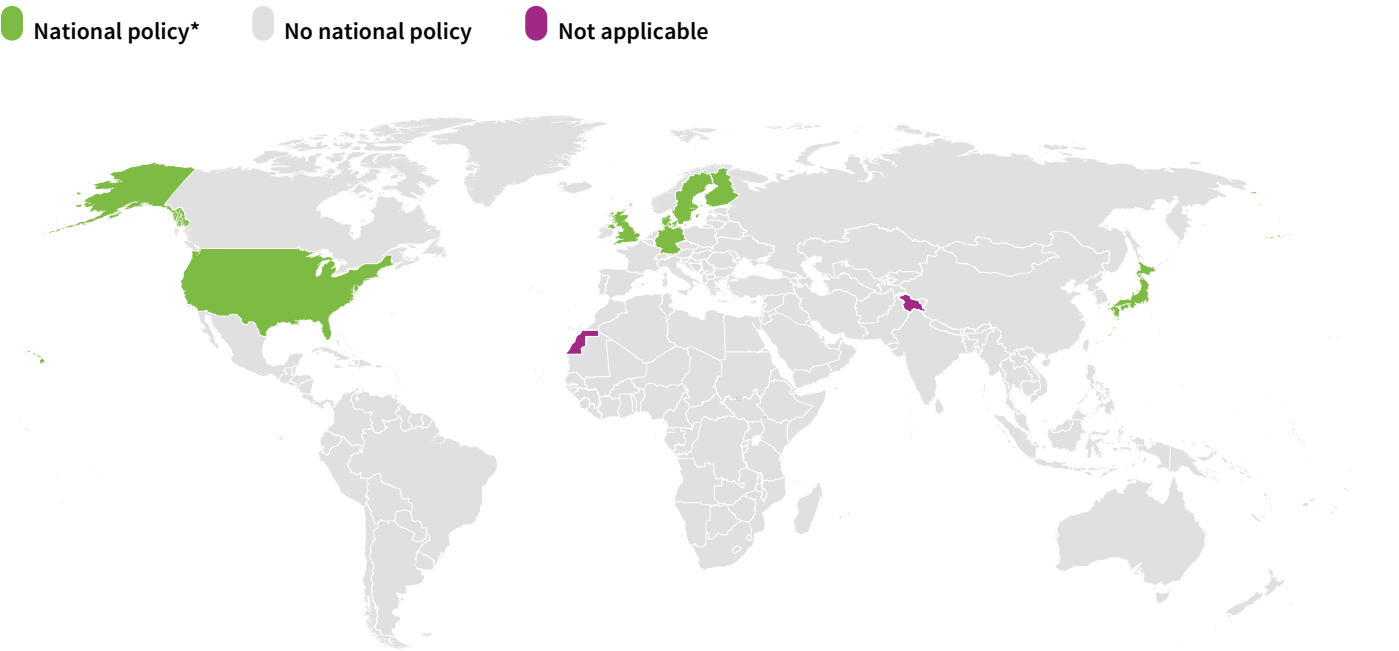
6.1 Politiche adottate dagli Stati Membri dell'OMS

A novembre 2024, solo otto Stati membri dell'OMS disponevano di una politica, una strategia, un piano d'azione, una legge o una linea guida che affrontasse direttamente il tema della connessione sociale (Fig. 20; Tabelle 5 e 6). Tutti sono Paesi ad alto reddito:

- **Danimarca:** strategia nazionale e piano d'azione nazionale (10, 11);
- **Finlandia:** strategia nazionale e piano d'azione nazionale (12, 13);
- **Germania:** strategia nazionale (14, 15);
- **Giappone:** legge intitolata “Legge per la promozione di misure volte a contrastare la solitudine e l'isolamento”, piano d'azione nazionale e nomina di un ministro responsabile delle misure per la solitudine (16, 17);
- **Paesi Bassi:** piano d'azione nazionale (18);
- **Svezia:** strategia nazionale (19);
- **Regno Unito**
 - **Inghilterra:** strategia nazionale, piano d'azione nazionale e ministro per la solitudine (20, 21);
 - **Scozia:** strategia nazionale (22);
 - **Galles:** strategia nazionale (23);
- **USA:** “Surgeon General’s Advisory”*(24).

*Un “Surgeon General’s Advisory” è una dichiarazione pubblica che richiama l'attenzione del popolo americano su un importante problema di salute pubblica e fornisce raccomandazioni su come affrontarlo. Gli avvisi vengono rilasciati per problemi di salute pubblica significativi che richiedono consapevolezza e azione immediata (24).

Fig. 20.
Map of WHO Member States that had a policy, strategy, action plan, law or advisory that directly addresses social connection as of November 2024



*In the United Kingdom, only England, Scotland and Wales have policies.

Nota: I confini e i nomi riportati in questa mappa, così come le denominazioni utilizzate, non implicano da parte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità alcuna presa di posizione riguardo allo status giuridico di Paesi, territori, città o aree, o delle loro autorità, né riguardo alla delimitazione dei loro confini. Le linee tratteggiate o punteggiate rappresentano confini approssimativi sui quali potrebbe non esserci ancora pieno accordo.

Table 5.
Documenti che affrontano direttamente la connessione sociale disponibili in otto Stati Membri, per un totale di 10 Paesi

Country and references	Title	Type	Government department	Year
Denmark (10, 11)	Sammen mod ensomhed. En national 2040 Strategi for nedbringelse af ensomhed i Danmark (Together against loneliness. A national 2040 strategy for reducing loneliness in Denmark)	Strategy	2 NGOs: Ældre Sagen (DaneAge Association), Danish Red Cross on behalf of the national Government	2023
	National handlingsplan mod ensomhed (National action plan against loneliness)	Action plan		
England (20, 21)	Emerging Together: The Tackling Loneliness Network Action Plan	Action plan	Department for Digital, Culture, Media and Sport	2021
	A connected society – A strategy for tackling loneliness	Strategy	Department for Digital, Culture, Media and Sport	2018

Country and references	Title	Type	Government department	Year
Finland (12, 13)	Osallistujien Suomi: Kansallinen toimenpideohjelma yksinäisyyden vähentämiseksi ja yhteisöllisyyden vahvistamiseksi (Participants' Finland: National action plan for reducing loneliness and strengthening community spirit)	Action plan	Parliament of Finland, Ministry of Education and Culture, Ministry of Social Affairs and Health, Finnish National Agency of Education, Finnish Institute for Health and Welfare, other institutions, associations and universities	2024
	Osallistujien Suomi: Kansallinen strategia yksinäisyyden vähentämiseksi ja yhteisöllisyyden vahvistamiseksi (Participants' Finland: National strategy for reducing loneliness and strengthening community spirit)	Strategy		2025
Germany (14)	Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit (Federal Government strategy to counter loneliness)	Strategy	Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth	2023
Japan (16, 17)	孤独・孤立対策推進法 (Act on the Advancement of Measures to Address Loneliness and Isolation)	Law	Loneliness and Isolation Measures Headquarters	2023
	孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画 (Priority plan on measures to address loneliness and isolation)	Priority plan	Loneliness and Isolation Measures Headquarters	2024
Netherlands (Kingdom of the) (18)	Eén tegen eenzaamheid. Actieprogramma 2022–2025 (One against loneliness. Action programme 2022–2025)	Action plan	Ministry of Health, Welfare and Sport	2022
Scotland (22)	Recovering our Connections 2023–2026. A plan to take forward the delivery of a connected Scotland – our strategy for tackling social isolation and loneliness and building stronger social connections [updated version, 2018]	Strategy	Scottish Government	2023
Sweden (19)	Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen. En nationell strategi mot ensamhet (Together for a good community across the population. A national strategy against loneliness)	Strategy	Public Health Agency Sweden on behalf of the Government	2025
USA (24)	Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The US Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community	National advisory	US Department of Health and Human Services	2023
Wales (23)	Connected Communities. A strategy for tackling loneliness and social isolation and building stronger social connections	Strategy	Welsh Government	2020

Table 6.

Timelines and milestones in development of programmes

Country	Year/month	Milestone
Denmark	2014/09	Formation of “United against loneliness”, a cross-sectoral network of organizations, businesses, foundations and municipalities
	2022/05	Formation of a national partnership against loneliness
	2022/09	All-party Parliamentary Group against Loneliness is established
	2023/05	Publication of the Danish strategy and action plan (10, 11)
	2023/06	Government funding for United Against Loneliness to monitor progress in achieving the 75 initiatives in the action plan
England	2011	Campaign to End Loneliness established
	2016	Jo Cox Commission on Loneliness, which highlighted the widespread nature of loneliness and its various societal impacts
	2017	Formation of the Loneliness Action Group (network of over 50 organizations led by the British Red Cross)
	2018	All-Party Parliamentary Group on Loneliness and Connected Communities established
	2018/01	Minister for Loneliness appointed
	2018/10	Publication of the national strategy (20)
	2021/05	Publication of the action plan (21)
Finland	2022/10	Received 6 million-euro research grant to study loneliness among children and adolescents and contacted Parliament as part of outreach Formation of a Parliamentary group to address loneliness and ostracism
	2024/02	Formation of a group to address loneliness that includes members from the ministries of Education and Culture and Social Affairs and Health, the Finnish National Agency of Education, the Finnish Institute for Health and Welfare, the Association of Finnish Municipalities, the Finnish Olympic Committee, ITLA Children’s Foundation, NGOs, Church and University of Turku
	2024/09	Publication of action plan and strategy (12, 13)
Germany	2022/02	Founding of the Loneliness Network (NGO and Government)
	2022/06	Launch of development of a Federal Government strategy against loneliness
	2023/03	Workshop with cross-sectoral stakeholders to discuss and further develop draft of strategy
	2023/12	Publication of the German strategy (14)
Japan	2021/02	Minister in charge of Measures for Loneliness and Isolation appointed Office for Policy on Loneliness and Isolation Measures established in the Cabinet Secretariat
	2021/02	Liberal Democratic Party Special Mission Committee on Loneliness and Isolation established (even before the establishment of the Committee, study sessions had been organized by young members of the LDP) Komeito Headquarters for Prevention of Social Isolation
	2021/12	Publication of the first priority plan

Country	Year/month	Milestone
Japan (cont'd)	2022/02	National public-private partnership against loneliness and social isolation formed (Government-initiated and run; Government ministries, municipalities, NGOs and private businesses: 622 organizations as of 1 February 2025)
	2022/04	Publication of national survey on actual situation of loneliness and isolation
	2023/05	Parliament passes “Act on the Advancement of Measures to Address Loneliness and Isolation” (enacted April 2024)
	2024/06	Priority plan based on the law (decision by the Promotion Headquarters headed by the Prime Minister)
Netherlands (Kingdom of the)	2018/03	Publication of the first action plan (2018–2022)
	2021/12	263 of 342 municipalities (76.9%) took part in the action programme Formation of a national coalition between public sector organizations and private companies to address loneliness (n=166)
	2022/09	Publication of the second action plan (2022–2025) (18)
Scotland	2018	Scottish Household Survey includes a question on loneliness
	2018/12	Publication of the first strategy
	2019	National Implementation Group set up (renamed Social Isolation and Loneliness Advisory Group in 2021)
	2023/02	Publication of the second strategy (22)
Sweden	2024/03	Publication of first report on prevalence of loneliness and its health consequences
	2025/02	Publication of the strategy (19)
USA	2018/08	National coalition of non-profit and for-profit organizations formed to advocate for national policy reforms related to social isolation and loneliness
	2022/05	Experts research review and document drafting, supported by non-profit organizations
	2023/05	Publication of the US advisory (24)
Wales	2018	Royal British Legion conducted research on loneliness and social isolation in the Armed Forces community
	2018/10	Government held a 12-week public consultation on how best to tackle loneliness and social isolation in Wales, with over 230 responses from individuals and organizations
	2019/03	Summary report of consultation published as a basis for the strategy
	2020/02	Publication of the strategy (23)

NGO: nongovernmental organization.

Tutte le politiche sono state pubblicate dal 2018 in poi e la maggior parte dal 2023. Le politiche volte a promuovere la connessione sociale e a contrastare l'isolamento sociale e la solitudine sono quindi un fenomeno relativamente nuovo.

Sono stati inoltre individuati altri sette Paesi che dispongono di politiche il cui obiettivo principale riguarda altri ambiti, ma che affrontano in modo secondario la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine. Si tratta di:

- **Albania** (parte di una politica sull'invecchiamento) (25);
- **Cechia** (parte di una politica sociale più ampia) (26);
- **Gibuti** (parte di una politica di sviluppo più ampia) (27);
- **Irlanda** (parte di una politica di salute mentale) (28);
- **Malta** (parte sia di una politica di salute mentale sia di una politica sull'invecchiamento) (29, 30);
- **Norvegia** (parte di una politica di salute pubblica) (31);
- **Spagna** (parte di una politica di salute mentale) (32).

Di seguito vengono descritti due esempi di come la solitudine possa essere affrontata all'interno di altre politiche.

Norvegia. Una sezione di dieci pagine di un rapporto sulla sanità pubblica del 2018 è stata dedicata alla strategia del Governo per la prevenzione della solitudine. Tuttavia, nel documento si sottolinea che diverse altre strategie e rapporti (ad esempio quelli sui bambini che vivono in povertà, sulla salute mentale e sul volontariato nel settore sanitario e assistenziale) includono misure di contrasto alla solitudine (31).

Giappone. Prima della pubblicazione del National Priority Plan, il Giappone aveva già introdotto programmi nazionali volti a promuovere il capitale sociale e a rafforzare i legami sociali nelle comunità. Le iniziative comprendevano la creazione di sistemi di assistenza integrata a livello comunitario e l'uso di un sistema di sovvenzioni incentivanti per sostenere e gestire i programmi, il tutto nell'ambito di un impegno più ampio volto a migliorare la salute e il ben-essere degli anziani (33).

Una possibilità per i Paesi e le regioni del mondo che non dispongono delle competenze o delle risorse necessarie per sviluppare politiche dedicate espressamente alla connessione sociale, all'isolamento sociale o alla solitudine — come i Paesi a basso e medio reddito o le aree che attraversano periodi di incertezza politica — è affrontare i fattori comunitari e sociali che influenzano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine (Capitolo 3) attraverso altre politiche. I governi dovrebbero esaminare le politiche che non sono rivolte direttamente alla connessione sociale per valutare se possano influenzarla in modo indiretto. Approcci di questo tipo richiedono collaborazioni intersettoriali — tra salute, servizi sociali, abitazione, trasporti e altri settori — nella fase di elaborazione delle politiche. Il Riquadro 12 illustra una politica di sviluppo economico che può contribuire a intervenire sulla connessione sociale, sull'isolamento sociale e sulla solitudine attraverso altri fattori strutturali (Capitolo 3).

Riquadro 12.**Gibuti – Un caso di studio su come affrontare indirettamente la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine attraverso lo sviluppo economico**

Il Piano Nazionale di Sviluppo del Gibuti 2020-2024 (27) non affronta esplicitamente la connessione sociale, l'isolamento sociale o la solitudine; tuttavia, cita l'inclusione come pilastro chiave dello sviluppo economico e sociale. L'inclusione sociale viene promossa migliorando l'accesso ai servizi e alle opportunità per persone di ogni età, genere e regione del mondo, in particolare per i gruppi svantaggiati. Affrontando lo stigma e investendo nel capitale umano, nelle infrastrutture e nei servizi di base, il piano mira a prevenire la povertà cronica e a migliorare la qualità della vita.

Sebbene l'approccio sia formulato nel contesto dello sviluppo economico, interviene sui fattori che influenzano la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine. Riducendo le disuguaglianze e migliorando le opportunità di partecipazione, il piano di Gibuti mostra come politiche di sviluppo più ampie possano favorire in modo indiretto la coesione sociale e ridurre l'isolamento sociale (Capitolo 3).



6.2 Caratteristiche, obiettivi e raccomandazioni

La maggior parte delle politiche pone una forte enfasi sul tema della solitudine, con l'eccezione della linea guida statunitense, in cui la questione è affrontata in termini positivi, come connessione sociale, definita nello stesso modo descritto nel Capitolo 1 di questo rapporto. Il Giappone è uno dei pochi Paesi che affronta sia la solitudine sia l'isolamento sociale come questioni di politica pubblica, esplicitamente menzionate nelle leggi, nei piani prioritari e nei programmi volti a rafforzare i legami per prevenire solitudine e isolamento. Dei 14 documenti di politica nazionale dei Paesi analizzati, sette sono strategie, cinque piani d'azione (o altri tipi di piani), uno è una legge e uno è una linea guida (advisory) (Tabella 5).

Tutti i documenti di politica nazionale sottolineano l'importanza della solitudine come questione di salute pubblica e come problema sociale. Molti riconoscono che affrontare i fattori strutturali e sociali più ampi può contribuire a ridurre la solitudine e l'isolamento sociale, rafforzando al contempo la connessione tra le persone. Inoltre, nonostante le differenze nei sistemi di governo, tutti i documenti nazionali che trattano di connessione sociale, isolamento sociale e solitudine invocano un approccio globale e intersettoriale, che preveda la collaborazione tra governo nazionale, organizzazioni, imprese, istituzioni e autorità locali, nonché tra i diversi ministeri e dipartimenti (come istruzione, sanità, economia, pianificazione territoriale, cultura, edilizia abitativa, trasporti e welfare sociale) (Tabella 7).

Alcuni Paesi, come la Scozia e il Galles, dichiarano esplicitamente i valori che intendono promuovere per costruire una società più connessa. Il piano d'azione dei Paesi Bassi si concentra sul livello municipale, e anche il Giappone promuove iniziative guidate dai governi locali, come la creazione di piattaforme e consigli territoriali, in base alla legislazione vigente. La Danimarca è l'unico Paese ad aver fissato un obiettivo quantitativo specifico: dimezzare il numero di persone sole entro il 2040. La Svezia, riconoscendo che le barriere strutturali e i pregiudizi nelle relazioni sociali contribuiscono alla solitudine, affronta la questione come un problema sociale. Gli Stati Uniti sono l'unico Paese che prevede una riforma degli ambienti digitali.

Table 7.

Aims and key recommendations of policy documents on loneliness

Country	Aims and objectives of document	Key recommendations
Denmark (strategy and action plan) (10, 11)	• Reduce loneliness in the Danish population ≥ 16 years by half by 2040 (to 4%). • Reduce loneliness among children (11–15 years) to the same level as in adults. • If data become available, also reduce loneliness among children ≤ 11 years. The strategy sets the focus, and the action plan lists 75 cross-cutting and area-specific initiatives.	Address loneliness in five areas of life: • home and housing; • day care, school and education; • leisure and communities; • working life and employment; and • health and care. The five overarching focus areas are: • strengthening knowledge; • a national conversation about loneliness; • detection of loneliness and offering help that works; • consideration of loneliness in all legislation and policies; and • strengthening cross-cutting cooperation, including locally.
England (action plan) (21)	• Support organizations in tackling loneliness. • Supporting individuals in tackling loneliness.	• Bring together funders interested in social connection to share information and seek opportunities to align and combine funding when possible. • Create opportunities for volunteering in building connection, particularly for people experiencing loneliness. • Explore opportunities to reduce digital exclusion.
England (strategy) (20)	• Change how loneliness is perceived and acted upon in both Government and society. • Build a more connected, cohesive society by supporting social relationships and addressing loneliness in various interventions and policies.	• Strengthen knowledge and fund research. • Integrate loneliness concerns into all Government policies, acknowledging social factors and promoting well-being. • Build national discussion of loneliness to raise awareness and reduce stigma.

Country	Aims and objectives of document	Key recommendations
Finland (strategy and action plan) (12, 13)	- Integrate existing and new strategies and action plans into a coherent, implementable entity with a timeline. - Support decision-making with real-time indicators, research results and budgeting tools. - Develop long-term communication and prevention to change attitudes towards loneliness and sense of community.	Prepare practical tools and materials to enhance prevention, support and intervention in focus areas: - families and close networks - education, teaching, training and youth activities - social and health services and promotion of well-being - hobbies, sport and other clubs, NGOs, churches and parishes and - public administration and decision-makers.
Germany (strategy) (14)	- Address loneliness with an intersectional approach. - Address loneliness as a societal challenge. - The strategy represents a further building block in systematic treatment of the topic in Germany.	- Raise public awareness and reduce stigma. - Strengthen knowledge and fund research. - Strengthen social workers. - Collaborate among sectors. - Extend low-threshold, barrier-free access to needs-oriented services.
Japan (act) (16)	The Act establishes a foundation for nationwide efforts to address loneliness and isolation by specifying the basic principles and the responsibilities of both national and local governments. The Act sets out the following fundamental principles: - A society-wide response to both loneliness and isolation - Promotion of measures based on the perspectives of those directly affected - Promotion of initiatives that help individuals feel connected to society and experience meaningful interpersonal relationships	Establishes the Headquarters, headed by the Prime Minister, formulates a priority plan. Increase the understanding of policies for loneliness and isolation, and conduct awareness-raising activities that support voluntary efforts by diverse members of society. Promote cooperation among national and local governments, the private sector and non-profit organizations, and support their initiatives. Promote research studies on the actual conditions of persons who are in a state of loneliness and isolation.
Japan (priority plan) (17)	Compile specific measures against loneliness for future focus, aiming for the following society: - A society where no one suffering from loneliness and isolation is left behind. - A society where individuals support and connect with each other. Focus on the prevention of loneliness and isolation. Provide the necessary support to people who are lonely and help them in leading smooth daily and social lives by interacting with society and others in accordance with their wishes.	Promote measures to address loneliness and isolation based on the following four basic policies. - Reduce stigma and encourage open communication and seeking help. - Provide tailored support and personalized consultations for individual needs. - Build communities by creating spaces for connection, belonging and professional support. - Ensure cross-sectoral collaboration among the public and the private sectors and non-profit organizations. Establish a platform for public-private partnerships at both national and local levels and lay the foundation for horizontal cooperation between the public and private sectors and non-profit organizations. In addition, the Government is developing a consultation system through telephone calls and chatbots and is offering a training course (Tsunagari Supporter) for supporters on measures to combat loneliness and isolation.
Netherlands (Kingdom of the) (action programme) (18)	Reduce loneliness by ensuring that people participate in society and feel that they matter.	- Increase community awareness of loneliness. - Encourage social initiatives against loneliness. - Ensure a local approach to loneliness in all municipalities to increase the number of local coalitions in municipalities (currently, 260) and strengthen local coalitions to become future-proof (with funding).

Country	Aims and objectives of document	Key recommendations
Scotland (strategy) (22)	• Create a Scotland in which individuals and communities are more connected and everyone has the opportunity to develop meaningful relationships, regardless of age, stage, circumstances or identity. • Ensure impact by collating and setting in motion actions and commitments in the Government and beyond to create conditions in which barriers to connection can be broken down.	Four priorities for early actions and to foster progress: • empower communities, and build shared ownership • promote positive attitudes, and tackle stigma • create opportunities for people to connect • support an infrastructure that fosters connections.
Sweden (strategy) (19)	The overall goal is a society with equal conditions for social relations. Strong emphasis is placed on equality, as access to social relations and networks is unevenly distributed in Sweden. Three targets: • make social arenas more accessible to all; • reduce barriers to social participation and • ensure that fewer people have long-term loneliness.	Three themes in all targets: • education on loneliness and its effects to increase legitimacy and reduce stigma; • raising awareness to strengthen participation in ordinary activities; and • working together for common solutions. Includes suggestions of the possible contributions that different societal actors, such as Government, other authorities, regions, municipalities, civil society, business, academia and individuals, can make to reduce loneliness.
USA (advisory) (24)	• Build more connected lives and a more connected society. • Call attention to the importance of social and community-wide metrics of health and well-being and, conversely, the significant consequences of lack of social connection. • Call for a national strategy.	• Strengthen social infrastructure in local communities. • Enact pro-connection public policies. • Mobilize the health sector. • Reform digital environments. • Deepen knowledge. • Cultivate a culture of connection. Also, make recommendations, according to stakeholder group, to support a whole-of-society approach to advance social connection.
Wales (strategy) (23)	• Support development of meaningful connections between people. • Build a supportive Wales in which people recognize triggers for loneliness, protect their well-being and feel empowered to seek help. • Reduce the stigma and shame attached to loneliness.	Four priorities for early action and fostering progress: • increasing opportunities for people to connect • community infrastructure that supports connected communities • cohesive, supportive communities and • building awareness and promoting positive attitudes.

6.3 Interventi citati nei documenti di policy

In questi documenti viene menzionata un'ampia varietà di interventi volti a promuovere la connessione sociale e a contrastare l'isolamento e la solitudine. La maggior parte include tutti i tipi di interventi descritti nei Capitoli 7 e 8, ad eccezione di quelli di natura sociale o sistemica, con due eccezioni. La prima riguarda il piano d'azione dei Paesi Bassi, che si distingue dagli altri poiché è concepito per stimolare le coalizioni locali a sviluppare interventi propri a livello municipale (18). La seconda eccezione è rappresentata dalla linea guida degli Stati Uniti, che fa riferimento a interventi di tipo sociale o sistemico, come leggi e politiche, volti ad affrontare fattori di livello macro che incidono sull'intera società.

6.4 Finanziamento e attuazione

I piani di finanziamento e di attuazione di queste politiche, strategie, piani d'azione e linee guida – per quanto sia stato possibile accertare – variano considerevolmente tra gli otto Stati membri (9). I piani di Danimarca, Inghilterra, Paesi Bassi, Scozia e Galles menzionano esplicitamente la disponibilità di nuovi fondi per affrontare il tema della solitudine. Alcuni presentano strutture di finanziamento complesse che coinvolgono diversi ministeri e organizzazioni governative.

Al contrario, Finlandia, Germania, Svezia e Stati Uniti non specificano nelle rispettive politiche nazionali quanto intendano investire per contrastare la solitudine, rendendo quindi meno chiara la fonte di finanziamento. Molti bilanci vengono allocati al di fuori del contesto di queste politiche.

Il Giappone ha deciso di destinare 6 miliardi di yen a organizzazioni non profit e ad altre istituzioni nel 2021, anno in cui il Governo ha iniziato a implementare misure contro la solitudine e l'isolamento, e ha continuato a fornire sostegno della stessa entità ogni anno. Inoltre, il Governo gestisce il bilancio complessivo relativo alla solitudine e all'isolamento, inclusi i finanziamenti, e pubblica sul proprio sito web informazioni dettagliate sul budget (34).

6.5 Monitoraggio e valutazione di politiche, strategie, piani d'azione e linee guida

L'Inghilterra ha pubblicato rapporti annuali sui progressi compiuti, nei quali i singoli dipartimenti governativi hanno rendicontato il proprio contributo. La Germania prevede di adottare un sistema simile, con il ministero responsabile incaricato di pubblicare regolarmente rapporti di valutazione delle singole misure incluse nella strategia complessiva.

In Giappone, le misure contro la solitudine e l'isolamento vengono discusse ogni anno presso il Promotion Headquarters, presieduto dal Primo Ministro. Inoltre, il Promotion Council, istituito presso lo stesso organo e presieduto dal Ministro responsabile per le misure contro la solitudine e l'isolamento, richiede ai ministeri e alle agenzie competenti di riferire sullo stato di avanzamento del proprio lavoro; lo stesso ministro fornisce quindi ulteriori indicazioni operative. La legge stabilisce inoltre che ogni misura del Priority Plan debba includere obiettivi specifici e scadenze temporali per il loro conseguimento e che il Promotion Headquarters debba verificare periodicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi e rendere pubblici i risultati.

I Paesi Bassi hanno adottato un approccio multifattoriale, in cui il sistema nazionale di monitoraggio della salute, le ricerche comparative (benchmark research) e le valutazioni di iniziative specifiche vengono utilizzati per monitorare i progressi

È inoltre disponibile un database dedicato agli interventi sociali efficaci e agli indicatori chiave di performance. La Danimarca monitora i progressi delle iniziative delineate nel proprio piano d'azione nazionale tramite un segretariato dedicato e rileva la prevalenza della solitudine attraverso indagini sanitarie nazionali periodiche. La Finlandia monitora annualmente i risultati delle pratiche e i cambiamenti relativi alla solitudine utilizzando i dati raccolti da progetti di ricerca, organizzazioni nazionali e altre istituzioni partecipanti. Un gruppo parlamentare supervisiona gli sviluppi e, almeno una volta all'anno, aggiorna l'approccio adottato per il monitoraggio e la valutazione. A causa della natura del documento (una advisory, come indicato nella nota 1 della sezione 6.1), gli Stati Uniti non hanno definito alcun piano di monitoraggio.

Finora nessuna delle politiche, strategie, piani d'azione o linee guida è stata sottoposta a una valutazione complessiva. La Scozia ha individuato indicatori nazionali principali nel proprio quadro strategico, al fine di consentire la valutazione della strategia. Il Galles ha commissionato una valutazione per determinare come la strategia nazionale potesse essere analizzata, fornendo raccomandazioni sui metodi di valutazione, sul disegno di ricerca e sui modi per migliorare la valutabilità complessiva. Il rapporto ha concluso che attribuire un cambiamento direttamente a una strategia è un processo molto complesso e che l'infrastruttura di raccolta dati necessita di miglioramenti (35). La Svezia non ha descritto come intenda rendicontare i progressi nell'attuazione della propria politica, né se e come preveda di valutarla.



Direzioni future della ricerca

- Otto Stati membri hanno adottato politiche nazionali per affrontare la connessione sociale, l'isolamento sociale e la solitudine. È necessario incoraggiare un numero maggiore di Stati a fare lo stesso, assicurando che tali politiche dispongano di finanziamenti adeguati.
- Gli Stati membri che sviluppano nuove politiche dovrebbero apprendere da quelli che hanno già maturato esperienza nella progettazione e nell'attuazione di misure in questo ambito. La collaborazione internazionale può favorire la diffusione delle buone pratiche e sostenere lo sviluppo di politiche a livello globale.
- Idealmente, le politiche dovrebbero essere elaborate in collaborazione con persone con esperienza diretta della questione e con le organizzazioni della società civile pertinenti.
- Le politiche future dovrebbero adottare un approccio più ampio alla connessione sociale, anziché concentrarsi esclusivamente sulla solitudine.
- Una priorità è definire linee guida chiare per interventi efficaci e garantirne l'allineamento alle politiche nazionali.
- È importante comprendere meglio le difficoltà nell'attuazione di tali politiche — ad esempio la mancanza di finanziamenti o lo scarso coordinamento tra i diversi attori — e individuare modalità efficaci per superarle; valutarne l'efficacia con il massimo rigore possibile; chiarire le ragioni del successo o del fallimento; identificare i fattori determinanti per un buon esito; e diffondere ampiamente i risultati.

Conclusioni

Alcuni Paesi hanno iniziato ad adottare politiche nazionali specificamente dedicate alla connessione sociale, all'isolamento e alla solitudine, a testimonianza del crescente riconoscimento dell'importanza di questi temi. Tuttavia, solo il 4,1% dei 194 Stati membri dell'OMS dispone attualmente di una politica in materia. Gli altri Stati membri sono incoraggiati a seguire questo esempio. Si riconosce, tuttavia, che non tutti i governi sono in grado o disposti a sostenere l'elaborazione di una politica specifica; in tali casi, si suggerisce di esaminare le politiche già esistenti per valutare se possano essere utilizzate per affrontare le questioni legate alla connessione sociale, all'isolamento e alla solitudine. Le politiche nazionali possono incidere in modo significativo sul problema, purché siano fondate su solide evidenze scientifiche, adeguatamente finanziate e rigorosamente valutate. Il database delle politiche creato dalla Commission on Social Connection e il Policy Lab in via di costituzione (si veda il Capitolo 9 per i dettagli) rappresenteranno una risorsa preziosa per gli Stati membri che intendono sviluppare strategie per promuovere la connessione sociale e contrastare l'isolamento e la solitudine.

Riferimenti bibliografici

1. Brownson RC, Chiriqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health*. 2009;99:1576–83 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156224>).
2. Centers for Disease Control Prevention. Ten great public health achievements – United States, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1999;48:241–3 (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>).
3. Pollack Porter KM, Rutkow L, McGinty EE. The importance of policy change for addressing public health problems. *Public Health Reports*. 2018;133:9S–14S (<https://doi.org/10.1177/0033354918788880>).
4. Hudson B, Hunter D, Peckham S. Policy failure and the policy–implementation gap: can policy support programs help? *Policy Design Pract*. 2019;2(1):1–14 (<https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>).
5. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R, editors. Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://iris.who.int/handle/10665/43308>).
6. Baicker K, Chandra A. Evidence-based health policy. *N Engl J Med*. 2017;377:2413–5 (<https://doi.org/10.1056/NEJMp1709816>).
7. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:351–70 (<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044208>).
8. Cairney P, Oliver K. Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy? *Health Res Policy Syst*. 2017;15:1–11 (<https://doi.org/10.1186/s12961-017-0192-x>).
9. Goldman N, Alemdar M, Megges H, Matsumoto N, Eric S, van den Berg P et al. The critical role of national policies to address loneliness: a scoping review of all UN member states. *Lancet Glob Health*; [in press].
10. National handlingsplan mod ensomhed [National action plan against loneliness (in Danish)]. Copenhagen: Sammen mod ensomhed; 2023 (https://sammenmodensomhed.dk/wp-content/uploads/2023/06/NPE_Handlingsplan.pdf).
11. En national 2040 Strategi for nedbringelse af ensomhed i Danmark [Together Against Loneliness. A national 2040 Strategy for reducing loneliness in Denmark (in Danish)]. Copenhagen: Sammen Mod Ensomhed; 2023 (https://sammenmodensomhed.dk/wp-content/uploads/2023/06/NPE_National-Strategi-mod-Ensomhed.pdf).
12. Osallistujien Suomi: Kansallinen strategia yksinäisyyden vähentämiseksi ja yhteisöllisyyden vahvistamiseksi [Participants' Finland: National strategy for reducing loneliness and strengthening community spirit (in Finnish)]. Helsinki: Ministry of Education and Culture, Ministry for Social Affairs and Health, Finnish National Agency of Education, Finnish Institute for Health and Welfare; 2024 (www.osallistujien-suomi.fi).
13. Osallistujien Suomi: Kansallinen toimenpideohjelma yksinäisyyden vähentämiseksi ja yhteisöllisyyden vahvistamiseksi [Participants' Finland: National action plan for reducing loneliness and strengthening community spirit (in Finnish)]. Helsinki: Ministry of Education and Culture, Ministry for Social Affairs and Health, Finnish National Agency of Education, Finnish Institute for Health and Welfare; 2024 (www.osallistujien-suomi.fi).

14. Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit [Federal Government strategy against loneliness (in German)]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2023 (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/strategie-der-bundesregierung-gegen-einsamkeit-234582>).
15. German Federal Government's strategy to counter loneliness. Berlin: Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, Division for Public Relations; 2024 (<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/248208/5c257556f6e203e27e096f46edf3e8ce/strategie-gegen-einsamkeit-englisch-german-federal-governments-strategy-to-counter-loneliness-data.pdf>).
16. Act on the Advancement of Measures to Address Loneliness and Isolation (Act No. 45 of 2023). Tokyo: Government of Japan; 2023 (<https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/4567>).
17. 孤独・孤立対策の重点計画 [Priority plan to facilitate the promotion of the policies regarding measures to address loneliness and isolation, new version (in Japanese)]. Tokyo: Cabinet Office; 2024 (https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/pdf/jutenkeikaku_english.pdf).
18. Eén tegen eenzaamheid. Actieprogramma 2022–2025 (One against loneliness. Action programme 2022–2025 (in Dutch)). Amsterdam: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2022 (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/28/een-tegen-eenzaamheid-2022-2025>).
19. Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen. En nationell strategi mot ensamhet (Together for a good community across the population. A national strategy against loneliness). Stockholm: Public Health Agency of Sweden; 2025 (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/t/tillsammans-for-god-gemenskap-i-hela-befolkningen/>).
20. Policy paper: A connected society. A strategy for tackling loneliness. London: United Kingdom Government; 2018 (<https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>).
21. Emerging together: the tackling loneliness network action plan. London: Department for Digital, Culture, Media and Sport; 2021 (<https://www.gov.uk/government/publications/emerging-together-the-tackling-loneliness-network-action-plan>).
22. Recovering our connections 2023–2026: a plan to take forward the delivery of A Connected Scotland – Our strategy for tackling social isolation and loneliness and building stronger social connections. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<https://impactfundingpartners.com/wp-content/uploads/2023/02/Recovering-Our-Connections-2023-2026.pdf>).
23. Connected communities: a strategy for tackling loneliness and social isolation and building stronger social connections. Cardiff: Welsh Government; 2020 (<https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2020-02/connected-communities-strategy-document.pdf>).
24. Our epidemic of loneliness and isolation: The US Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community. Washington DC: Office of the Surgeon General, Department of Health and Human Services; 2023 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>).
25. The National Action Plan on Aging 2020–2024. Tirana: Ministry of Health & Social Protection; 2019 (<https://acpd.org.al/wp-content/uploads/2021/01/PLANI-KOMB%C3%8BTAR-I-VEPRIMIT-MBI-MOSHIMIN-Anglisht.pdf>).
26. Social Inclusion Strategy 2021–2030. Prague: Ministry of Labour & Social Affairs, Czechia; 2019 (https://natlex.ilo.org/dyn/natlex/r/natlex/fe/details?p3_isn=116675).
27. Plan national de développement 2020–2024. Inclusion – connectivité – institutions (National Development Plan 2020–2024. Inclusion – connectivity – institutions (in French)). Djibouti: National Government; 2020 (<https://economie.gouv.dj/wp-content/uploads/Plan-National-de-Developpement-Version-Fran%C3%A7aise.pdf>).
28. Sharing the vision. A mental health policy for everyone. Dublin: Government of Ireland; 2020 (<https://www.lenus.ie/handle/10147/633416>).
29. National strategic policy for active ageing 2023–2030. Valletta: Ministry for Active Ageing; 2022 (<https://activeageing.gov.mt/wp-content/uploads/2023/04/NSPActiveAgeing2023-30.pdf>).
30. A mental health strategy for Malta 2020–2030. Valletta: Ministry for Health, Office of the Deputy Prime Minister; 2019 (https://health.gov.mt/wp-content/uploads/2023/04/Building_Resilience_Transforming_Services_A_Mental_Health_Strategy_for_Malta_2020-2030_EN.pdf).
31. Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn [The public health declaration. Good lives in a safe society (in Norwegian)]. Oslo: Royal Ministry of Health and Care Services. 2019 (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>).
32. Mental Health Strategy of the National Health System 2022–2026. Madrid: Ministry of Health; 2022 (https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/EstrategiaSaludMental_ingles.pdf).
33. Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. Bull World Health Organ. 2019;97:570–4 (<https://doi.org/10.2471/BLT.18.223057>).
34. 孤独・孤立対策関係予算 [Budget related to measures against loneliness and isolation (in Japanese)]. Tokyo: Cabinet Office of the Japanese Government; 2024 (https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/yosan.html).
35. Alma Economics. Evaluability assessment of the Connected Communities Strategy. Cardiff: Welsh Government; 2023 (78/2023; <https://www.gov.wales/connected-communities-evaluability-assessment>).

Capitolo 7

Strategie comunitarie

Listen to Toney and
Brandy's full story here



“Come si può descrivere il lutto? Ci si sente davvero isolati, perché con chi puoi davvero parlarne? [...] Ma ora abbiamo una comunità molto forte [...] ed è questo, in fondo, che ci ha aiutati a uscire dal nostro isolamento.”

Toney e Brandy Roberts, genitori che hanno perso la figlia, Englyn, per suicidio (USA)
© WHO

Messaggi chiave

Le comunità sono luoghi ideali per promuovere la connessione sociale e prevenire la solitudine e l'isolamento sociale, perché è qui che le persone vivono, lavorano, apprendono e trascorrono il tempo libero. Le strategie comunitarie possono aumentare le opportunità di interazione sociale.

Rafforzare le infrastrutture sociali è uno dei modi per ampliare queste opportunità, anche quando favorire la connessione sociale non è il loro obiettivo principale.

Le infrastrutture sociali comprendono una varietà di risorse, tra cui beni pubblici (ad esempio biblioteche, parchi, reti di trasporto) e politiche, diritti e servizi sociali (come quelli legati all'identità civica e culturale, alla protezione sociale e sanitaria e all'istruzione).

Il rafforzamento delle infrastrutture sociali include una progettazione intenzionale pensata per favorire l'interazione, l'accessibilità equa, investimenti in programmi comunitari per mettere in relazione le persone e il coinvolgimento delle comunità nei processi di pianificazione.

Interventi correlati a livello comunitario comprendono modifiche dell'ambiente costruito, gruppi comunitari e la prescrizione sociale (ossia l'orientamento delle persone verso servizi comunitari non clinici per migliorare la salute e il ben-essere).

Sebbene le evidenze sull'efficacia delle infrastrutture sociali e delle relative iniziative comunitarie siano in crescita, rimangono ancora limitate. È necessario sviluppare ulteriori ricerche di alta qualità su queste strategie.

Questo capitolo esamina le strategie comunitarie per promuovere la connessione sociale e affrontare la disconnessione sociale. La Sezione 7.1 illustra il valore delle infrastrutture sociali nel facilitare la connessione sociale e nel contrastare la disconnessione sociale, e descrive i modi in cui tali infrastrutture possono essere rafforzate. La Sezione 7.2 presenta le evidenze relative ad altri interventi comunitari, mentre la Sezione 7.3 analizza l'attuazione delle strategie comunitarie e l'importanza delle partnership.

Le caratteristiche degli ambienti comunitari – come la presenza e l'accessibilità di strutture, servizi e sistemi di trasporto, nonché la possibilità per le persone di spostarsi facilmente e in sicurezza tra diverse aree – influenzano la connessione e la disconnessione sociale, poiché determinano le opportunità di interazione e il livello di supporto disponibile per ciascun individuo. È dunque importante considerare l'attuazione di strategie capaci di modificare i fattori strutturali e migliorare le possibilità di entrare in relazione con gli altri. Le comunità rappresentano luoghi ideali per promuovere la connessione sociale e prevenire solitudine e isolamento, poiché sono gli spazi in cui le persone vivono, lavorano, studiano e trascorrono il tempo libero. I luoghi, le politiche, i programmi e le reti di persone che compongono città e Paesi possono tutti essere orientati a rafforzare e migliorare le relazioni.

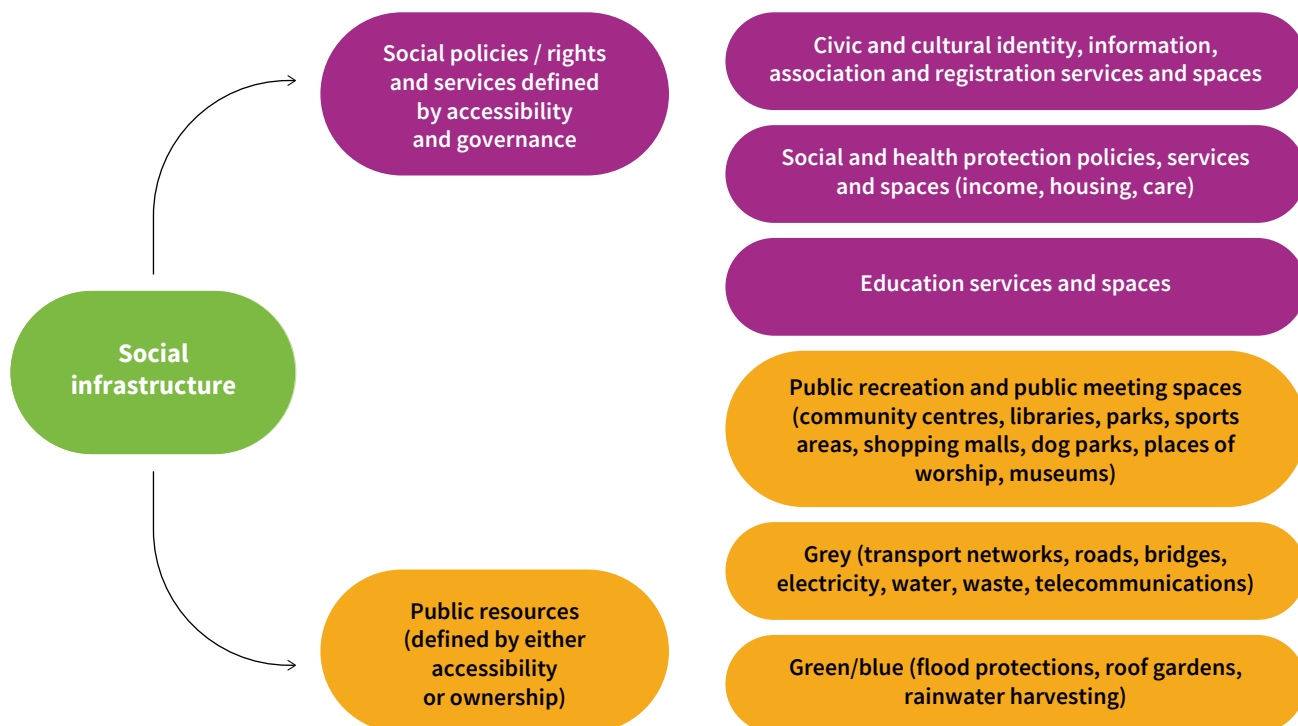
In alcuni Paesi, le strategie comunitarie derivano da politiche nazionali e da quadri normativi (ad esempio di pianificazione urbana). In altri, invece, può non esistere una politica nazionale complessiva, e le iniziative si sviluppano attraverso piani, finanziamenti o regolamentazioni decentrate. Le strategie illustrate in questo capitolo possono essere considerate sia strumenti comunitari sia interventi di carattere sociale per promuovere la connessione.

7.1 Il ruolo dell'infrastruttura sociale nella promozione della connessione sociale

Il modo principale per aumentare le opportunità di connessione sociale è rafforzare le infrastrutture sociali. L'ampiezza di questo concetto può variare. Le definizioni più ristrette considerano le infrastrutture sociali come l'insieme di spazi, servizi, istituzioni e gruppi presenti in una comunità che facilitano la connessione sociale e permettono lo sviluppo del capitale sociale (1, 2). Questo rapporto adotta invece una prospettiva più ampia, in cui le infrastrutture sociali sono definite come l'insieme di politiche, servizi, risorse e spazi pubblici correlati ai quali le persone possono accedere e che consentono loro di partecipare pienamente alla vita sociale, civica ed economica senza barriere (3). Questa definizione comprende, da un lato, le risorse pubbliche: spazi pubblici condivisi (spesso definiti “terzi luoghi”, come centri comunitari, parchi e biblioteche), infrastrutture grigie (beni per servizi essenziali come trasporti e gestione dei rifiuti) e infrastrutture verdi o blu (beni naturali o semi-naturali come sistemi di protezione dalle inondazioni o giardini pensili). Dall'altro lato, include politiche, diritti e servizi sociali, tra cui quelli relativi all'identità civica e culturale, alla protezione sociale e sanitaria e all'istruzione. Una tipologia delle infrastrutture sociali è presentata nella Fig. 21.

Fig. 21.

Typology of social infrastructure



Source: World report on social determinants of health equity (3).

Sebbene alcune forme di infrastruttura sociale siano progettate con l'intento esplicito di favorire l'interazione sociale, molte altre vengono sviluppate per ragioni diverse dalla connessione sociale. Ad esempio, le biblioteche sono principalmente luoghi dedicati alla consultazione e all'accesso alle informazioni, mentre i centri commerciali nascono soprattutto per lo shopping. La possibilità di favorire l'interazione sociale è spesso una conseguenza non intenzionale del modo in cui l'infrastruttura sociale è pensata per essere utilizzata (2), oppure una naturale estensione della sua funzione principale (4).

L'infrastruttura sociale nel mondo

La natura delle infrastrutture sociali varia a seconda del contesto locale, del Paese e della cultura, ed è influenzata dal livello di ricchezza e dagli approcci politici adottati (4, 5). Alcune forme di infrastruttura sociale sono peculiari di un determinato Paese o di una specifica cultura — ad esempio i pub britannici (6), le case da tè asiatiche (7) o i marae neozelandesi, spazi comuni e sacri di incontro nella cultura Māori (8) — oppure nascono in modo originale all'interno di una comunità. In Giappone, ad esempio, il centro di servizi di Osaka è un nodo interconnesso di organizzazioni non profit che sostiene le popolazioni urbane più vulnerabili, offrendo rifugio, cibo e controlli sanitari (9). La natura delle infrastrutture sociali può inoltre mutare nel tempo all'interno di una comunità, man mano che i luoghi e gli spazi vengono riutilizzati o che la composizione della popolazione cambia — ad esempio, quando nuovi gruppi culturali si insediano in una determinata area (4).

Attualmente, le misurazioni delle infrastrutture sociali che consentirebbero confronti a livello globale sono ancora in una fase iniziale. Tuttavia, si stanno sviluppando indicatori promettenti basati su dati open source provenienti, ad esempio, da Google Places e OpenStreetMap (10, 11). In un confronto del 2024 tra 30 Paesi, condotto attraverso un “barometro delle infrastrutture” articolato in cinque pilastri, il pilastro dedicato all’“impatto sociale e comunitario” comprendeva diverse dimensioni delle infrastrutture sociali, come il coinvolgimento e il sostegno della comunità e l’accesso ai servizi e alle utenze pubbliche. Il punteggio medio di questo pilastro nei 30 Paesi analizzati è stato di 50,3, con i punteggi più alti registrati in Canada (75,6), Australia (73,0) e Norvegia (72,3), e i più bassi in India (34,8), Indonesia (29,5) e Nigeria (16,5) (12).

Il valore dell’infrastruttura sociale nel promuovere la connessione e nel contrastare la disconnessione sociale

Un’infrastruttura sociale solida può svolgere un ruolo determinante nel favorire la connessione e nel mitigare la disconnessione sociale, poiché aumenta la possibilità per gli individui di partecipare pienamente alla vita civica. Il suo valore risiede nella capacità di creare opportunità di incontro, di costruzione di reti e di interazione tra persone appartenenti a settori diversi della società — ad esempio tra generazioni, gruppi etnici o fasce socio-economiche differenti — contribuendo così a rafforzare il capitale sociale (1, 2, 13, 14).

Un’infrastruttura sociale forte è particolarmente importante per le popolazioni colpite in misura sproporzionata dalla disconnessione sociale, come le persone con disabilità, con disturbi mentali o fisici, e gli anziani. Per questi gruppi, infrastrutture sociali accessibili e accoglienti possono offrire i servizi necessari a garantire una buona qualità della vita, creando occasioni di interazione che incoraggiano la partecipazione e aiutano a prevenire o gestire la disconnessione sociale (14, 15). Tra gli anziani, ad esempio, gli spazi verdi condivisi e gli orti urbani possono contribuire all’inclusione sociale e al senso di comunità (16); vivere in prossimità delle risorse locali (17) e percepire il quartiere come dotato di buone strutture (18) sono entrambi fattori associati a una maggiore partecipazione sociale. Inoltre, in questa fascia d’età, la presenza di esercizi commerciali accessibili può favorire reti sociali più ampie e articolate (19). Un’infrastruttura sociale ben progettata può anche rispondere ai bisogni delle persone sole, offrendo spazi in cui sia possibile interagire con gli altri oppure trascorrere del tempo in ambienti sociali, con effetti positivi sulla salute mentale e sulla riduzione del senso di solitudine (20–22).

Tuttavia, l’infrastruttura sociale può avere anche effetti negativi sulla connessione sociale, ad esempio quando sorgono conflitti tra gli utenti (13) o quando vengono creati spazi che rispondono alle esigenze di alcuni gruppi della popolazione a discapito o a esclusione di altri (4).

Riflessioni da esperienze vissute: “terzi luoghi” per favorire la connessione

Muhammad

Giovane uomo cisgender queer
(Indonesia)

“Vivere in una grande città come Giacarta è un’esperienza molto solitaria. Tuttavia, i terzi luoghi di Giacarta mi hanno offerto opportunità per uscire e socializzare con nuove persone. Anche solo costringermi, temporaneamente, a socializzare è per me un meccanismo efficace per affrontare l’isolamento sociale.”

Kayla

Donna portoricana autistica
con ADHD (USA)

“Come persona autistica che non può guidare, ho opzioni di trasporto molto limitate. Nel luogo in cui vivo, il sistema di trasporto pubblico non è sufficientemente adeguato alle mie esigenze. Per questo posso socializzare solo in alcuni giorni, quando mia madre o un’amica/o possono accompagnarmi.”

Asa’

Giovane disabile e
neurodivergente (USA)

“Stare in una comunità, in uno spazio sicuro e regolato, permette alle persone di sapere con chiarezza cosa aspettarsi dall’esperienza, e le eventuali regole dello spazio possono aiutarle a imparare come costruire connessioni entro confini sicuri. [...] E servirebbero più terzi luoghi: spazi come parchi e biblioteche, che le persone possano vivere e godere gratuitamente, senza l’aspettativa di un impegno economico.”

Puneet

Giovane disabile (India)

“Organizzare attività comunitarie regolari — come passeggiate di gruppo, giardinaggio o laboratori di arti e mestieri — e mettere a disposizione spazi per l’interazione sociale e il sostegno reciproco [potrebbe contribuire ad affrontare l’isolamento sociale e la solitudine]”.

Daw Nway

Donna di 80 anni che deve provvedere autonomamente al proprio reddito (Myanmar)

“Le persone anziane, quando invecchiano, se non hanno un buon posto in cui vivere o abbastanza da mangiare, si sentono più sole. Quando hanno una casa e del cibo, questo riduce la loro solitudine. ...Non chiedo molto. Solo il necessario per vivere e mangiare”.

Rafforzare l’infrastruttura sociale

L’infrastruttura sociale può essere rafforzata in molti modi (2, 23–26). Gran parte delle evidenze attualmente disponibili proviene tuttavia da contesti urbani, mentre ulteriori ricerche nelle aree rurali contribuirebbero ad ampliare la comprensione del fenomeno. Di seguito sono descritti alcuni esempi di strategie di rafforzamento.

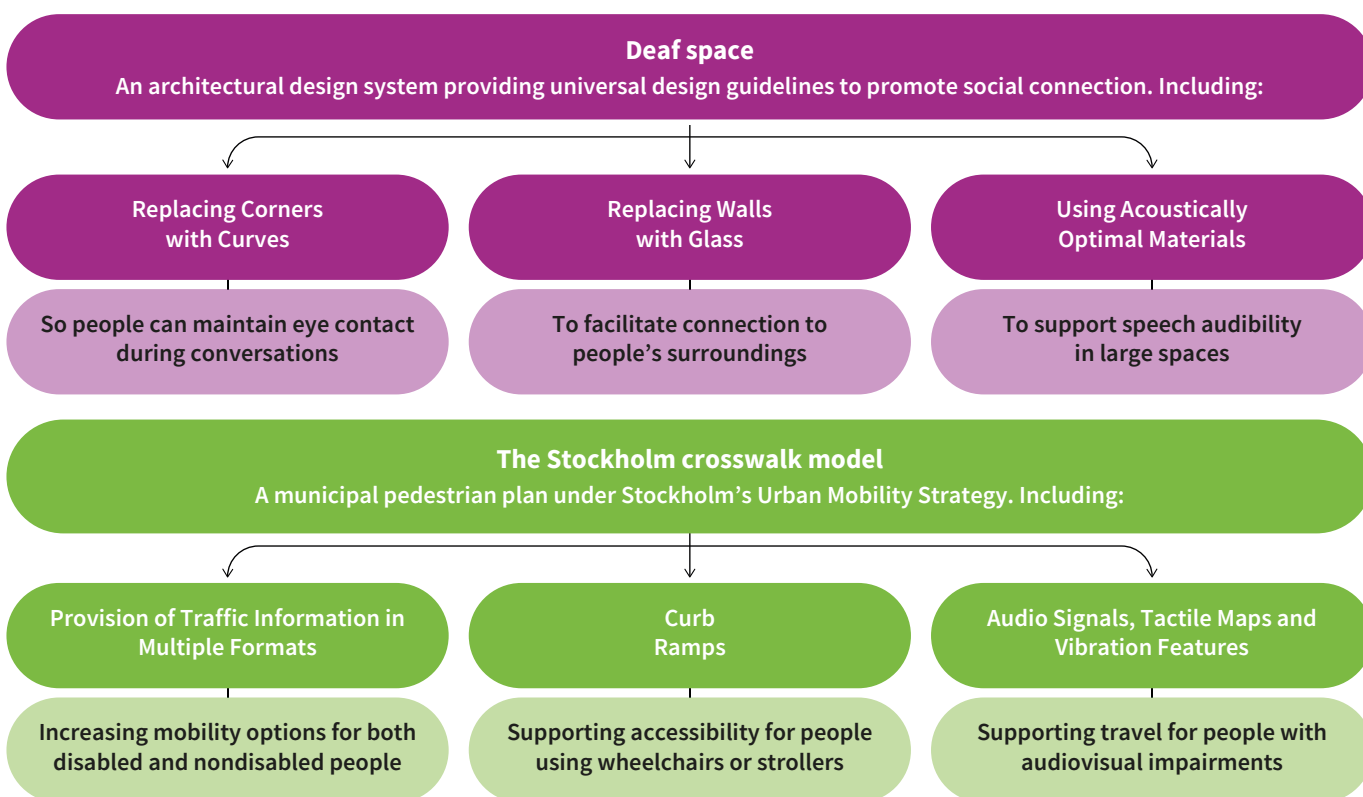
- **Fornitura e accessibilità equa dell’infrastruttura sociale.** Ciò comprende il garantire un accesso equo alle infrastrutture sociali in diversi quartieri (ad esempio, in aree con basso e alto livello di deprivazione), rimuovere le barriere che ostacolano l’accesso per le persone maggiormente colpite dalla disconnessione sociale e affrontare stigma e discriminazioni nelle comunità. Ad esempio, lo sviluppo di una rete di percorsi pedonali facili e sicuri, adatti a persone con e senza disabilità (come nel modello degli attraversamenti pedonali di Stoccolma, Fig. 22), può aumentare l’accesso alle infrastrutture sociali e incoraggiarne l’utilizzo (26). Allo stesso modo, l’uso di un design universale o privo di barriere per la creazione di spazi pubblici (ad esempio il concetto di “deaf space”, Fig. 22) consente a un numero maggiore di gruppi della popolazione di usufruirne.
- **Progettazione intenzionale dell’infrastruttura sociale per favorire l’interazione e ridurre la disconnessione.** Tra le caratteristiche dell’ambiente costruito che possono promuovere l’interazione sociale rientrano: programmi ed eventi nei centri comunitari; una varietà di negozi e servizi accessibili, acusticamente confortevoli e riservati; spazi verdi ben curati e sicuri; e aree di sosta nelle zone di passaggio (19).

È importante includere elementi di design che permettano sia l'interazione con gli altri sia momenti individuali di tranquillità, in particolare per le persone che vivono solitudine o condizioni di disagio mentale e che potrebbero evitare i luoghi affollati o le interazioni forzate (26). Esempi sono le sedute collettive e individuali, le aree che offrono privacy e quelle che consentono calma, osservazione o riflessione (22).

- **Sensibilizzare sull'importanza della connessione sociale.** I decisori politici e i professionisti coinvolti nella pianificazione e progettazione degli spazi, così come nella fornitura di servizi, dovrebbero essere consapevoli di come l'infrastruttura sociale possa facilitare o ostacolare la connessione.
- **Investire in programmi comunitari che favoriscano la connessione tra le persone.** Tali programmi possono includere attività sportive e ricreative (si veda anche la sezione 7.2) e opportunità di volontariato.
- **Mantenere le infrastrutture sociali.** È fondamentale garantire che gli spazi rimangano curati, sicuri e accoglienti, in modo da continuare a incoraggiarne l'uso.

Fig. 22.

Case studies of strengthening social infrastructure



Source: Gallaudet University (27), Stockholms stad (28).

- **Coinvolgimento attivo delle comunità nella pianificazione e nello sviluppo dell'infrastruttura sociale.** Ciò dovrebbe includere la partecipazione delle persone che vivono o sono a rischio di disconnessione sociale, le quali possono offrire una conoscenza diretta del territorio e del modo in cui viene utilizzato dai residenti. Il loro contributo aiuta a comprendere la varietà di funzioni che un'infrastruttura sociale può avere, a garantire che essa risponda ai bisogni della popolazione locale e a ridurre la probabilità di effetti sociali negativi, come la soddisfazione delle esigenze di un gruppo demografico a discapito di un altro.

Il lavoro volto a rafforzare le infrastrutture sociali può integrarsi e coordinarsi con iniziative già esistenti, come quelle per la creazione di comunità a misura di anziano, di società inclusive per le persone con demenza e per la promozione della mobilità attiva.

7.2 Efficacia di ulteriori interventi comunitari

Sebbene vi siano buone ragioni per ritenere che la creazione e il rafforzamento delle infrastrutture sociali abbiano un potenziale significativo nel promuovere la connessione sociale e nel ridurre la disconnessione sociale (24), le evidenze sulla loro efficacia sono ancora scarse e provengono principalmente da Paesi ad alto reddito (15, 29). Una possibile ragione è che la promozione della connessione sociale e la riduzione della disconnessione non sono spesso l'obiettivo primario dello sviluppo di infrastrutture sociali. Un altro motivo risiede nella difficoltà di valutare in modo rigoroso l'efficacia di tali infrastrutture nel favorire la connessione sociale. Infatti, non è possibile condurre studi controllati randomizzati in cui, per esempio, un gruppo di persone venga collocato in un'area ricca di infrastrutture sociali e un altro gruppo in un'area che ne è priva. Tuttavia, altri modelli di ricerca innovativi possono essere utilizzati per valutare in modo rigoroso le infrastrutture sociali. È importante che tali valutazioni vengano effettuate, considerando i potenziali benefici e gli elevati costi connessi alla realizzazione di infrastrutture sociali (30, 31).

Alcuni interventi comunitari legati alle infrastrutture sociali sono stati valutati in relazione alla connessione sociale, alla solitudine o all'isolamento sociale. Questi sono presentati di seguito. La maggior parte delle evidenze riguarda interventi di accesso sociale, finalizzati ad aumentare le opportunità degli individui di partecipare a interazioni sociali nella comunità, spesso concentrando le prove relative ad altri tipi di interventi sono invece più limitate. È probabile che esistano molti altri approcci collegati alle infrastrutture sociali che influenzano, in modo diretto o indiretto, fattori di rischio e di protezione per la connessione e la disconnessione sociale, ma che non sono trattati in questo capitolo — come, ad esempio, la fornitura di un sostegno genitoriale universale all'interno dei servizi sanitari o interventi per modificare l'ambiente scolastico al fine di contrastare il bullismo. L'approfondimento di questi approcci più ampi consentirebbe una comprensione più completa delle possibili soluzioni.

Interventi di accesso sociale

Modifiche all'ambiente costruito: le opportunità di interazione sociale possono essere aumentate intervenendo sull'ambiente costruito in modo da favorirne l'uso per promuovere la connessione sociale. Dimostrare l'effetto di questi interventi può essere metodologicamente complesso, e le evidenze solide sono limitate. Una revisione sistematica di interventi di questo tipo — ad esempio miglioramenti alle infrastrutture verdi, programmi di rigenerazione urbana o modifiche alle infrastrutture di trasporto — condotta con metodi rigorosi (32), ha individuato solo pochi studi con risultati rilevanti e, per la maggior parte, non ha riscontrato effetti significativi. In uno studio, la trasformazione di strade residenziali urbane in Norvegia in “street parks” (con panchine, aiuole e attrezzature per il gioco) è risultata associata a un aumento dei comportamenti di mutuo supporto tra vicini, ma non sono stati rilevati effetti sui legami sociali o sul senso di appartenenza al quartiere. Una revisione di studi sugli interventi di infrastrutture comunitarie (basata sia su valutazioni quantitative sia qualitative) (33) suggerisce che la creazione di hub comunitari, lo sviluppo di spazi pubblici sicuri e accoglienti (ad esempio orti e giardini comunitari) e il miglioramento delle aree verdi e blu possano favorire le relazioni sociali nella comunità, come le interazioni sociali e la coesione sociale. Alcuni tipi di progetti, tuttavia, hanno mostrato potenziali impatti negativi (ad esempio una diminuzione delle interazioni sociali o un aumento della percezione di esclusione). I risultati riguardanti la rigenerazione urbana sono stati sia positivi sia negativi. Sebbene siano chiaramente necessarie valutazioni più solide, sono stati riportati molti esempi di interventi ben progettati sull'ambiente costruito che incoraggiano la partecipazione sociale e la connessione (26). Una valutazione formale di questi progetti — anche nelle aree rurali e nei Paesi a basso e medio reddito — rafforzerebbe la base di evidenze e la giustificazione per futuri investimenti.

Gruppi e attività comunitarie: Attività condivise e finalizzate, svolte in spazi comunitari — come corsi di ginnastica, cori di comunità o programmi sociali — aumentano le opportunità di connessione tra le persone, favorendo l'incontro tra generazioni e gruppi culturali diversi. Tali attività possono essere realizzate in presenza (ad esempio nei centri comunitari locali) oppure online attraverso piattaforme digitali (si veda anche il Riquadro 13). Alcuni individui possono necessitare di un supporto per partecipare ai gruppi comunitari (“socializzazione assistita”). Approcci di questo tipo sono talvolta indicati come interventi sulle reti sociali. Le evidenze provenienti da revisioni sistematiche di studi randomizzati controllati indicano che, in generale, tali interventi risultano moderatamente efficaci nel ridurre l'isolamento sociale (34, 35), mentre l'effetto sulla solitudine appare meno chiaro, poiché le meta-analisi hanno rilevato effetti nulli o di entità ridotta (34). In alcuni casi, gli interventi sulle reti sociali possono incidere sulla solitudine solo se vengono affrontate anche le barriere psicologiche alla formazione di relazioni (ad esempio tramite interventi psicologici; cfr. Capitolo 8) (34). Le prove attualmente disponibili mostrano che, tra le persone anziane, la partecipazione a gruppi comunitari può favorire la connessione sociale (36).

Allo stesso modo, l'organizzazione di eventi comunitari temporanei — come festival multiculturali, mercati pop-up, mostre d'arte, concerti o pranzi collettivi — offre occasioni per entrare in contatto con gli altri, sia come partecipanti sia come volontari. Una revisione di tali eventi ha mostrato che essi possono ampliare le reti sociali e rafforzare la coesione e il capitale sociale di una comunità, pur evidenziando anche possibili effetti negativi, come sentimenti di esclusione quando gli eventi attirano troppa attenzione esterna rispetto all'area locale (33).

Prescrizione sociale e servizi di connessione: La social prescribing comprende interventi volti a migliorare la salute e il ben-essere attraverso l'invio di persone – da parte di professionisti sanitari o link worker – a servizi e attività non cliniche (37–39). Tra i destinatari rientrano anche coloro che sperimentano solitudine o isolamento sociale. Esistono diversi modelli di prescrizione sociale, che possono essere attuati nell'assistenza primaria, in altri servizi di cura o direttamente all'interno della comunità (come i servizi di connessione). Le attività prescritte variano: possono includere programmi specifici o l'utilizzo di iniziative comunitarie già esistenti che favoriscono la connessione e l'integrazione sociale (37), come gruppi di attività fisica, giardinaggio, contatto con la natura o pratiche artistiche. Poiché la prescrizione sociale implica molteplici relazioni – tra la persona e il professionista che effettua l'invio, il link worker e le attività proposte – essa non dovrebbe essere considerata un intervento autonomo (40), ma come parte integrante di un modello più ampio di assistenza sanitaria integrata.

Alcune valutazioni hanno mostrato effetti positivi su solitudine e isolamento sociale; tuttavia, le revisioni della letteratura segnalano che le evidenze non sono ancora sufficientemente solide per trarre conclusioni definitive (40–44). Le valutazioni esistenti sono spesso limitate da disegni di ricerca non controllati, tempi di osservazione brevi e campioni di piccole dimensioni, e la sintesi delle prove risulta complicata dalla varietà degli interventi e dei metodi di valutazione utilizzati (45). Inoltre, la disponibilità di una persona a partecipare ai gruppi prescritti (e quindi a trarne beneficio) può dipendere dal suo interesse per l'attività proposta, dalla compatibilità con gli altri partecipanti, dalla qualità della relazione con il link worker e dalle dinamiche di gruppo (37, 46). Sono pertanto necessari ulteriori studi di valutazione di alta qualità.

Riquadro 13. Prescrizione sociale per anziani in un'area rurale della Repubblica di Corea (47)

Durante la pandemia di COVID-19, molte persone anziane hanno sperimentato solitudine a causa delle misure adottate per rallentare la diffusione del contagio. Nella Repubblica di Corea, per affrontare questo problema, è stato sperimentato un progetto pilota di prescrizione sociale destinato agli anziani che vivevano in un'area rurale. Gli anziani, indirizzati dall'Ufficio amministrativo e del welfare, hanno partecipato a un programma di 10 settimane svolto presso la biblioteca comunale e in un giardino condiviso. Il programma comprendeva attività di “music storytelling”, in cui i partecipanti raccontavano storie utilizzando tecniche di musicoterapia, un gruppo di auto-aiuto e attività di giardinaggio. Sebbene lo studio pilota abbia coinvolto solo 16 anziani, la partecipazione al programma è risultata associata a riduzioni significative della solitudine e dei sintomi depressivi. I risultati suggeriscono che la prescrizione sociale potrebbe rappresentare un intervento fattibile anche per le comunità rurali.



Altri approcci

Le evidenze relative ad altri tipi di approcci comunitari sono al momento molto limitate. Alcuni studi indicano che il placemaking – ovvero la creazione di spazi locali funzionali e significativi attraverso la collaborazione tra residenti, urbanisti e altri attori locali – può migliorare l'interazione sociale e il capitale sociale; tuttavia, i risultati riguardanti la coesione sociale sono contrastanti, con esiti sia positivi sia negativi (33). Alcune ricerche evidenziano anche il potenziale dell'asset-based community development (un approccio allo sviluppo di comunità basato sulle risorse e i punti di forza, che prevede la mappatura e la valorizzazione degli asset locali e la promozione di connessioni tra persone, organizzazioni e istituzioni del territorio) nel favorire la connessione sociale e il capitale sociale (48, 49). Tuttavia, le prove a sostegno restano scarse e sono state sollevate alcune preoccupazioni riguardo al rischio che tali approcci trascurino le dinamiche di potere all'interno della comunità (50). Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche, gli approcci comunitari volti a promuovere qualità prosociali fondamentali per la connessione sociale – come la gentilezza, la disponibilità e la cura verso gli altri – potrebbero rappresentare un utile complemento alle iniziative di rafforzamento dell'infrastruttura sociale. Ad esempio, incoraggiare piccoli gesti di gentilezza nei confronti dei vicini ha mostrato un certo effetto nel ridurre la disconnessione sociale e nel promuovere le relazioni di vicinato (Riquadro 14). Questo tipo di approccio è fattibile, poco costoso e richiede risorse minime.

Riquadro 14. La sfida KIND in Australia, Regno Unito e USA (51)

La sfida KIND è stata realizzata in Australia, Regno Unito e Stati Uniti attraverso una piattaforma di social networking online, con l'obiettivo di incoraggiare atti di gentilezza all'interno delle comunità di vicinato nel corso di 4 settimane. Ai partecipanti veniva chiesto di svolgere attività come contattare un vicino, offrire aiuto o contribuire a iniziative collettive nel quartiere, ad esempio la pulizia di spazi comuni. Gli atti di gentilezza suggeriti erano positivi, coinvolgenti, realizzabili e mirati a offrire diverse forme di supporto sociale. Rispetto a un gruppo di controllo in lista d'attesa, coloro che hanno preso parte alla sfida hanno riportato livelli significativamente più bassi di solitudine (nel Regno Unito e negli Stati Uniti) e di isolamento sociale (negli Stati Uniti). Sono emersi anche altri benefici: minore conflittualità tra vicini (negli USA), maggior numero di contatti di vicinato (in Australia e USA) e un miglioramento delle relazioni sociali (in Australia). Lo studio ha concluso che promuovere piccoli atti di gentilezza verso i vicini, come forma concreta di supporto sociale, può contribuire a ridurre la disconnessione sociale e rafforzare le relazioni di comunità.



7.3 Attuazione delle strategie comunitarie

Gli urbanisti, i governi locali e nazionali e altri decisori politici svolgono un ruolo centrale nel rafforzamento dell'infrastruttura sociale delle comunità, attraverso la progettazione degli ambienti costruiti, la definizione di criteri progettuali e l'attuazione di politiche di cambiamento (Capitolo 6). La grande varietà di infrastrutture sociali e di interventi comunitari correlati richiede il contributo di una vasta gamma di partner, provenienti dai settori della salute, dell'istruzione, del sociale e dell'economia, oltre al coinvolgimento diretto dei cittadini. Le partnership comunitarie, che riuniscono diversi attori per un'azione coordinata a livello locale, possono quindi rivelarsi molto utili, soprattutto quando combinano interventi sia a livello di comunità sia a livello relazionale individuale (Capitolo 8), come nel caso di interventi complessi per affrontare la solitudine nella comunità (52).

Poiché questi interventi e la loro manutenzione richiedono spesso ingenti risorse economiche, le partnership pubblico-private possono rappresentare una soluzione efficace per finanziare la creazione delle infrastrutture e garantirne la sostenibilità nel tempo (53). Inoltre, poiché le infrastrutture sono spesso progettate per scopi diversi dalla connessione sociale, è possibile creare sinergie con altre agende – ad esempio quelle legate all'adattamento ai cambiamenti climatici o alla realizzazione di città e comunità a misura di anziano – contribuendo così a ridurre i costi complessivi. A Rotterdam (Paesi Bassi), ad esempio, nell'ambito dei piani di adattamento climatico, è stata realizzata una “piazza d'acqua” progettata per proteggere la città dalle piogge torrenziali, che al tempo stesso funge da spazio sociale vivace per i residenti (54). Incoraggiare i cittadini a partecipare alla manutenzione delle infrastrutture sociali – come biblioteche di comunità o giardini condivisi – non solo ne garantisce un utilizzo duraturo, ma contribuisce anche a rafforzare i legami comunitari.



Direzioni future della ricerca

- Approfondire le evidenze sugli effetti del rafforzamento delle infrastrutture sociali e di altri approcci comunitari sulla connessione sociale, sulla solitudine e sull'isolamento sociale.
- Per quanto riguarda le infrastrutture sociali, ciò richiederà misure più accurate e comparabili a livello globale.
- Acquisire una comprensione più approfondita degli effetti dei diversi tipi e sottotipi di infrastrutture sociali sulla connessione e sulla disconnessione sociale.
- Esplorare come i diversi tipi di infrastrutture sociali influenzino le varie dimensioni della connessione sociale (strutturale, funzionale e qualitativa) e le diverse forme di disconnessione sociale, compresi l'isolamento sociale e la solitudine.
- Comprendere meglio in che modo le infrastrutture sociali — e il loro ruolo nel promuovere la connessione sociale e ridurre la disconnessione — variano in base alla cultura, alla regione del mondo, alle capacità delle persone e alle diverse fasi della vita.
- Condurre ulteriori ricerche sulle sfide e sulle opportunità specifiche legate alla promozione della connessione sociale nelle comunità rurali.
- Comprendere meglio, come priorità, gli effetti delle infrastrutture digitali sulla connessione e sulla disconnessione sociale (si veda il Riquadro 2).
- Produrre più evidenze sui costi e sul rapporto costo-efficacia del rafforzamento delle infrastrutture sociali e di altri approcci comunitari, così da supportare la scelta delle strategie da prioritizzare.

Conclusioni

Rafforzare l'infrastruttura sociale è un obiettivo intuitivamente condivisibile ed è spesso considerato una strategia molto promettente per promuovere la connessione sociale e ridurre l'isolamento e la solitudine. Si tratta tuttavia di un ambito di ricerca ancora emergente, e le evidenze solide sui suoi effetti benefici sono al momento limitate. Migliorare la comprensione degli impatti dell'infrastruttura sociale e degli interventi comunitari correlati sugli aspetti della connessione sociale dovrebbe quindi rappresentare una priorità.

Riferimenti bibliografici

1. Klinenberg E. Palaces for the people. How social infrastructure can help fight inequality, polarization and the decline of civic life. New York: Penguin Random; 2018.
2. Latham A, Layton J. Social infrastructure and the public life of cities: Studying urban sociality and public spaces. *Geogr Compass*. 2019;13(7):e12444 (<https://doi.org/10.1111/gec3.12444>).
3. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381152>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Hollis H, Skropke C, Smith H, Harries R, Garling O. Social infrastructure: international comparative review. Cambridge: Bennett Institute for Public Policy and Institute for Community Studies; 2023 (<https://www.bennettinstitute.cam.ac.uk/publications/social-infrastructure-international-comparative-review/>).
5. Swader CS, Moraru AV. Social infrastructure and the alleviation of loneliness in Europe. *Kölner Z Soz Sozpsychol*. 2023;1–28 (<https://doi.org/10.1007/s11577-023-00883-6>).
6. Muir R. Pubs and places. The social value of community pubs. London: Institute for Public Policy Research; 2012 (<https://socialvalueuk.org/reports/pubs-and-places-the-social-value-of-community-pubs/>).
7. Levkowitz J. Palaces for the people: scrutinizing social infrastructure in Sulaimani. *J Intersectionality*. 2018;2(2):24–32 (<https://doi.org/10.13169/jinte.2.2.0024>).
8. Uekusa S, Wynyard M, Matthewman S. Reinvestigating social vulnerability from the perspective of critical disaster studies (CDS): directions, opportunities and challenges in Aotearoa disaster research. *Kōtuitui N Z J Soc Sci Online*. 2024;1–18 (<https://doi.org/10.1080/1177083x.2024.2305639>).
9. DeVerteuil G, Kiener J, Mizuuchi T. The service hub as bypassed social infrastructure: evidence from inner-city Osaka. *Urban Geogr*. 2022;43(5):669–87 (<https://doi.org/10.1080/02723638.2020.1826751>).
10. Fraser T, Cherdchaiyapong N, Tekle W, Thomas E, Zayas J, Page-Tan C et al. Trust but verify: validating new measures for mapping social infrastructure in cities. *Urban Clim*. 2022;46:101287 (<https://doi.org/10.1016/j.uclim.2022.101287>).
11. Nelson JR, Bienenstock EJ, Palladino A, Barrera E, Grubestic TH. Social infrastructure as a proxy for social capital: a spatial exploration into model specification and measurement impacts in Los Angeles, California. *J Urban Aff*. 2024;46(9):1856–74 (<https://doi.org/10.1080/07352166.2022.2133724>).
12. Infrastructure for Good. Building for a better world. 2024. London: Economist Impact; 2024 (https://impact.economist.com/projects/infrastructure-for-good/TEI_Deloitte_Infrastructure_for_Good_Key_Findings_Report.pdf).
13. Enneking G, Custers G, Engbersen G. The rapid rise of social infrastructure: mapping the concept through a systematic scoping review. *Cities*. 2025;158 (<https://doi.org/10.1016/j.cities.2024.105608>).
14. Kelsey T, Kenny M. Townscapes: The value of social infrastructure. Cambridge: Bennett Institute for Public Policy; 2021 (<https://www.bennettinstitute.cam.ac.uk/publications/social-infrastructure/>).
15. Fried LP. Designing a new social infrastructure to combat loneliness in aging adults. *Generations J*. 2020;44(3): 1–12 (<https://www.jstor.org/stable/48631322>).
16. Younes SR, Marques B, McIntosh J. Public spaces for older people: a review of the relationship between public space to quality of life. *Sustainability*. 2024;16(11):4583 (<https://doi.org/10.3390/su16114583>).
17. Levasseur M, Genereux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabot E, Beaulac C et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health*. 2015;15:503 (<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1824-0>).
18. Bowling A, Stafford M. How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Soc Sci Med*. 2007;64(12):2533–49 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.009>).
19. Sugiyama M, Chau HW, Abe T, Kato Y, Jamei E, Veeroja P et al. Third places for older adults' social engagement: a scoping review and research agenda. *Gerontologist*. 2023;63(7):1149–61 (<https://doi.org/10.1093/geront/gnac180>).
20. Jones L, Nguyen T, Thomas V, Weinstein N, Qualter P, Hewings R et al. Positive connections and solitude: contribution to loneliness interventions and policy development (white paper). High Wycombe: Buckinghamshire New University; 2023 (https://bnu.repository.guildhe.ac.uk/id/eprint/18763/1/18763_Sims_Nguyen_Smith_Cesh.pdf).
21. Weinstein N, Vuorre M, Adams M, Nguyen TV. Balance between solitude and socializing: everyday solitude time both benefits and harms well-being. *Sci Rep*. 2023;13(1):21160 (<https://doi.org/10.1038/s41598-023-44507-7>).
22. Heu LC, Brennecke T. By yourself, yet not alone: making space for loneliness. *Urban Stud*. 2023;60(16):3187–97 (<https://doi.org/10.1177/00420980231169669>).
23. Policy spotlight 1: How social infrastructure improves outcomes. London: Local Trust; 2023 (<https://localtrust.org.uk/insights/research/policy-spotlight-how-social-infrastructure-improves-outcomes/>).

24. Our epidemic of loneliness and isolation. The US Surgeon General's Advisory on the healing effects of social connection and community. Washington DC: Office of the US Surgeon General; 2023 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>).
25. Space for community: Strengthening our social infrastructure. London: The British Academy; 2023 (https://www.thebritishacademy.ac.uk/documents/4536/Space_for_community_strengthening_our_social_infrastructure_vSUymgW.pdf).
26. MacIntyre H, Hewings R. Tackling loneliness through the built environment. London: Campaign to End Loneliness; 2022 (<https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/CEL-Tackling-loneliness-through-the-built-environment-Final.pdf>).
27. DeafSpace. Campus Design and Facilities. Stockholm: Gallaudet University; 2024 (<https://gallaudet.edu/campus-design-facilities/campus-design-and-planning/deafspace/>).
28. Stockholms stad. The Stockholm pedestrian plan. Stockholm: Stockholms stad; 2016 (<https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/stockholm-pedestrian-plan.pdf>).
29. Crowe CL, Liu L, Bagnarol N, Fried LP. Loneliness prevention and the role of the public health system. *Perspect Public Health*. 2024;144(1):31–8 (<https://doi.org/10.1177/17579139221106579>).
30. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:351–70 (<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044208>).
31. Schmidt WP. Randomised and non-randomised studies to estimate the effect of community-level public health interventions: definitions and methodological considerations. *Emerg Themes Epidemiol*. 2017;14:1–11 (<https://doi.org/10.1186/s12982-017-0063-5>).
32. Moore THM, Kesten JM, Lopez-Lopez JA, Ijaz S, McAleenan A, Richards A et al. The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: systematic review. *Health Place*. 2018;53:237–57 (<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.07.012>).
33. Bagnall A, Southby K, Jones R, Pennington A, South J, Corcoran R. Systematic review of community infrastructure (place and space) to boost social relations and community well-being. Five year refresh. Technical summary report. London: What Works Centre for Wellbeing; 2023 (<https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2023/01/Places-and-Spaces-Review-Refresh-31-Jan-2023-final-with-logos.pdf>).
34. Hansen T, Nes RB, Hynek K, Nilsen TS, Reneflot A, Stene-Larsen K et al. Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1917 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19396-8>).
35. Zagic D, Wuthrich VM, Rapee RM, Wolters N. Interventions to improve social connections: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(5):885–906 (<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02191-w>).
36. Suragarn U, Hain D, Pfaff G. Approaches to enhance social connection in older adults: an integrative review of literature. *Aging Health Res*. 2021;1(2):100029 (<https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100029>).
37. Haslam SA, Haslam C, Cruwys T, Sharman LS, Hayes S, Walter Z et al. Tackling loneliness together: a three-tier social identity framework for social prescribing. *Group Process Intergroup Relat*. 2024;27(5):1128–50 (<https://doi.org/10.1177/13684302241242434>).
38. Social prescribing around the world. National Academy for Social Prescribing; 2023 (<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/1yeoktid/social-prescribing-around-the-world.pdf>).
39. A toolkit on how to implement social prescribing. Manila: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354456/9789290619765-eng.pdf?sequence=1>).
40. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R et al. What approaches to social prescribing work, for whom and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2):309–24 (<https://doi.org/10.1111/hsc.12839>).
41. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspect Public Health*. 2021;141(4):204–13 (<https://doi.org/10.1177/1757913920967040>).
42. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10) (<https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>).
43. Cooper M, Avery L, Scott J, Ashley K, Jordan C, Errington L et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060214 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>).
44. Napierala H, Kruger K, Kuschick D, Heintze C, Herrmann WJ, Holzinger F. Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *Int J Integr Care*. 2022;22(3):11 (<https://doi.org/10.5334/ijic.6472>).
45. Husk K, Elston J, Gradingier F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? *Br J Gen Pract*. 2019;69(678):6–7 (<https://doi.org/10.3399/bjgp19X700325>).

46. Liebmann M, Pitman A, Hsueh YC, Bertotti M, Pearce E. Do people perceive benefits in the use of social prescribing to address loneliness and/or social isolation? A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1264 (<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08656-1>).
47. Kim JE, Lee YL, Chung MA, Yoon HJ, Shin DE, Choi JH et al. Effects of social prescribing pilot project for the elderly in rural area of South Korea during COVID-19 pandemic. *Health Sci Rep.* 2021;4(3):e320 (<https://doi.org/10.1002/hsr2.320>).
48. Agdal R, Midtgard IH, Meidell V. Can asset-based community development with children and youth enhance the level of participation in health promotion projects? A qualitative meta-synthesis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19) (<https://doi.org/10.3390/ijerph16193778>).
49. Thompson C, Halcomb E, Masso M. The contribution of primary care practitioners to interventions reducing loneliness and social isolation in older people-an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2023;37(3):611-27 (<https://doi.org/10.1111/scs.13151>).
50. Maclure L. Augmentations to the asset-based community development model to target power systems. *Community Development.* 2022;54(1):4-17 (<https://doi.org/10.1080/15575330.2021.2021964>).
51. Lim MH, Hennessey A, Qualter P, Smith BJ, Thurston L, Eres R et al. The KIND Challenge community intervention to reduce loneliness and social isolation, improve mental health and neighbourhood relationships: an international randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024 (<https://doi.org/10.1007/s00127-024-02740-z>).
52. Lasgaard M, Bo AF, Nielsen LA, Swane CE, Qualter P, Christiansen J. Reducing loneliness in the community. More Together ('Flere i Fællesskaber')-a complex intervention in Denmark. *Health Promot Int.* 2023;38(5) (<https://doi.org/10.1093/heapro/daad105>).
53. Ma L, Hu Y, Zhu L, Ke Y. Are public—private partnerships still an answer for social infrastructure? A systematic literature review. *Front Eng Manag.* 2023;10(3):467-82 (<https://doi.org/10.1007/s42524-023-0249-1>).
54. Peinhardt K. Resilience through placemaking: public spaces in Rotterdam's climate adaptation approach. Bonn: German Development Institute; 2021 (https://www.idos-research.de/uploads/media/DP__1.2021.pdf).

A portrait of David Burnside, an older man with grey hair and a beard, wearing a dark jacket. The background is a blurred green field with a building in the distance.

Capitolo 8

Strategie individuali e relazionali

Listen to David's full story here



“Il consiglio che darei a chi sta affrontando problemi di salute mentale o di dipendenze è di uscire e cercare connessione. Trova qualcuno capace di riaccendere la tua scintilla di speranza. Ma soprattutto, abbi fiducia. C'è speranza.”

David Burnside, esperto per esperienza diretta in materia di dipendenze, salute mentale, senzatetto e detenzione (Nuova Zelanda)

© OMS

Messaggi chiave

Il corpus di evidenze sull'efficacia degli interventi che affrontano l'isolamento sociale e la solitudine — molti dei quali si concentrano su strategie individuali e relazionali — è cresciuto rapidamente.

Sono state individuate strategie promettenti a livello individuale e relazionale, che in generale mostrano effetti da piccoli a moderati sulla solitudine e sull'isolamento sociale.

Sebbene non sia possibile identificare con precisione gli interventi complessivamente più efficaci, gli interventi psicologici appaiono i più promettenti per affrontare la solitudine.

L'efficacia degli interventi varia in base ai gruppi di popolazione, e sono necessarie ulteriori ricerche su popolazioni specifiche.

La tecnologia digitale può avere un ruolo importante come oggetto o come mezzo di erogazione degli interventi, ma sono necessarie ulteriori ricerche per determinarne con accuratezza l'efficacia e i potenziali rischi, in particolare per le nuove tecnologie emergenti, come l'intelligenza artificiale e la realtà virtuale.

La base di evidenze presenta diverse limitazioni, tra cui la scarsità di dati provenienti da Paesi a basso e medio reddito, la qualità metodologica non sempre elevata e la limitata disponibilità di studi sulla promozione della connessione sociale.

Questo capitolo presenta le strategie individuali e relazionali per affrontare la disconnessione sociale. La Sezione 8.1 illustra le principali strategie sviluppate finora e le evidenze sulla loro efficacia, mentre la Sezione 8.2 descrive le evidenze relative a gruppi specifici di popolazione. La Sezione 8.3 analizza il ruolo della tecnologia digitale nell'erogazione degli interventi, insieme alle opportunità e alle sfide che essa comporta. La Sezione 8.4 esamina le lacune nelle evidenze, le loro limitazioni e le principali criticità. La Sezione 8.5 considera brevemente gli aspetti legati all'implementazione.

Le evidenze sull'efficacia delle strategie per affrontare la solitudine e l'isolamento sociale sono aumentate rapidamente negli ultimi cinque anni, in particolare dall'inizio della pandemia di COVID-19 (1, 2). Molte delle strategie valutate riguardano interventi individuali o relazionali, che sono l'oggetto di questo capitolo. L'obiettivo di queste strategie è modificare i fattori di rischio e di protezione, individuali e relazionali, legati alla disconnessione sociale (Capitolo 3). Sono invece disponibili meno evidenze per valutare l'efficacia delle strategie volte a prevenire la disconnessione sociale o a promuovere la connessione sociale. È necessario condurre ulteriori ricerche in questi ambiti.

8.1 Interventi individuali e relazionali e la loro efficacia

Molte revisioni sistematiche, tra cui numerose umbrellare review (3–8), sono state condotte per valutare l'ampia mole di evidenze sulle strategie individuali e relazionali volte a ridurre la solitudine e l'isolamento sociale. Da questi studi emergono diverse strategie promettenti, che possono essere suddivise nelle seguenti categorie.

- **Formazione di competenze:** l'obiettivo di questo tipo di intervento è insegnare o migliorare le capacità necessarie per costruire o mantenere relazioni. Formare le persone a instaurare e mantenere relazioni e interazioni di qualità aumenta le possibilità di ampliare i propri contatti sociali, le reti e il supporto sociale. Tra gli interventi rientrano la formazione sulle abilità sociali, la formazione all'uso di Internet o del computer e le attività ricreative.
- **Facilitazione dell'impegno sociale:** queste strategie mirano a offrire interazioni sociali regolari e continuative a individui a rischio o che già sperimentano solitudine o isolamento sociale. Gli interventi comprendono l'offerta di supporto sociale o di forme di compagnia non umana, come animali o robot. Sebbene tali strategie siano in parte riconducibili agli interventi di accesso sociale (si veda il Capitolo 7), la facilitazione dell'impegno sociale si distingue perché fornisce direttamente interazioni sociali, anziché semplicemente opportunità di interazione.
- **Interventi terapeutici e psicologici:** queste strategie mirano ad aiutare le persone a modificare il modo in cui pensano alle proprie connessioni sociali (ad esempio, riducendo i pensieri negativi sul proprio valore o su come si è percepiti dagli altri), ad aumentare l'autoefficacia e a migliorare la regolazione delle emozioni, rafforzando così la capacità di gestire relazioni e interazioni. Gli interventi possono includere supporto psicologico, mindfulness e approcci correlati come la psicoeducazione. Possono richiedere modifiche infrastrutturali o azioni di rafforzamento delle competenze nel sistema di assistenza primaria.

Queste strategie affrontano direttamente l'isolamento sociale e la solitudine agendo sul livello di supporto sociale, sulle reti e sulla partecipazione sociale. Possono essere mirate a persone che sperimentano o rischiano la disconnessione sociale, oppure offerte all'intera popolazione, ad esempio erogandole a tutti gli studenti di una scuola (Box 15).

Possono essere realizzate in presenza o tramite tecnologie digitali (si veda la sezione 8.3). Pur essendo di norma condotte da operatori sanitari o volontari, possono anche essere attuate autonomamente nell'ambito dell'autocura (9). Per "autocura" si intende la capacità di individui, famiglie e comunità di promuovere e mantenere la propria salute, prevenire le malattie e gestire i problemi di salute, con o senza il supporto di un operatore sanitario o assistenziale (10). Gli interventi di autocura stanno diventando sempre più diffusi a livello globale (9); tuttavia, è necessario approfondire la ricerca sul loro utilizzo per affrontare la solitudine e l'isolamento sociale, nonché su come la disconnessione sociale influenzi la capacità delle persone di prendersi cura di sé.

Le evidenze provenienti dalle umbrella review suggeriscono che, nel complesso, le strategie individuali e relazionali producono un effetto da piccolo a moderato sulla solitudine e sull'isolamento sociale (3). Le evidenze relative a tipi specifici di intervento sono presentate di seguito. Poco si sa invece sugli esiti relativi alla connessione sociale, come il supporto sociale, o sugli effetti di tali interventi sulla salute e sul ben-essere (Capitolo 4). Una revisione ha rilevato l'assenza di evidenze che dimostrino un miglioramento del supporto sociale e ha riportato riduzioni modeste ma significative dei sintomi depressivi (11).

Sebbene non sia possibile individuare con precisione gli interventi più efficaci, le revisioni degli studi controllati randomizzati (RCT) indicano che gli interventi psicologici risultano i più promettenti per alleviare la solitudine (3). Altri approcci possono invece affrontare indirettamente la disconnessione sociale o promuovere la connessione agendo su fattori di rischio e di protezione più ampi, come i programmi di sostegno alla genitorialità, gli interventi di prevenzione del bullismo e i programmi di salute mentale. Tuttavia, l'analisi di tali approcci esula dall'ambito di questo rapporto.

Riquadro 15. Interventi mirati e universali

La maggior parte delle strategie valutate ha riguardato individui più esposti al rischio di disconnessione sociale, ad esempio attraverso l'offerta di "servizi di amicizia" (befriending services) rivolti a persone anziane socialmente isolate o sole. Gli interventi possono quindi essere adattati alle esigenze specifiche di determinati gruppi di popolazione, anche se ciò comporta il rischio di stigmatizzare i beneficiari. Un numero minore di strategie valutate è invece di tipo universale, come gli interventi che incentivano la popolazione ad apprendere nuove attività ricreative o hobby, incoraggiando così l'interazione sociale. Questo approccio riduce il rischio di stigmatizzazione e può contribuire a prevenire la disconnessione sociale; tuttavia, tende a favorire in misura maggiore le persone che hanno già una buona capacità di partecipazione sociale e può, involontariamente, ampliare le disuguaglianze nella connessione sociale tra diversi gruppi di popolazione. Gli interventi dovrebbero quindi essere attuati solo dopo un'attenta valutazione e mitigazione di eventuali conseguenze indesiderate.



Interventi di formazione sulle competenze

La formazione nelle abilità sociali è una tipologia di programma educativo finalizzato a migliorare le competenze relazionali, comunicative e interpersonali, nonché la capacità di instaurare e mantenere amicizie (3). Tali programmi includono elementi come il role-playing e l'allenamento alla conversazione, e vengono spesso realizzati in gruppo (3). Per i giovani, la formazione nelle abilità sociali può essere integrata nel curriculum scolastico come parte dell'educazione personale e sociale (Box 16). Le meta-analisi di studi randomizzati controllati (RCT) indicano che questi interventi possono avere un effetto da lieve a moderato sulla riduzione della solitudine (3), anche tra le popolazioni più giovani (12). Alcune revisioni, tuttavia, riportano evidenze inconcludenti o nessun effetto significativo (3, 5). Per quanto riguarda l'isolamento sociale, i risultati delle revisioni si sono rivelati positivi o inconcludenti (3). L'inserimento di programmi di formazione per le abilità sociali nelle scuole potrebbe prevenire la solitudine e l'isolamento sociale nelle fasi successive della vita e rappresenta un ambito promettente per future ricerche.

La formazione all'uso di Internet o del computer fornisce competenze nell'impiego delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), comprese le forme di comunicazione digitale come le e-mail e i social media. Questi programmi, spesso rivolti agli anziani che possono avere competenze digitali limitate, mirano a rafforzare la capacità e la fiducia degli individui nel connettersi con gli altri online e nel costruire reti sociali digitali (si veda anche la sezione 8.3). Ulteriori ricerche dovrebbero valutare in che misura tali programmi influenzino la disconnessione o la connessione sociale. Per quanto riguarda la solitudine, le revisioni di studi randomizzati condotti su popolazioni anziane hanno riportato risultati contrastanti: in alcuni casi nessun effetto o evidenze incerte (7, 14), in altri una riduzione dei livelli di solitudine (15).

Riquadro 16. Formazione nelle abilità sociali nelle scuole in Portogallo (13)

In Portogallo è stato sperimentato e valutato un programma di apprendimento socio-emotivo in sei scuole secondarie di primo grado. Il programma, intitolato "Positive Attitude", è stato articolato in 13 sessioni della durata di 45 minuti ciascuna ed è stato integrato nel curriculum scolastico come parte dell'educazione civica, con incontri settimanali rivolti a tutti gli studenti dei gradi 7-9 (età media 13,5 anni). Le sessioni erano dedicate allo sviluppo delle competenze socio-emotive, all'autocontrollo, alla costruzione di relazioni e al processo decisionale responsabile. Il programma è stato condotto da uno psicologo appositamente formato. Al termine dell'intervento è stata rilevata una riduzione lieve ma significativa dell'isolamento sociale (ad esempio l'essere ignorati dagli altri o l'evitare la partecipazione sociale) nelle ragazze, ma non nei ragazzi, rispetto al gruppo di controllo. È possibile che il programma fosse più adatto alle ragazze che ai ragazzi o che fosse necessario un livello iniziale minimo di competenza per trarne beneficio.



Lo sviluppo di competenze legate al tempo libero e agli hobby (come il giardinaggio, l'arte o l'attività fisica) incoraggia le persone a trascorrere del tempo interagendo e apprendendo insieme ad altri in un'attività condivisa. Tuttavia, l'efficacia di questi interventi non è chiara: le revisioni di studi randomizzati controllati (RCT) hanno riportato risultati inconcludenti o nulli (3). Le revisioni specificamente dedicate ai programmi di attività fisica hanno prodotto conclusioni differenti: alcune hanno riscontrato una riduzione della solitudine (16), mentre altre non hanno rilevato effetti significativi né sulla solitudine né sull'isolamento sociale (17, 18). L'efficacia potrebbe dipendere dalla qualità delle relazioni instaurate all'interno dei gruppi, ad esempio dal livello di sostegno fornito dagli altri partecipanti (4).

Facilitazione dell'impegno sociale

Gli interventi di supporto sociale forniscono aiuto emotivo o pratico alle persone attraverso programmi come i servizi di "befriending", il sostegno tra pari (si veda il Box 17), le visite domiciliari e i programmi di mentoring. Diverse meta-analisi hanno evidenziato effetti benefici da lievi a moderati del supporto sociale sulla solitudine in popolazioni miste o anziane (3, 5); tuttavia, altre revisioni e meta-analisi hanno riportato risultati inconcludenti o nulli (3). Per alcune persone, il supporto sociale e altri interventi relazionali possono essere più efficaci nel contrastare la solitudine se accompagnati da interventi psicologici mirati a modificare le cognizioni sociali negative che ostacolano le relazioni. Le prove relative ad altri esiti sono più limitate (3). Una meta-analisi di RCT condotti su popolazioni miste ha rilevato un effetto lieve ma non significativo del supporto sociale sull'isolamento sociale e un effetto lieve ma significativo sulla depressione (11). Tra adulti e giovani, il sostegno tra pari fornito da persone con esperienza vissuta si è dimostrato un intervento sociale promettente per aiutare chi sperimenta isolamento sociale, solitudine o problemi di salute mentale; tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche di maggiore qualità per consolidare queste evidenze (19, 20).

Riquadro 17. Supporto tra pari per gli anziani a basso reddito in Sudafrica (21)

A Città del Capo, Sudafrica, è stato sviluppato un programma di supporto tra pari (AgeWell) per migliorare la salute e il ben-essere della popolazione anziana in crescita residente in un'area a basso reddito. Il programma è stato adattato da un'iniziativa di successo di tutoraggio su larga scala. Gli anziani volontari sono stati formati per fornire amicizia e compagnia ad altri residenti anziani nella comunità attraverso regolari visite domiciliari, durante le quali fornivano supporto sociale (emotivo e informativo), incoraggiavano l'impegno sociale e promuovevano abitudini sane sviluppando un piano di ben-essere e fornendo invii a servizi sanitari o sociali. Il programma è stato testato con 212 residenti di età ≥ 60 anni per 5 mesi. Alla fine del periodo, i partecipanti hanno riportato una riduzione significativa della solitudine e un aumento rilevante della partecipazione sociale.



La compagnia non umana rappresenta un ambito emergente tra gli interventi volti a promuovere la connessione sociale. Mentre la maggior parte delle iniziative per ridurre l'isolamento sociale e la solitudine è concepita per migliorare le relazioni tra persone, un numero crescente di interventi si basa sui benefici derivanti da forme di compagnia non umana, come animali, relational agents (agenti software in grado di costruire relazioni con gli utenti attraverso la conversazione (22)) o social robots (agenti relazionali dotati di caratteristiche umane o animali (23)). La compagnia non umana può generare un senso di accudimento e fornire sostegno emotivo, contribuendo ad alleviare la solitudine in persone a rischio. In contesti collettivi, come le strutture residenziali per anziani, la presenza di animali o robot sociali può stimolare la conversazione e favorire l'interazione con gli altri (23, 24). L'efficacia della compagnia animale è stata analizzata in numerose revisioni, soprattutto in popolazioni anziane, ma senza risultati univoci: alcune revisioni narrative hanno riscontrato effetti positivi sulla solitudine, mentre altre non hanno individuato evidenze convincenti (4, 25, 26). Le revisioni sull'uso di robot sociali (23) e agenti relazionali (22) indicano che tali strumenti potrebbero essere promettenti per contrastare la solitudine negli anziani e in persone di ogni età, con effetti di entità moderata (22, 23). È stato tuttavia segnalato come possibile effetto indesiderato un eccessivo attaccamento al compagno robotico (1).

Interventi terapeutici e psicologici

Gli interventi psicologici, nelle loro diverse forme, possono essere utilizzati per modificare le cognizioni sociali negative o fornire supporto nella gestione del disagio emotivo. Comprendono la psicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) (Box 18), la humour therapy, la terapia della reminiscenza (spesso rivolta agli anziani), la terapia assistita con animali e la mindfulness-based stress reduction. Le evidenze emerse da alcune umbrella review condotte su un ampio corpus di studi indicano che tali interventi rappresentano un approccio promettente per affrontare la solitudine (3–5), sia nella popolazione giovanile che in quella adulta e anziana, con effetti da moderati a consistenti (3). Le prove relative ad altri esiti sono più limitate. Le revisioni sistematiche hanno fornito risultati inconcludenti sull'isolamento sociale (3), anche se una revisione ha evidenziato effetti positivi sul supporto sociale (27). Gli interventi psicologici rivolti alla disconnessione sociale possono inoltre avere benefici in termini di salute mentale: una revisione ha rilevato una riduzione ampia e significativa dei livelli di depressione dopo l'intervento (11).

La psicoeducazione, infine, offre un percorso strutturato di formazione su temi legati alla salute e al ben-essere. Può essere impiegata per sensibilizzare le persone che vivono o rischiano la disconnessione sociale, fornendo informazioni mirate su solitudine, isolamento sociale, salute mentale e strategie di coping. Le meta-analisi di RCT hanno mostrato effetti da lievi (nelle popolazioni anziane) a significativi (in gruppi di popolazione mista) sulla riduzione della solitudine (3). Le revisioni di studi condotti su studenti universitari, persone con disturbi mentali e popolazioni miste hanno riportato risultati variabili o incoerenti. Le evidenze sull'impatto sull'isolamento sociale restano limitate e inconcludenti (3).



Riquadro 18. CBT via Internet per la solitudine in Svezia (28)

Considerata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel trattamento delle condizioni psicologiche e la buona accettabilità degli interventi erogati via Internet tra le persone che manifestano evitamento e ritiro sociale, in Svezia è stato condotto uno studio pilota per testare l'accettabilità e l'efficacia della CBT online in soggetti che sperimentavano frequentemente solitudine. Il programma, della durata di otto settimane, accessibile tramite piattaforma digitale, era incentrato sul cambiamento delle cognizioni sociali. Ai partecipanti venivano assegnati esercizi legati all'esperienza della solitudine. Il percorso era autogestito, ma prevedeva un feedback personalizzato e il supporto di terapeuti, che rispondevano anche alle domande attraverso la piattaforma online. Sebbene il programma pilota abbia coinvolto solo 73 partecipanti, ha evidenziato benefici significativi nella riduzione della solitudine rispetto al gruppo di controllo, oltre a effetti positivi più ampi sulla qualità della vita e sulla riduzione dell'ansia sociale. Non sono stati riscontrati effetti sui livelli di depressione. I risultati suggeriscono che la CBT online potrebbe rappresentare un intervento efficace per le persone che soffrono frequentemente di solitudine.

Interventi multicomponente

Una combinazione di più tipi di intervento, volta ad affrontare contemporaneamente diversi fattori di rischio per la solitudine e l'isolamento sociale, rappresenta una soluzione più olistica ed efficace per contrastare la disconnessione sociale (3). L'intervento può includere, ad esempio, una formazione sulle attività del tempo libero insieme alla terapia cognitivo-comportamentale, oppure visite domiciliari abbinate alla psicoeducazione (17). I dati di una meta-analisi suggeriscono che gli interventi multicomponente sono efficaci nella popolazione anziana, con un piccolo effetto sull'isolamento sociale e un effetto moderato sulla solitudine (3). Inoltre, gli interventi contro la solitudine che perseguono più obiettivi sembrano essere più efficaci rispetto a quelli con un solo obiettivo (6).

8.2 Efficacia degli interventi in diversi gruppi di popolazione

Comprendere quali approcci risultino più efficaci nel prevenire e affrontare la disconnessione sociale nei diversi gruppi di popolazione rappresenta una priorità fondamentale per le ricerche future.

Persone anziane

Gli anziani costituiscono il gruppo più studiato in relazione agli interventi, in particolare quelli mirati ad affrontare la solitudine. Una umbrella review sugli interventi per la solitudine ha concluso che, in generale, le terapie psicologiche, gli interventi con animali e la formazione nelle abilità sociali si sono dimostrati più efficaci rispetto alle iniziative volte a facilitare l'impegno sociale o a promuovere la salute (ad esempio la psicoeducazione), sebbene non sia stata condotta una meta-analisi sulle differenze complessive di efficacia (6). Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) sono state impiegate in diversi interventi rivolti agli anziani per superare le barriere alla connessione sociale che spesso accompagnano l'invecchiamento, come la ridotta mobilità (si veda la sezione 8.3). Sebbene esistano solide evidenze sui legami tra disconnessione sociale e declino cognitivo (cfr. sezione 4.1), le linee guida dell'OMS per la riduzione del rischio di declino cognitivo e demenza segnalano che non vi sono ancora prove sufficienti per raccomandare la promozione dell'attività sociale come intervento volto a migliorare gli esiti di salute più ampi (29). Una revisione completa delle evidenze è in corso nell'ambito dell'aggiornamento di tali linee guida.

Giovani

Gli interventi rivolti ai giovani sono stati studiati con minore frequenza rispetto a quelli per altre fasce d'età, in particolare per quanto riguarda l'isolamento sociale. Una revisione sistematica sugli interventi contro la solitudine nei giovani ha evidenziato che, nel complesso, tali interventi risultano efficaci, con un effetto di entità moderata (12). Non sono state riscontrate differenze significative tra le diverse tipologie di intervento, ma quelli basati sulla formazione socio-emotiva hanno prodotto i risultati migliori negli studi con disegno pre-post, mentre gli interventi che prevedevano l'apprendimento di una nuova abilità hanno mostrato i maggiori benefici negli RCT. La revisione sottolinea inoltre che la tecnologia costituisce un formato adeguato per la somministrazione degli interventi destinati ai giovani, rappresentando un'alternativa efficace alle modalità in presenza.

Altri gruppi di popolazione

L'efficacia degli interventi per persone con disturbi di salute mentale non è ancora del tutto chiara (30). Tuttavia, le revisioni sistematiche mostrano che le terapie psicologiche per la solitudine (31), la socializzazione assistita (interventi di accesso sociale, v. Capitolo 7), la formazione nelle abilità sociali e gli interventi multicomponente per l'isolamento sociale (30, 31) appaiono approcci promettenti.

Per migranti e minoranze etniche, gli approcci volti a facilitare l'impegno sociale — come i gruppi di sostegno basati su identità condivisa e i programmi di affiancamento (befriending) — hanno generalmente prodotto effetti positivi sulla riduzione della solitudine (32). Gli incontri interculturali (interazioni sociali tra gruppi etnici, culturali o religiosi diversi all'interno di progetti comunitari) costituiscono un'altra pratica diffusa, anche se servono ulteriori evidenze per valutarne l'efficacia.

Alcune prove indicano che i programmi di gruppo per anziani appartenenti a minoranze etniche, come quelli educativi o di attività fisica, possono migliorare la partecipazione sociale e ridurre l'isolamento e la solitudine (33).

Le evidenze sull'efficacia degli interventi rivolti a persone con disabilità sono ancora limitate. Una revisione sistematica sugli interventi per la solitudine ha rilevato che, in generale, vengono adottati approcci simili a quelli rivolti alle persone senza disabilità, ma le strategie più comuni variano in base al tipo di condizione: ad esempio, formazione nelle abilità sociali per bambini e adolescenti con difficoltà di apprendimento e interventi psicologici per adulti con disabilità fisiche (34). Gli autori suggeriscono la necessità di progettare interventi specifici per le persone con disabilità. Le tecnologie digitali potrebbero offrire opportunità significative per aumentare la partecipazione sociale di questo gruppo (si veda la sezione 8.3).

Riflessioni da esperienze vissute: come favorire la connessione sociale tra le persone

Patience

Esperta di traumi infantili
(Zambia)

“La terapia è stata decisiva nel mio percorso di guarigione: mi ha permesso di vedere ferite che nemmeno sapevo di avere e che alimentavano profondamente la mia solitudine.”

Ruth

Dal villaggio di
Kyondoni (Kenya)

“Dalla mia esperienza personale di vittima di bullismo a scuola, credo che promuovere l'empatia e la comprensione tra i coetanei sia fondamentale. Le scuole possono attuare programmi anti-bullismo che promuovano l'inclusione e insegnino l'empatia sin dalla giovane età. Inoltre, la creazione di sistemi di supporto, come gruppi di sostegno tra pari o servizi di consulenza, può offrire conforto a chi vive situazioni di solitudine.”

Barbara

Donna anziana con mobilità ridotta ed esperienza di abuso (Regno Unito)

“Penso che sia importante prestare particolare attenzione a chi è stato indipendente e attivo per gran parte della vita, ma che, andando in pensione o per altre ragioni, si ritrova a dipendere dagli altri. Io sono passata inosservata. Sarebbe fondamentale trovare persone che possano parlare con persone come me, normalmente molto socievoli, ma che, per varie ragioni, non sono più attive o motivate come un tempo. Occorre creare reti sociali per chi sta attraversando la fase di transizione verso la terza età o gli ultimi capitoli della propria vita.”

Jack

Anziano sopravvissuto al cancro dal giugno 2019 (USA)

“Mi sono reso conto, lungo il mio percorso con il cancro, che la malattia e l’isolamento sociale o la solitudine seguono strade simili. Una diagnosi e un intervento precoci, in entrambi i casi, sono fondamentali per delineare una direzione da seguire. È vitale poter contare su una rete solida di amici e professionisti con cui confidarsi, piangere, sfogarsi e pianificare. L’accesso a professionisti della salute mentale e a terapeuti dovrebbe sempre far parte della discussione, poiché cadere in una spirale negativa può accadere rapidamente e provocare danni aggiuntivi e duraturi.”

8.3 Il ruolo della tecnologia digitale nella realizzazione degli interventi

L’uso della tecnologia per affrontare l’isolamento sociale e la solitudine è un ambito di crescente interesse. I progressi nelle nuove tecnologie e la diffusione capillare di dispositivi digitali e di Internet in molte aree del mondo hanno ampliato le opportunità di sviluppo e l’utilizzo di interventi digitali. La tecnologia può essere sia l’oggetto dell’intervento – come nel caso della formazione sulle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT), della compagnia robotica, dell’intelligenza artificiale (AI) (vedi sezione 8.1), dei giochi online multigiocatore o della realtà virtuale (35) – sia lo strumento attraverso cui erogare interventi tradizionalmente condotti in presenza. Tra questi rientrano il supporto sociale online, gli interventi psicologici (sia di auto-aiuto sia condotti da professionisti) e le forme di connessione con altri, ad esempio tramite videoconferenza. Le tecnologie digitali possono inoltre essere impiegate per l’auto-cura, ad esempio per reperire informazioni sulla disconnessione sociale o utilizzare strumenti digitali autoguidati.

Gli interventi digitali possono risultare particolarmente rilevanti per affrontare l'isolamento e la solitudine e per rafforzare la connessione sociale attraverso reti sociali online, soprattutto tra popolazioni con opportunità relazionali limitate, come le persone anziane o con disabilità o condizioni croniche. Essendo accessibili dal proprio domicilio, questi interventi eliminano le barriere legate alla mobilità. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche sui potenziali rischi legati all'uso dell'AI (ad esempio nei robot sociali o agenti relazionali), tali approcci possono offrire vantaggi a chi è riluttante a condividere informazioni con altri per motivi di stigma. La maggiore propensione a confidarsi con un "compagno" non umano può far sentire l'utente ascoltato e compreso, anche se l'AI non è in grado di comprendere pienamente (22). Gli interventi digitali possono inoltre essere particolarmente efficaci nel coinvolgere le fasce più giovani della popolazione (12), per le quali la tecnologia è ormai parte integrante della vita quotidiana.

Tuttavia, l'uso delle tecnologie digitali presenta anche diverse barriere e criticità (1, 36):

- Per le persone anziane, la mancanza di competenze digitali o l'accesso limitato alla tecnologia può ridurre la possibilità di partecipare agli interventi, aggravando l'isolamento sociale. Per questi individui, può essere necessario integrare l'intervento con una formazione specifica o fornire accesso ai dispositivi.
- Per le persone con disabilità, problemi visivi, uditivi o motori possono costituire ostacoli all'uso della tecnologia.
- Per le persone a basso reddito, il costo dei dispositivi o della connessione Internet può limitare la partecipazione.
- I divari digitali legati alla distribuzione geografica, con minore accesso nelle aree rurali e nei Paesi a basso reddito, possono creare disuguaglianze nell'accesso agli interventi digitali.
- L'uso della tecnologia per connettersi con gli altri può ridurre i contatti faccia a faccia, che invece offrono relazioni di qualità più elevata (37). Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere come la tecnologia modifichi le interazioni sociali e cosa questo significhi in termini di connessione sociale.
- L'uso delle tecnologie digitali può sollevare questioni di privacy ed etica legate alla protezione, archiviazione e trasmissione dei dati.

Le evidenze sull'efficacia degli interventi digitali sono ancora incerte. Una *umbrella review* di studi randomizzati controllati (RCT) ha identificato nove revisioni sistematiche sugli interventi digitali, di cui otto relative alla popolazione anziana (3). Gli effetti sull'isolamento sociale sono risultati inconclusivi, mentre per la solitudine sono emersi risultati contrastanti (nulli, incerti o significativi). È stato tuttavia osservato che, per le persone anziane, l'uso della tecnologia non ha avuto effetti negativi e, pur in presenza di risultati incerti, può rappresentare uno strumento utile per facilitare le connessioni sociali (14, 38). Inoltre, i programmi digitali di auto-aiuto si sono dimostrati efficaci per esiti correlati, come la riduzione di depressione e ansia, soprattutto se accompagnati da un breve supporto fornito da operatori non specializzati (39).

Per quanto riguarda la solitudine, ulteriori revisioni che hanno coinvolto ampie fasce d'età hanno mostrato che la modalità di erogazione (digitale o in presenza) non sembra influenzare l'efficacia degli interventi: entrambi i tipi risultano ugualmente efficaci nel ridurre i livelli di solitudine (11, 12, 40). Saranno necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio l'efficacia degli interventi digitali, in particolare delle tecnologie più recenti, come l'intelligenza artificiale e la realtà virtuale (35). Le ricerche dovrebbero includere anche l'analisi dei potenziali effetti negativi degli interventi basati sull'AI e delle modalità più efficaci per mitigarli. Data la rapidità dei progressi tecnologici, sarà importante valutare periodicamente l'efficacia degli interventi digitali nel contrastare la solitudine, l'isolamento sociale e nel promuovere la connessione sociale.

8.4 Lacune nelle evidenze, limiti e sfide

Due mappe recentemente pubblicate, basate su “prove ed evidenze mancanti”, presentano un ampio corpo di prove sulle strategie individuali e relazionali per ridurre l'isolamento sociale e la solitudine, inclusi sia interventi di persona che digitali (1, 2). Le mappe illustrano lo stato e la portata delle evidenze e indicano quanto segue:

- La maggior parte delle evidenze proviene da Paesi ad alto reddito; sono necessarie ulteriori ricerche nei Paesi a basso e medio reddito.
- Le evidenze si concentrano intorno a specifiche tipologie di intervento o modalità di erogazione, come gli interventi terapeutici e psicologici (interventi in presenza) e quelli volti a potenziare il coinvolgimento sociale (interventi digitali). Ulteriori ricerche su altre tipologie e modalità di erogazione degli interventi, come quelli di auto-cura e gli interventi terapeutici e psicologici digitali, contribuirebbero a rendere più equilibrata la base di evidenze. Tali ricerche dovrebbero includere anche interventi che non richiedono una formazione specialistica e possono essere attuati con risorse limitate.
- La maggior parte delle evidenze riguarda interventi rivolti agli adulti più anziani, in particolare gli interventi digitali (oggetto della “digital evidence and gap map” (1)). Sarebbe necessario condurre ulteriori studi su altre fasce d'età, come bambini e giovani adulti, e su altri gruppi di popolazione colpiti in misura sproporzionata dalla disconnessione sociale.
- Sono inoltre più numerose le evidenze sugli effetti degli interventi in relazione alla solitudine rispetto a quelle che riguardano l'isolamento sociale o le diverse forme di connessione sociale. È pertanto auspicabile condurre ulteriori ricerche anche su questi aspetti.
- Le revisioni delle evidenze disponibili sono in generale di qualità molto bassa. Occorrono revisioni di qualità superiore, comprese meta-analisi solide, per chiarire l'efficacia complessiva degli approcci e delle diverse tipologie di intervento.

Le mappe delle evidenze e delle lacune forniscono solo una parte del quadro complessivo. Poiché la maggior parte degli interventi affronta la solitudine e l'isolamento sociale, esse non includono gli interventi specificamente concepiti per promuovere la connessione sociale o sviluppare comunità socialmente coese, che potrebbero anche contribuire a prevenire la disconnessione sociale nelle generazioni future. Si tratta di una lacuna rilevante nel campo di studio, che richiede ulteriori approfondimenti.

Ulteriori limitazioni riguardano la mancanza di basi teoriche solide a sostegno degli interventi, la carenza di evidenze sugli effetti a lungo termine delle azioni (3) e sui conseguenti esiti in termini di salute e ben-essere, nonché la bassa qualità complessiva delle prove disponibili (3). Sebbene gli studi randomizzati controllati (RCT) di alta qualità rappresentino lo strumento più accurato per valutare l'efficacia degli interventi, alcune tipologie di approccio risultano difficili da testare con questo disegno sperimentale, anche per ragioni etiche. La possibilità di trarre conclusioni affidabili sull'efficacia complessiva degli interventi è inoltre limitata dalle numerose modalità con cui essi sono stati raggruppati e analizzati nella letteratura accademica, in termini di erogazione, obiettivi, risultati e meccanismi operativi. Ciò evidenzia la necessità di sviluppare e promuovere un sistema di classificazione standardizzato, applicabile nei diversi ambiti accademici.

Con la rapida crescita delle evidenze sull'efficacia degli interventi — molte delle quali prodotte negli ultimi cinque anni (1, 2) — una sfida futura sarà quella di gestire e sintetizzare l'elevato volume di nuove conoscenze per migliorare, in tempi adeguati, la comprensione complessiva di ciò che funziona. Sebbene strumenti basati sull'evidenza, come le mappe delle evidenze e delle lacune, siano utili, è essenziale che vengano aggiornati e mantenuti nel tempo.

8.5 Attuazione delle strategie individuali e relazionali

Il settore sanitario svolge un ruolo centrale nell'attuazione delle strategie individuali e relazionali, sia nella realizzazione diretta degli interventi, sia nell'identificazione e nell'invio delle persone bisognose di supporto ai servizi comunitari (si veda anche la prescrizione sociale nel Capitolo 7). Anche altri settori — come l'istruzione, l'assistenza sociale e il terzo settore (organizzazioni non profit e non governative) — ricoprono un ruolo importante nell'attuazione degli interventi, e un lavoro coordinato in partenariato sarà essenziale.

L'attuazione di alcuni interventi (ad esempio quelli terapeutici e psicologici) richiederà probabilmente cambiamenti strutturali o di sistema. L'integrazione di tali interventi nei servizi sanitari, sociali ed educativi rappresenta una modalità concreta per ampliare l'impatto delle azioni efficaci (41). Molti Paesi applicano già alcune di queste strategie, a livello nazionale, locale o organizzativo. Una chiara comprensione delle azioni in corso e della capacità di valorizzare le infrastrutture esistenti può favorire l'avanzamento delle strategie individuali e relazionali a costi contenuti. Ad esempio, le visite di routine dei professionisti sanitari alle neomamme possono essere utilizzate per promuovere la connessione sociale, mettere in contatto le persone con gruppi e reti della comunità, fornire supporto e, se necessario, orientare verso servizi specifici contro la disconnessione sociale.

Sebbene le strategie descritte in questo capitolo mostrino potenzialità significative nel contrastare la disconnessione sociale, la scelta degli interventi e le modalità di erogazione devono essere adattate alla popolazione di riferimento, alla fattibilità, alla capacità dei diversi settori, alle azioni già in corso e ai costi di attuazione. È inoltre fondamentale che gli interventi affrontino in modo mirato l'esito scelto (ad esempio solitudine, isolamento sociale o connessione sociale) e che le soluzioni efficaci siano adattate alla cultura della popolazione destinataria.



Direzioni future della ricerca

- Sono necessarie maggiori evidenze nei Paesi a basso e medio reddito, in particolare per i Paesi a basso reddito per i quali non esistono evidenze.
- Poiché la maggior parte delle evidenze riguarda adulti anziani, è importante valutare gli interventi anche per fasce d'età più giovani e altri segmenti della popolazione colpiti in modo sproporzionato dalla disconnessione sociale.
- Sono necessarie sintesi di alta qualità delle evidenze per poter trarre conclusioni affidabili sull'efficacia degli interventi a partire dal complesso dei dati disponibili.
- Un maggiore utilizzo di categorie standardizzate nella sintesi delle evidenze è fondamentale per giungere a conclusioni più solide sugli interventi efficaci. Potrebbe essere necessario sviluppare un nuovo sistema di classificazione degli interventi per uniformare le ricerche future in questo ambito.
- L'elaborazione di linee guida per la selezione, l'adattamento e l'ampliamento su scala nazionale degli interventi di successo favorirà il progresso delle azioni a livello dei singoli Paesi.

Conclusioni

Questo capitolo descrive l'ampio e in rapida espansione corpo di evidenze sugli interventi individuali e relazionali volti a prevenire e contrastare l'isolamento sociale e la solitudine. Nonostante alcune limitazioni evidenti, la grande quantità di studi disponibili offre informazioni preziose sulle strategie efficaci che possono essere messe in atto per affrontare questi fenomeni. Sono tuttavia necessarie ulteriori ricerche per approfondire la comprensione dei modi in cui promuovere la connessione sociale. L'impiego di interventi finalizzati sia alla prevenzione e alla risposta ai casi di isolamento e solitudine, sia alla promozione della connessione sociale e delle interazioni positive nelle comunità, rappresenta una strategia di valore da considerare. Dovrebbero inoltre essere sviluppate linee guida che sintetizzino l'ampio e crescente insieme di evidenze sulla connessione e disconnessione sociale, fornendo raccomandazioni chiare per i decisori politici, gli amministratori e i professionisti del settore.

Riferimenti bibliografici

1. Welch V, Ghogomu ET, Barbeau VI, Dowling S, Doyle R, Beveridge E et al. Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: an evidence and gap map. *Campbell Syst Rev.* 2023;19(4):e1369 (<https://doi.org/10.1002/cl2.1369>).
2. Welch V, Ghogomu ET, Dowling S, Barbeau VI, Al-Zubaidi AAA, Beveridge E et al. In-person interventions to reduce social isolation and loneliness: an evidence and gap map. *Campbell Syst Rev.* 2024;20(2):e1408 (<https://doi.org/10.1002/cl2.1408>).
3. Hansen T, Nes RB, Hynek K, Nilsen TS, Reneflot A, Stene-Larsen K et al. Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1917 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19396-8>).
4. Beckers A, Buecker S, Casabianca EJ, Nurminen M. Effectiveness of interventions tackling loneliness. Ispra: European Commission Joint Research Centre; 2022 (<https://doi.org/10.2760/277109>).
5. Veronese N, Galvano D, D'Antiga F, Vecchiato C, Furegon E, Allocco R et al. Interventions for reducing loneliness: an umbrella review of intervention studies. *Health Soc Care Community.* 2021;29(5):e89–96 (<https://doi.org/10.1111/hsc.13248>).
6. Patil U, Braun KL. Interventions for loneliness in older adults: a systematic review of reviews. *Front Public Health.* 2024;12:1427605 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427605>).
7. Chipps J, Jarvis MA, Ramlall S. The effectiveness of e-interventions on reducing social isolation in older persons: a systematic review of systematic reviews. *J Telemed Telecare.* 2017;23(10):817–27 (<https://doi.org/10.1177/1357633X17733773>).
8. Boulton E, Kneale D, Stansfield C, Heron P, Sutcliffe K, Hayanga B et al. Rapid systematic review of systematic reviews: what befriending, social support and low intensity psychosocial interventions, delivered remotely, are effective in reducing social isolation and loneliness among older adults? How do they work? *F1000Research.* 2021;9:1368 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.27076.1>).
9. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/342741>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
10. Self-care for health and well-being [website]. World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>).
11. Zagic D, Wuthrich VM, Rapee RM, Wolters N. Interventions to improve social connections: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(5):885–906 (<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02191-w>).
12. Eccles AM, Qualter P. Review: Alleviating loneliness in young people – a meta-analysis of interventions. *Child Adolesc Ment Health.* 2021;26(1):17–33 (<https://doi.org/10.1111/camh.12389>).
13. Coelho V, Sousa V, Raimundo R, Figueira A. The impact of a Portuguese middle school social-emotional learning program. *Health Promot Int.* 2017;32(2):292–300 (<https://doi.org/10.1093/heapro/dav064>).
14. Jin W, Liu Y, Yuan S, Bai R, Li X, Bai Z. The effectiveness of technology-based interventions for reducing loneliness in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol.* 2021;12:711030 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711030>).
15. Shekelle PG, Mlake-Lye IM, Begashaw MM, Booth MS, Myers B, Lowery N et al. Interventions to reduce loneliness in community-living older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2024;39(6):1015–28 (<https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5>).
16. Pels F, Kleinert J. Loneliness and physical activity: a systematic review. *Int Rev Sport Exerc Psychol.* 2016;9(1):231–60 (<https://doi.org/10.1080/1750984x.2016.1177849>).
17. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H et al. Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022;5(10):e2236676 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>).
18. Shvedko A, Whittaker AC, Thompson JL, Greig CA. Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Sport Exerc.* 2018;34:128–37 (<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003>).
19. Mahon D. Scoping review of peer support for adults and young people experiencing loneliness and social isolation. *Ment Health Soc Incl.* 2024;28(6):979–92 (<https://doi.org/10.1108/MHSI-11-2023-0129>).
20. Richard J, Rebinsky R, Suresh R, Kubic S, Carter A, Cunningham JEA et al. Scoping review to evaluate the effects of peer support on the mental health of young adults. *BMJ Open.* 2022;12(8):e061336 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061336>).
21. Geffen LN, Kelly G, Morris JN, Howard EP. Peer-to-peer support model to improve quality of life among highly vulnerable, low-income older adults in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):279 (<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1310-0>).
22. Sha S, Loveys K, Qualter P, Shi H, Krpan D, Galizzi M. Efficacy of relational agents for loneliness across age groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1802 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19153-x>).

23. Pu L, Moyle W, Jones C, Todorovic M. The effectiveness of social robots for older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Gerontologist*. 2019;59(1):e37–51 (<https://doi.org/10.1093/geront/gny046>).
24. Jain B, Syed S, Hafford-Letchfield T, O'Farrell-Pearce S. Dog-assisted interventions and outcomes for older adults in residential long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Int J Older People Nurs*. 2020;15(3):e12320 (<https://doi.org/10.1111/opn.12320>).
25. Gilbey A, Tani K. Companion animals and loneliness: a systematic review of quantitative studies. *Anthrozoös*. 2015;28(2):181–97 (<https://doi.org/10.1080/08927936.2015.11435396>).
26. Gee NR, Mueller MK. A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. *Anthrozoös*. 2019;32(2):183–207 (<https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569903>).
27. Williams CYK, Townson AT, Kapur M, Ferreira AF, Nunn R, Galante J et al. Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: a rapid systematic review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247139 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247139>).
28. Käll A, Jägholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT et al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2020;51(1):54–68 (<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.001>).
29. Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/312180>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Barnett P, Steare T, Dedat Z, Pilling S, McCrone P, Knapp M et al. Interventions to improve social circumstances of people with mental health conditions: a rapid evidence synthesis. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):302 (<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03864-9>).
31. Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(7):839–76 (<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01800-z>).
32. Salway S, Such E, Preston L, Booth A, Zubair M, Victor C et al. Reducing loneliness among migrant and ethnic minority people: a participatory evidence synthesis. *Public Health Res*. 2020;8(10) (<https://doi.org/10.3310/phr08100>).
33. Pool MS, Agyemang CO, Smalbrugge M. Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: a review. *Eur J Public Health*. 2017;27(6):1048–54 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx178>).
34. Gomez-Zuniga B, Pousaded M, Armayones M. Loneliness and disability: a systematic review of loneliness conceptualization and intervention strategies. *Front Psychol*. 2023;13:1040651 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1040651>).
35. Gunnes M, Loe IC, Kalseth J. Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: a scoping review of reviews. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):215 (<https://doi.org/10.1186/s12877-024-04837-1>).
36. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies of Sciences Engineering and Medicine; 2020 (<https://doi.org/10.17226/25663>).
37. Hawkey LC, Finch LE, Kotwal AA, Waite LJ. Can remote social contact replace in-person contact to protect mental health among older adults? *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(11):3063–5 (<https://doi.org/10.1111/jgs.17405>).
38. Shah SGS, Nogueras D, van Woerden HC, Kiparoglou V. Evaluation of the effectiveness of digital technology interventions to reduce loneliness in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2021;23(6):e24712 (<https://doi.org/10.2196/24712>).
39. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
40. Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2010;15(3):219–66 (<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>).
41. Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376208>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

A close-up portrait of an elderly man with dark hair and a slight beard, looking upwards and to the right. He is wearing a purple and white plaid shirt. The background is a soft-focus green, suggesting an outdoor setting with foliage.

Capitolo 9

La via da seguire – cinque aree strategiche

Listen to Julio's
full story here



"Vivo nel qui e ora con fiducia, con la speranza che, prima o poi, [...] noi, come comunità, prenderemo l'iniziativa e ci preoccuperemo del fatto che [...] dobbiamo affrontare quella solitudine."

Julio Hernandez, uomo anziano gay (Costa Rica)
© WHO

Messaggi chiave

La via da seguire proposta dalla Commissione OMS sulla Connessione Sociale consiste in cinque aree strategiche: politiche, ricerca, interventi, misurazione e dati, e coinvolgimento. Ogni area strategica include tre azioni.

Politiche

- I governi dovrebbero sviluppare, adottare, finanziare, attuare e monitorare una politica, una strategia o un quadro nazionale per promuovere la connessione sociale, coinvolgendo tutti i settori, compreso quello della tecnologia digitale.
- Rafforzare la leadership politica.
- Facilitare lo scambio di conoscenze.

Ricerca

- Rafforzare la capacità di ricerca a livello globale e nazionale.
- Identificare e finanziare le priorità di ricerca.
- Lanciare un'iniziativa di Grand Challenge.

Interventi

- Sviluppare linee guida.
- Avviare un "acceleratore di interventi".
- Sostenere l'attuazione delle azioni.

Misurazione e dati

- Potenziare i sistemi nazionali di monitoraggio.
- Sviluppare un indice globale della connessione sociale.
- Raccogliere dati dal maggior numero possibile di Paesi nel prossimo decennio.

Coinvolgimento

- Assicurare che la connessione sociale sia posta ai primi posti nelle agende politiche e di policy globali, costruendo una coalizione di governi e figure pubbliche di riferimento.
- Aumentare la consapevolezza pubblica attraverso campagne coordinate e una narrativa globale unificata.
- Costruire un movimento sostenibile mediante la collaborazione multisettoriale e un finanziamento dedicato.

Questo rapporto raccoglie le migliori evidenze scientifiche oggi disponibili sulla connessione sociale e sulle due forme di disconnessione – l'isolamento sociale e la solitudine – fenomeni ampiamente diffusi che producono conseguenze gravi e ancora troppo spesso sottovalutate sul piano sanitario, sociale ed economico. A partire dalle evidenze illustrate nei capitoli precedenti, il presente capitolo delinea un percorso di avanzamento articolato in cinque aree strategiche di intervento.

L'attuazione efficace di queste strategie richiederà la collaborazione tra diversi settori e attori, inclusa l'OMS. Al centro di questi sforzi ci sono le persone che hanno vissuto esperienze di solitudine e isolamento sociale. Tra gli stakeholder chiave figurano i settori della salute e dell'assistenza sociale, dell'istruzione, del lavoro e dell'occupazione, della tecnologia e dei media, insieme ai governi, alle organizzazioni della società civile, alle agenzie delle Nazioni Unite, alle organizzazioni per lo sviluppo, agli istituti accademici e di ricerca, alle imprese e alle persone di tutte le età. Con un approccio coordinato e articolato su più fronti, l'OMS, insieme a questi partner, può promuovere un cambiamento realmente trasformativo.

Politiche

Le politiche volte a promuovere il coinvolgimento della comunità, rafforzare le relazioni interpersonali e creare ambienti favorevoli sono fondamentali per mitigare e prevenire la solitudine e l'isolamento sociale. Con la crescita esponenziale delle tecnologie digitali – inclusi i social media e l'intelligenza artificiale – diventa una priorità assoluta l'adozione di politiche che promuovano ambienti digitali sicuri. Queste sfide non riguardano soltanto la sfera individuale, ma rappresentano questioni sociali che richiedono un impegno collettivo e azioni coordinate a tutti i livelli della società. Le soluzioni politiche dovrebbero concentrarsi sulle tre azioni seguenti, tenendo conto del contesto e delle priorità specifiche di ciascun Paese.

1. Sviluppare, adottare, finanziare, attuare e monitorare una politica, una strategia o un quadro nazionale per promuovere la connessione sociale, coinvolgendo tutti i settori e i livelli amministrativi, affinché le persone possano sperimentare ben-essere e salute sociale.

L'OMS e altre organizzazioni dovrebbero incoraggiare i governi offrendo assistenza tecnica e supporto per la creazione di politiche nazionali finalizzate a contrastare l'isolamento e la solitudine e a promuovere la connessione sociale come priorità di salute pubblica e sviluppo sostenibile. Dovrebbe essere promosso un approccio "social connection in all policies" – la connessione sociale in tutte le politiche – per garantire che sia le politiche esistenti sia quelle future integrino misure volte a favorire la connessione sociale e a ridurre la disconnessione. Queste tematiche possono essere affrontate sia attraverso politiche autonome, sia tramite approcci integrati.

Le politiche autonome sono strategie o programmi nazionali o locali dedicati specificamente a solitudine, isolamento sociale e connessione sociale, per assicurare un'attenzione sistematica e completa a tali questioni.

Gli approcci integrati comprendono misure che affrontano solitudine e isolamento e promuovono la connessione sociale a livello individuale, comunitario e sociale, anche attraverso la creazione e il rafforzamento dell'infrastruttura sociale nelle comunità, all'interno di politiche più ampie (es. salute pubblica, istruzione, abitazione, lavoro, pianificazione urbana, tecnologia e determinanti sociali della salute). Le politiche che regolano le tecnologie digitali – considerando sia i rischi sia i potenziali benefici, inclusi gli usi come strumenti di intervento – dovrebbero essere considerate prioritarie.

Le politiche devono prevedere costi e budget dedicati e devono essere elaborate con la partecipazione dei settori e degli attori rilevanti, inclusi esperti con esperienza vissuta diretta.

2. Rafforzare la leadership politica. Promuovere la connessione sociale e ridurre le disuguaglianze richiede una governance solida e una leadership efficace. Governi, OMS, altre agenzie delle Nazioni Unite, istituti accademici e di ricerca, enti finanziatori, organizzazioni della società civile e attivisti dovrebbero collaborare per avanzare l'agenda della connessione sociale, organizzando incontri a livello subnazionale, nazionale, regionale e internazionale dedicati al dialogo e allo scambio tra i protagonisti delle politiche pubbliche. Tali occasioni devono consentire ai leader di condividere strategie di successo, favorire la collaborazione intersettoriale e transnazionale e mobilitare la volontà politica. Nel tempo, potrebbe essere costituito un gruppo di policy champions interregionali impegnati nella promozione di un'agenda d'azione comune sulla connessione sociale.

3. Favorire lo scambio di conoscenze. Istituire una piattaforma collaborativa online e un archivio globale per lo sviluppo, l'attuazione e la valutazione delle politiche sulla connessione sociale. La piattaforma dovrebbe fungere da centro di riferimento per accedere ai documenti di politica nazionali (autonomi o integrati) e locali, condividere strumenti basati su evidenze scientifiche e valorizzare esperienze, processi e risultati di successo provenienti da tutte le regioni del mondo.

Politiche

La ricerca sulla solitudine, l'isolamento sociale e la connessione sociale deve rispondere sia ai bisogni attuali sia alle sfide future, colmando al tempo stesso le lacune ancora presenti nelle evidenze scientifiche. Ad esempio, sono necessarie ulteriori ricerche sull'impatto delle tecnologie digitali e su tutti gli aspetti della connessione sociale, compresi gli effetti del lavoro a distanza, dei social media e dell'intelligenza artificiale sulla disconnessione sociale e sui conseguenti esiti di salute. Occorre inoltre approfondire altri fattori che alimentano la disconnessione sociale.

La ricerca dovrà contribuire anche a migliorare l'equità nella salute, garantendo che le innovazioni non siano solo pertinenti ma anche capaci di produrre un cambiamento concreto nella vita delle persone. Sebbene i fattori ambientali — e in particolare l'infrastruttura sociale — mostrino un potenziale promettente nel favorire la connessione e ridurre la solitudine, è necessario approfondire il grado in cui gli spazi pubblici e condivisi, così come le altre forme di infrastruttura sociale, possano effettivamente proteggere dall'isolamento e dalla solitudine.

Ogni Paese può contribuire a espandere la base di conoscenze e trarre insegnamento dalle esperienze altrui. Promuovere e sostenere la ricerca, così come diffonderne i risultati, è un passo fondamentale. L'OMS, le altre agenzie delle Nazioni Unite, i governi, gli istituti accademici e di ricerca e le organizzazioni della società civile dovrebbero collaborare per attuare le seguenti azioni:

1. Rafforzare la capacità di ricerca a livello globale e nazionale. Ideare e attuare programmi nazionali e internazionali per potenziare la capacità di ricerca e lo scambio di dati attraverso workshop coordinati, programmi di formazione e reti di ricerca. Queste iniziative dovrebbero rafforzare le infrastrutture nazionali per la ricerca e, ove possibile, favorire la collaborazione transfrontaliera, così da assicurare un flusso continuo di evidenze sulla connessione sociale, tramite reti e sovvenzioni di ricerca che garantiscano una partecipazione inclusiva a livello globale.

2. Identificare e finanziare le priorità di ricerca. Definire ogni cinque anni le priorità globali di ricerca in materia di connessione sociale. Il Riquadro 19 presenta i risultati di un esercizio di questo tipo, condotto nel 2024. Tale processo garantisce che la ricerca resti allineata alle tendenze e alle sfide emergenti, come avviene in altri ambiti della sanità pubblica. Le priorità individuate dovrebbero essere incluse nei principali bandi di finanziamento nazionali e internazionali in ambito sanitario. I fondi per la ricerca sulla connessione sociale dovrebbero essere specificamente destinati a tale ambito, in collaborazione con gli enti finanziatori nazionali e internazionali. Per dimostrare l'impegno dei governi nel considerare la connessione sociale una priorità di salute pubblica, si raccomanda l'istituzione di specifici fondi di ricerca dedicati.

3. Lanciare un'iniziativa “Grand Challenges”. Promuovere l'innovazione e la collaborazione attraverso un'iniziativa di Grand Challenge sulla connessione sociale, volta a stimolare partenariati multisettoriali e ricerche interdisciplinari. I ricercatori dei vari settori — tra cui salute, welfare, istruzione, lavoro, pianificazione urbana e tecnologia — dovrebbero essere invitati a partecipare, ricevendo finanziamenti e supporto per le iniziative di ricerca più promettenti.

Riquadro 19. Un esercizio di definizione delle priorità per la ricerca e l'azione sulla connessione sociale

Per identificare le priorità in materia di ricerca, politiche, finanziamenti e advocacy nel campo della connessione sociale, per questo rapporto è stato commissionato un esercizio di definizione delle priorità.

È stato utilizzato un metodo Delphi a tre fasi, nel quale viene impiegato un sistema di feedback controllato per aiutare gli esperti a raggiungere un consenso. Nella prima fase, 411 partecipanti hanno individuato 1511 sfide. Nella seconda fase, 195 partecipanti hanno selezionato le 20 principali. Nella fase finale, 182 partecipanti hanno classificato le 20 sfide in base a due criteri: fattibilità e impatto. I risultati sono riportati nella Tabella 8. Le 15 sfide più alte in classifica rientrano in due ampie categorie. Nove sfide (numeri 1, 3, 8–13 e 15) riguardavano il miglioramento dell'accesso a strategie basate su evidenze per affrontare la connessione sociale. Le restanti sei (numeri 2, 4, 5–7 e 14) riguardavano invece il miglioramento della conoscenza e della comprensione della connessione sociale. I partecipanti hanno osservato che le sfide erano spesso interconnesse. Sebbene le priorità individuate siano strettamente allineate ai temi discussi in questo rapporto, mancano tuttavia due questioni: la prima riguarda l'influenza della tecnologia digitale sulla connessione sociale, un tema di crescente importanza; la seconda concerne l'importanza dell'advocacy, delle coalizioni e delle reti come strategie per promuovere un cambiamento sistemico.



Table 8.

The 15 challenges with the highest ranking

Rank	Challenge	Average score
1	To test and implement scalable strategies to address social connection that target individuals, families, communities and the workplace	2.596
2	To understand the relation between mental health and social connection and integrate mental health support into broader action on social connection	2.495
3	To prioritize prevention, early identification and intervention for people with little social connection	2.492
4	To identify risk and protective factors for social isolation, including individual, sociocultural, community, environmental and structural factors that significantly influence how loneliness and social connection are experienced, and differences among societies.	2.478
5	To better understand the association between social connection and health	2.456

³ Tomlinson M, Bradshaw M, Holt-Lunstad J, IJzerman HR, Michelle L, Silan M, Alejandro et al. Grand challenges in social connection: a research and action priority-setting exercise. Submitted for publication.

Rank	Challenge	Average score
6	To develop robust measurement tools to assess social connection accurately	2.452
7	To promote social connection as a health indicator that is monitored by routine screening in primary health care	2.408
8	To develop cost-effective interventions and programmes to address social connection	2.404
9	To provide education about social isolation, address loneliness early and develop intervention strategies in schools to mitigate these issues	2.401
10	To support and strengthen community involvement and infrastructure to combat social disconnection	2.376
11	To develop comprehensive intervention strategies to address structural, economic and social factors that cause social connection	2.375
12	To ensure that programming and research, specifically measurement, are culturally and contextually sensitive	2.367
13	To develop targeted intervention strategies that offer support to minority communities	2.328
14	To develop an accurate, comprehensive definition of social connection	2.310
15	To organize cross-sector collaboration to ensure that social connection interventions are effective and sustainable	2.299

Light green: challenges 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13 and 15, which address improving access to evidence-based strategies to study social connection.

Dark green: challenges 2, 4, 5, 6, 7 and 14, which address improving knowledge and understanding of social connection.

Interventi

I governi, le organizzazioni della società civile, le agenzie delle Nazioni Unite, le organizzazioni per lo sviluppo, gli esperti con esperienza diretta e altri portatori di interesse possono utilizzare le soluzioni basate su evidenze presentate in questo rapporto. Tuttavia, poiché la ricerca scientifica in questo campo sta evolvendo rapidamente, è necessario creare un ecosistema dinamico di conoscenze — composto da revisioni sistematiche, mappe delle evidenze e linee guida — per garantire che gli interventi a favore della connessione sociale siano efficaci, scalabili e di impatto. Ciò consentirebbe di costruire un approccio strategico e sistematico per centralizzare le evidenze scientifiche utili allo sviluppo di interventi comunitari, individuali e relazionali, accelerare la creazione, l'espansione e l'adozione di soluzioni basate su prove per affrontare l'isolamento sociale e la solitudine e promuovere la connessione sociale. L'OMS, insieme ad altre agenzie internazionali e multilaterali, istituti di ricerca e università, organizzazioni della società civile e organizzazioni per lo sviluppo, dovrebbe considerare le seguenti azioni:

1. Elaborare linee guida. Creare e diffondere linee guida basate su evidenze per lo sviluppo, l'attuazione e la valutazione di interventi volti a promuovere la connessione sociale. Esse dovrebbero includere anche interventi digitali, come terapie psicologiche erogate in formato digitale, chatbot e agenti di intelligenza artificiale. Le linee guida dovranno basarsi sulle migliori evidenze disponibili, tenendo conto di equità, diritti umani, genere, cultura e determinanti sociali della salute, e dovranno essere accompagnate da strumenti e assistenza tecnica per un'attuazione efficace in tutte le regioni del mondo, a ogni livello di governo e per tutte le popolazioni.

2. Lanciare un “acceleratore di interventi”. Istituire e finanziare una rete di sviluppatori, valutatori e attuatori di interventi per identificare, adattare, rafforzare e testare, inizialmente in un singolo contesto e successivamente attraverso sperimentazioni multinazionali, strategie volte a promuovere la connessione sociale e ridurre l’isolamento e la solitudine, dando priorità alle aree e alle popolazioni meno servite. L’acceleratore dovrebbe mettere in contatto gli interventi più promettenti con partner di sviluppo a livello internazionale, nazionale e locale, al fine di dimostrarne l’impatto, la scalabilità e la sostenibilità economica.

3. Sostenere l’attuazione. A partire dalle migliori evidenze individuate nelle linee guida e attraverso l’acceleratore di interventi, sostenere i Paesi nell’attuazione e nel potenziamento degli interventi. Questi dovranno spaziare dal rafforzamento dell’infrastruttura sociale e degli interventi comunitari fino alle strategie individuali e relazionali per promuovere la connessione sociale e ridurre l’isolamento e la solitudine. Ciò richiederà la costruzione delle infrastrutture necessarie e il rafforzamento delle competenze degli operatori sanitari e assistenziali, nonché degli altri settori coinvolti. Insieme, queste azioni potranno ampliare l’uso e la diffusione su larga scala di interventi basati su evidenze, promuovendo progressi concreti nella costruzione di una società globalmente più connessa.

Misurazione e dati

Per realizzare interventi efficaci contro la solitudine, l’isolamento sociale e per promuovere la connessione sociale, è necessario approfondire la comprensione di questi fenomeni attraverso la raccolta di dati più numerosi e di migliore qualità, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito. Comprendere la prevalenza e la distribuzione della disconnessione sociale è fondamentale per affrontarne gli impatti sugli individui e sulla società. Per contrastare efficacemente la disconnessione sociale, occorre identificare i fattori di rischio e di protezione sottostanti — incluso il ruolo della tecnologia digitale —, valutare se siano causali e analizzarne le differenze tra Paesi e culture. Il monitoraggio regolare e l’uso di metriche standardizzate per misurare solitudine, isolamento e connessione sociale, anche attraverso studi longitudinali, sono essenziali per valutare i progressi nel tempo. L’OMS, in collaborazione con i governi, gli istituti accademici e di ricerca e altri enti con competenze analitiche, dovrebbe promuovere le seguenti tre azioni:

1. Rafforzare i sistemi nazionali di monitoraggio. Incoraggiare e sostenere i governi nel migliorare la raccolta regolare di dati validi e affidabili su solitudine, isolamento e connessione sociale, disaggregati per genere, età, disabilità e altri fattori rilevanti, al fine di monitorare le tendenze nazionali, valutare i progressi nel tempo e comprendere meglio l’impatto della disconnessione sociale sugli esiti di salute pubblica. Questa attività dovrebbe includere anche la raccolta di dati relativi alla tecnologia digitale, per definirne con maggiore precisione gli effetti sulla connessione sociale.

2. Elaborare un indice globale della connessione sociale. Istituire un indice globale della connessione sociale che includa misure di isolamento sociale, solitudine e grado di connessione.

Questo nuovo strumento dovrebbe essere sviluppato in collaborazione con le agenzie statistiche internazionali. L'indice consentirebbe di monitorare e individuare tendenze, permettendo ai Paesi di confrontare i propri risultati con standard globali e di orientare meglio le priorità politiche.

3. Raccogliere dati dal maggior numero possibile di Paesi nel prossimo decennio. Lanciare un'iniziativa decennale per la raccolta di dati da tutti gli Stati membri dell'OMS, basata sull'indice globale, al fine di costruire una solida base di evidenze sulle tendenze globali e sugli interventi locali. Tre cicli di raccolta dati nell'arco dei prossimi dieci anni garantirebbero una rappresentanza demografica e geografica ampia. Questa attività rappresenterebbe un impegno ambizioso per compilare e diffondere dati longitudinali sulla connessione sociale.

Per affrontare con successo l'isolamento sociale e la solitudine e promuovere la connessione sociale, è necessario un approccio complessivo e coordinato che riconosca la connessione sociale come una priorità per la salute e lo sviluppo globali, assicurando al contempo che le azioni intraprese siano pertinenti per pubblici diversi e rispondano alle sfide specifiche dei contesti locali. Per promuovere un cambiamento sistemico, è fondamentale coinvolgere un'ampia gamma di attori — governi, organizzazioni della società civile, settore privato e agenzie internazionali — in un'azione congiunta di advocacy per politiche adeguate, di sensibilizzazione pubblica e di costruzione di un movimento sostenibile. L'OMS, in collaborazione con governi, organizzazioni per lo sviluppo, donatori e altri partner, dovrebbe perseguire le seguenti tre azioni:

1. Garantire che la connessione sociale assuma un ruolo prioritario nelle agende politiche e istituzionali, creando una coalizione di governi e promotori pubblici.

Istituire una rete di "Amici della Connessione Sociale" per sostenere i leader politici nell'attività di advocacy a favore della connessione sociale nei forum nazionali e internazionali. Le Nazioni Unite potrebbero fornire supporto e risorse dedicate e dare visibilità alla leadership individuale e collettiva. Invitare i governi promotori a sostenere risoluzioni e impegni politici in sedi quali l'Assemblea Mondiale della Sanità e l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Inoltre, creare un programma di formazione e supporto per lo sviluppo di advocates forti e autorevoli — inclusi soggetti con esperienza vissuta — capaci di alimentare il movimento globale. Attraverso questi promotori, favorire l'inclusione del tema della connessione sociale nei principali consessi internazionali e sostenere l'avvio di un incontro di alto livello delle Nazioni Unite dedicato alla connessione sociale.

2. Aumentare la consapevolezza pubblica attraverso campagne coordinate e una narrativa globale unificata.

Sviluppare una narrativa globale coerente che presenti la connessione sociale come una priorità urgente ma affrontabile di salute pubblica e di sviluppo, assicurando coerenza nel modo in cui i diversi settori comunicano e integrando questa prospettiva nelle più ampie agende di salute e sviluppo.

Realizzare campagne di sensibilizzazione coordinate a livello globale, nazionale e locale, fondate su evidenze di salute pubblica. Le campagne dovrebbero avere obiettivi chiari, essere culturalmente pertinenti, utilizzare testimonianze in prima persona per ridurre lo stigma e impiegare strategie di comunicazione multicanale.

3. Costruire un movimento sostenibile attraverso la collaborazione multisettoriale e finanziamenti dedicati.

Rafforzare ed estendere le reti esistenti, riunendo leader dei settori della salute, dell'istruzione, del lavoro, della tecnologia e di altri ambiti, insieme alle organizzazioni della società civile, per promuovere un'azione coordinata basata su obiettivi condivisi, sull'utilizzo di strategie fondate su evidenze e sull'accesso a risorse economiche stabili e durature.

Riflessioni da esperienze vissute: un mondo più connesso è possibile

David

Esperto per esperienza diretta in ambiti di dipendenze, salute mentale, senzatetto e detenzione (Nuova Zelanda)

“Direi che la risposta all’infelicità è la connessione, con gruppi, attività, natura, cose e persone che ci danno un senso di realizzazione e ricompensa. Credo nel potere del supporto tra pari, attingendo all’esperienza vissuta di persone che hanno trovato un nuovo senso di sé, che hanno reimmaginato un’identità sociale e l’hanno resa realtà.”

Crystal

Coniuge di un militare e dottoranda in servizio sociale (USA)

“Credo che tutti noi abbiamo la capacità di sradicare l’isolamento e la solitudine. [...] Per riuscirci, dobbiamo coltivare la curiosità, porre domande e mettere in discussione le nostre percezioni. Diventando più consapevoli e attenti, possiamo sostenerci reciprocamente in modo più efficace. È fondamentale impegnarci a essere cittadini migliori del mondo, fermandoci per connetterci davvero e sollevare chi ci sta accanto.”

Scott

Membro della comunità delle persone con disabilità (Regno Unito)

“Mi stavo abituando alla società come nuova persona su sedia a rotelle, ma non avevo nessuno a cui fare domande. La mia salute mentale stava peggiorando. Mi sono chiuso al mondo. Volevo morire. Ora gestisco un’organizzazione non profit che sostiene le persone con disabilità affette da solitudine e isolamento sociale. Si uniscono persone da tutto il mondo, e molti ci hanno detto che, se non ci avessero trovati quando l’hanno fatto, forse oggi non sarebbero più qui.”

Ruth

Dal villaggio di Kyondoni (Kenya)

“Attraversare il labirinto dell’isolamento sociale e del bullismo ha lasciato cicatrici profonde, plasmando il modo in cui vedevo me stessa e gli altri. Ogni interazione sembrava camminare sul ghiaccio sottile, con la paura del ridicolo. Nonostante la fatica, i momenti di gentilezza e la terapia sono stati dei veri salvagenti. Superare la solitudine non è stato facile, ma con il tempo e la pazienza ho trovato la mia tribù – coloro che mi accettano per ciò che sono.”

Imad

Ingegnere, originario della Siria (Austria)

“Se potessi tornare ai momenti bui del passato, quando mi sentivo davvero solo e scoraggiato, direi al mio io di allora che con una connessione con una comunità e con l’aiuto delle persone che ci amano davvero le cose migliorano.”

Allegato 1. Stima della prevalenza della solitudine

La solitudine rappresenta una crescente preoccupazione per la salute globale, tuttavia attualmente non esiste un sistema coerente e sistematico per monitorarne la prevalenza e l'impatto. L'assenza di una raccolta e di un'analisi standardizzate dei dati impedisce di comprendere appieno la portata del problema e di sviluppare interventi efficaci. È necessario colmare questa lacuna per garantire strategie di sanità pubblica efficaci e inclusive, capaci di mitigare gli effetti della solitudine sulla salute e sul ben-essere delle persone e delle comunità in tutto il mondo.

In assenza di una misurazione diretta e regolare della solitudine, è possibile ricorrere a modelli statistici, che utilizzano informazioni provenienti da Paesi comparabili e covariate predittive, tenendo conto dell'incertezza. Tali modelli sono stati impiegati per stimare importanti indicatori sanitari e socioeconomici, come la mortalità infantile sotto i 5 anni (1), i disturbi depressivi e d'ansia (2), l'insufficiente attività fisica (3), gli aborti non sicuri (4), i livelli di frequenza scolastica dei bambini (5) e molti altri.

Il presente allegato illustra il metodo utilizzato per stimare la prevalenza globale della solitudine. I dati relativi ad adolescenti e adulti sono stati raccolti e analizzati mediante un modello statistico gerarchico bayesiano. Il modello ha fornito stime della prevalenza media della solitudine tra il 2014 e il 2023, suddivise per sesso e per fasce d'età.

Dati

La scarsità di dati sulla solitudine e la mancanza di standardizzazione degli strumenti di misurazione sono state ampiamente documentate (6). La solitudine viene solitamente valutata attraverso strumenti di misurazione a singolo item o basati su scale, utilizzati nelle indagini sulla popolazione. Gli strumenti a singolo item possono registrare il livello generale di solitudine percepita da un individuo o la solitudine provata in un periodo specifico, come l'anno precedente. Ad esempio, la Global School-based Student Health Survey (7) include la domanda: "Durante gli ultimi 12 mesi, con quale frequenza ti sei sentito solo?", mentre negli strumenti basati su scale, come le scale UCLA (8) e De Jong-Gierveld (9), viene utilizzata una serie di domande per misurare la solitudine.

A causa della scarsità di dati e della diversità degli strumenti impiegati, risulta difficile adottare una definizione univoca di solitudine. In questo rapporto è stata utilizzata una definizione ampia — la percentuale di persone che si sentono molto sole — escludendo quindi i sentimenti di solitudine transitori. Tale approccio è in linea con l'indagine sulla solitudine condotta dal Joint Research Centre (JRC) della Commissione europea (10), la prima indagine a livello dell'Unione europea che misura la solitudine attraverso scale multi-item consolidate, come le scale UCLA e De Jong-Gierveld, oltre a una domanda a singolo item con un periodo di riferimento di quattro settimane. Il JRC ha classificato come “molto soli” i soggetti che hanno ottenuto un punteggio pari a 8 o 9 su 9 nella scala UCLA e a 6 su 6 nella scala De Jong-Gierveld. Gli intervistati che, nella domanda a singolo item, hanno dichiarato di essersi sentiti soli “sempre” o “la maggior parte del tempo” nelle ultime quattro settimane sono stati anch'essi classificati come “molto soli”.

Sono stati utilizzati principalmente microdati provenienti da sette serie di indagini e da 16 indagini nazionali per misurare la prevalenza di persone che si sentono molto sole, adottando le stesse soglie definite dal JRC. La Tabella A1.1 elenca le indagini, i periodi di raccolta, gli strumenti di misurazione utilizzati (nel caso di più strumenti, è stato incluso nel modello solo il primo indicato) e le fasce d'età per le quali è stata calcolata la prevalenza. Per tenere conto della complessità dei disegni campionari, sono stati impiegati i pesi campionari e, ove disponibili, le informazioni relative a stratificazione e clustering, per calcolare le medie e le stime di varianza per ogni combinazione indagine-paese-anno-sesso-fascia d'età, utilizzando il pacchetto R *srvyr* (11, 12).

Le fonti di dati sono state armonizzate il più possibile con le definizioni adottate dal JRC dell'UE per identificare le persone che si sentono molto sole, ma sono state comunque riscontrate differenze sistematiche tra fonti sovrapposte nello stesso Paese. Sono stati utilizzati dati per 142 Stati membri dell'OMS provenienti da Meta-Gallup; per 69 di questi Stati si è trattato dell'unica fonte disponibile. Le Figure A1.1 e A1.2 mostrano le differenze nella prevalenza della solitudine misurata da Meta-Gallup (asse x) e da altre fonti nello stesso Paese (asse y). Nell'indagine Meta-Gallup, agli intervistati veniva chiesto: “In generale, quanto ti senti solo?”. Abbiamo confrontato la classificazione delle risposte “molto solo” + “abbastanza solo” (Fig. A1.1) con quella delle sole risposte “molto solo” (Fig. A1.2) secondo la nostra definizione ampia, riscontrando che la classificazione combinata (“molto” + “abbastanza” solo) risultava meglio allineata con le scale e gli strumenti di misurazione più solidi, che impiegano un singolo item con periodo di riferimento definito.

Nel modello statistico descritto di seguito sono stati inseriti termini aggiuntivi per tener conto delle differenze medie tra gli strumenti di misurazione basati su scale (UCLA e De Jong-Gierveld) e quelli meno robusti a singolo item. Gli strumenti a singolo item sono stati ulteriormente suddivisi tra quelli con intervalli di riferimento specifici (1 settimana, 4 settimane, 1 anno) e quelli con intervallo di riferimento non specificato (Meta-Gallup). Le Figure A1.3–A1.5 mostrano i confronti a coppie tra i dati raccolti tramite ciascuno di questi tre tipi di strumenti di misurazione. Poiché le fonti di dati a coppie sono state raccolte nello stesso Paese ma in anni diversi e tramite indagini distinte, le differenze nella prevalenza della solitudine non possono essere attribuite esclusivamente al tipo di strumento di misurazione utilizzato.

Table A1.1.

Survey series included in the analysis

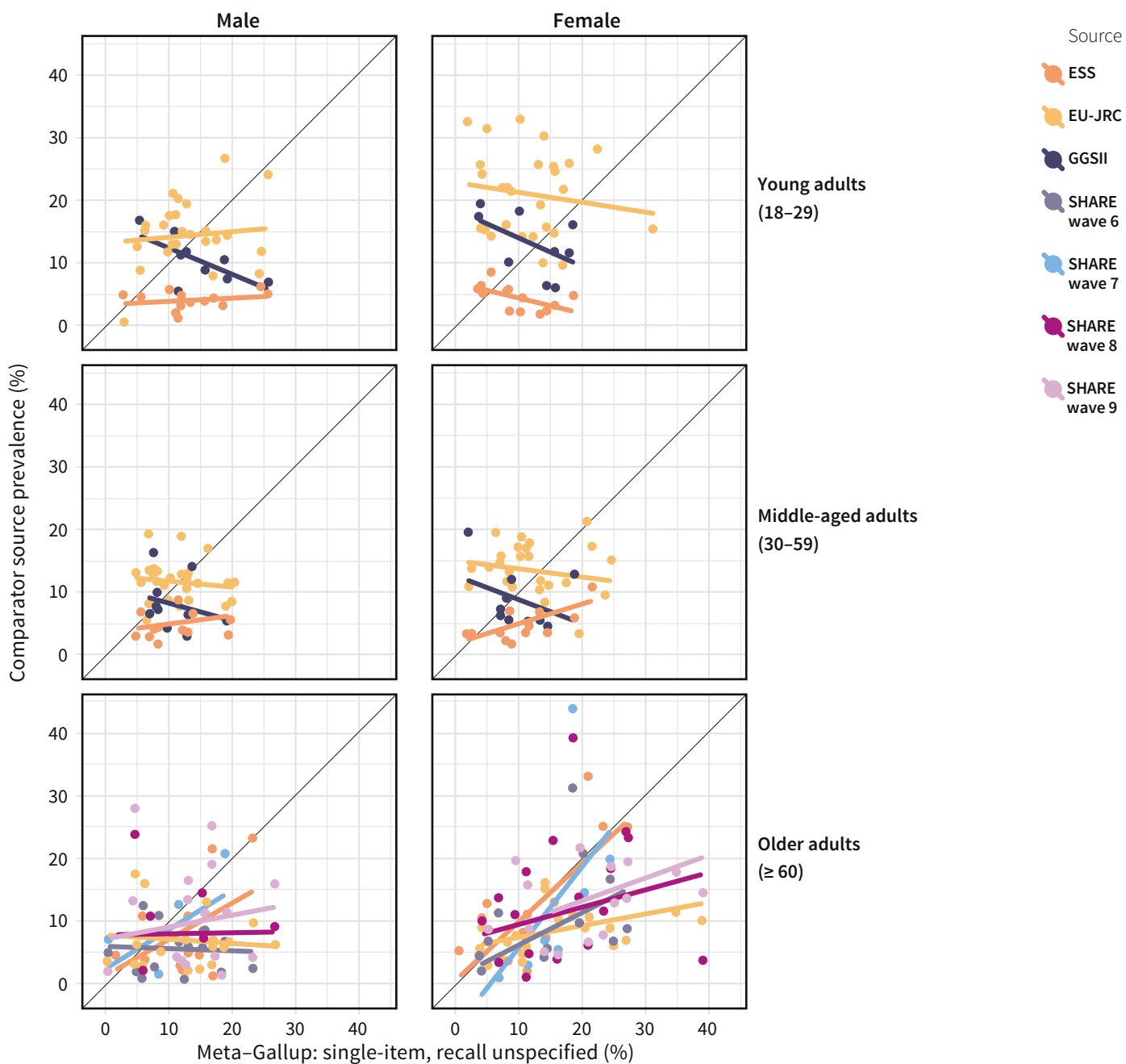
Survey	Date range	Measurement instrument	Operational definition of loneliness/scores	Age group (years)
Multi-country studies				
Global School-based Student Health Survey (7)	2014–2019, 2021	1) Single-item measure in past year	1) “Always”, “Most of the time”	13–17
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (13)	2017–2018	1) Single-item measure in past week	1) Depending on the country: • “Always”, “Very often” • “All the time”, “Often” • “Yes, very often”, “Yes, quite often” • “All of the time (5–7 days)”, “Occasionally or a moderate amount of time (3–4 days)”	13–17 ^a
European Commission JRC (10)	2022	1) 3-item UCLA scale 2) De Jong–Gierveld scale 3) Single-item measure in past 4 weeks	1) 8+ out of 9 2) 6 out of 6 3) “All the time”, “Most of the time”	18–29, 30–59, ≥ 60
Meta–Gallup Social Connections Survey (14)	2022–2023	1) Single-item measure, recall unspecified	1) “Very lonely”, “fairly lonely”	18–29, 30–59, ≥ 60
European Social Survey Round 11 (15)	2023	1) Single-item measure in past week	1) “All or almost all the time”, “Most of the time”	18–29, 30–59, ≥ 60
Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) waves 6–9 (16)	2015, 2017, 2019–2020, 2021–2022	1) 3-item UCLA scale 2) Single-item measure, recall unspecified	1) 8+ out of 9 2) “Often”	≥ 60
Generations and Gender Survey Round 2 (GGS-II) (17, 18)	2020–2023	1) De Jong–Gierveld scale	1) 6 out of 6	18–29, 30–59
Single country studies				
Aging, Health, Psychological Well-being and Health Seeking – Ghana (19)	2016	1) 3-item UCLA scale	1) 6+ out of 9	≥ 50
Canadian Health Survey on Seniors – Canada (20)	2019	1) 3-item UCLA scale	1) 5+ out of 9	≥ 65
Canadian Longitudinal Study on Aging – Canada (21)	2012	1) Single-item measure in past week	1) “Very lonely”	45–85
Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study – China (22)	2018	1) Single-item measure, recall unspecified	1) “Very lonely”	≥ 60
English Longitudinal Study of Ageing – United Kingdom (23)	2016	1) Single-item measure, recall unspecified	1) “Very lonely”	≥ 50

Survey	Date range	Measurement instrument	Operational definition of loneliness/scores	Age group (years)
Brazilian Longitudinal Study of Aging – Brazil (24)	2020	1) Single-item measure in last month	1) “Very lonely”	≥ 50
Japan COVID-19 and Society Internet Survey– Japan (25)	2020–2021	1) 3-item UCLA scale	1) “Often lonely” + “Always lonely”	15–79
Korean Youth Health Behavior Survey (16 th –17 th) – Republic of Korea (26)	2020–2021	1) Single-item measure in past year	1) “Very lonely”	12–18
National Health and Morbidity Survey – Malaysia (27)	2017	1) Single-item measure in past year	1) “Very lonely”	13–17
National Survey of School Health – Brazil (28)	2015	1) Single-item measure in past year	1) “Always”, “Most of the time”	11–15
Portuguese Elderly Nutritional Status Surveillance System – Portugal (29)	2015	1) 20-item UCLA scale	1) 32+ out of 80	≥ 65
PolSenior2 study – Poland (30)	2018	1) Single-item measure, recall unspecified	1) “Often lonely” + “Always lonely”	≥ 60
Study on global AGEing and adult health – Ghana (31)	2014	1) Single-item measure in past week	1) “Yes”	≥ 50
Ungdata – Norway (32)	2018	1) Single-item measure in past week	1) “Very lonely”	13–19
Young Australian Loneliness Survey – Australia (33)	2019	1) 20-item UCLA scale 2) Single-item measure in past week	1) 52+ out of 80 2) “Three or more times a week”	12–25
Young–HUNT Study – Norway (34)	2017	1) Single-item measure, recall unspecified	1) “Often lonely” + “Very often lonely”	13–19

^a As the HBSC survey is not designed to include 16–17-year olds, we assumed that the prevalence in children aged 13–15 years was representative of those aged 13–17 years.

Fig. A1.1.

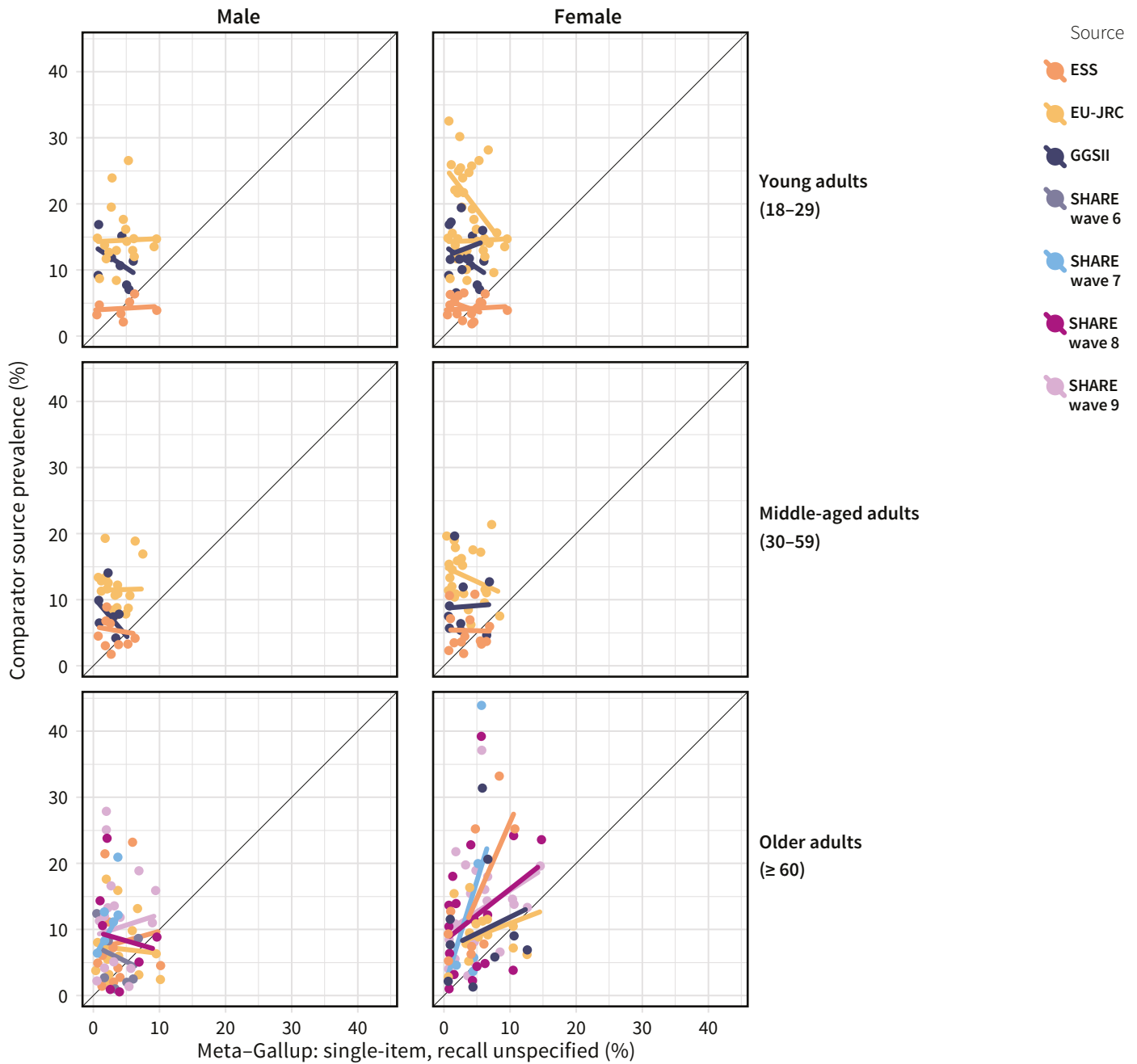
Comparison of Meta-Gallup prevalence estimates (x axis) with overlapping prevalence estimates from comparator sources such as ESS, EU-JRC, GGSII, SHARE (y axis)



From Meta-Gallup, the “very” and “fairly” lonely responses were classified as lonely. These are the prevalence data from Meta-Gallup used in the model, because they are more consistent with comparative data sources (see Fig. A1.2).

Fig. A1.2.

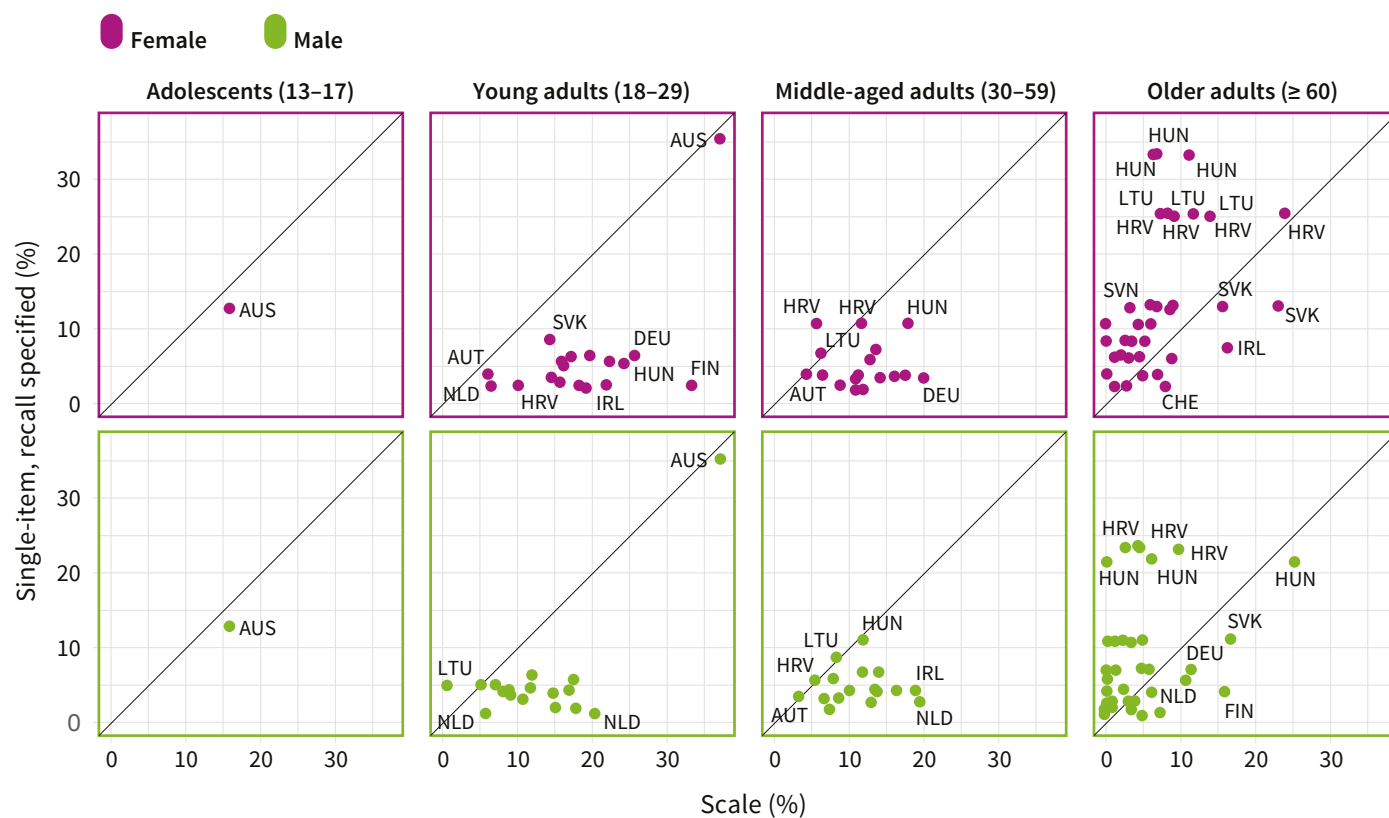
A comparison of the Meta-Gallup prevalence estimates (x axis) with overlapping prevalence estimates from comparator sources such as ESS, EU-JRC, GGSII, SHARE (y axis)



From Meta-Gallup, the “very” lonely responses were classified as lonely. These were not used in the model because they were more discrepant from other data sources when compared with classifying “very” and “fairly” lonely responses (see Fig. A1.1).

Fig. A1.3.

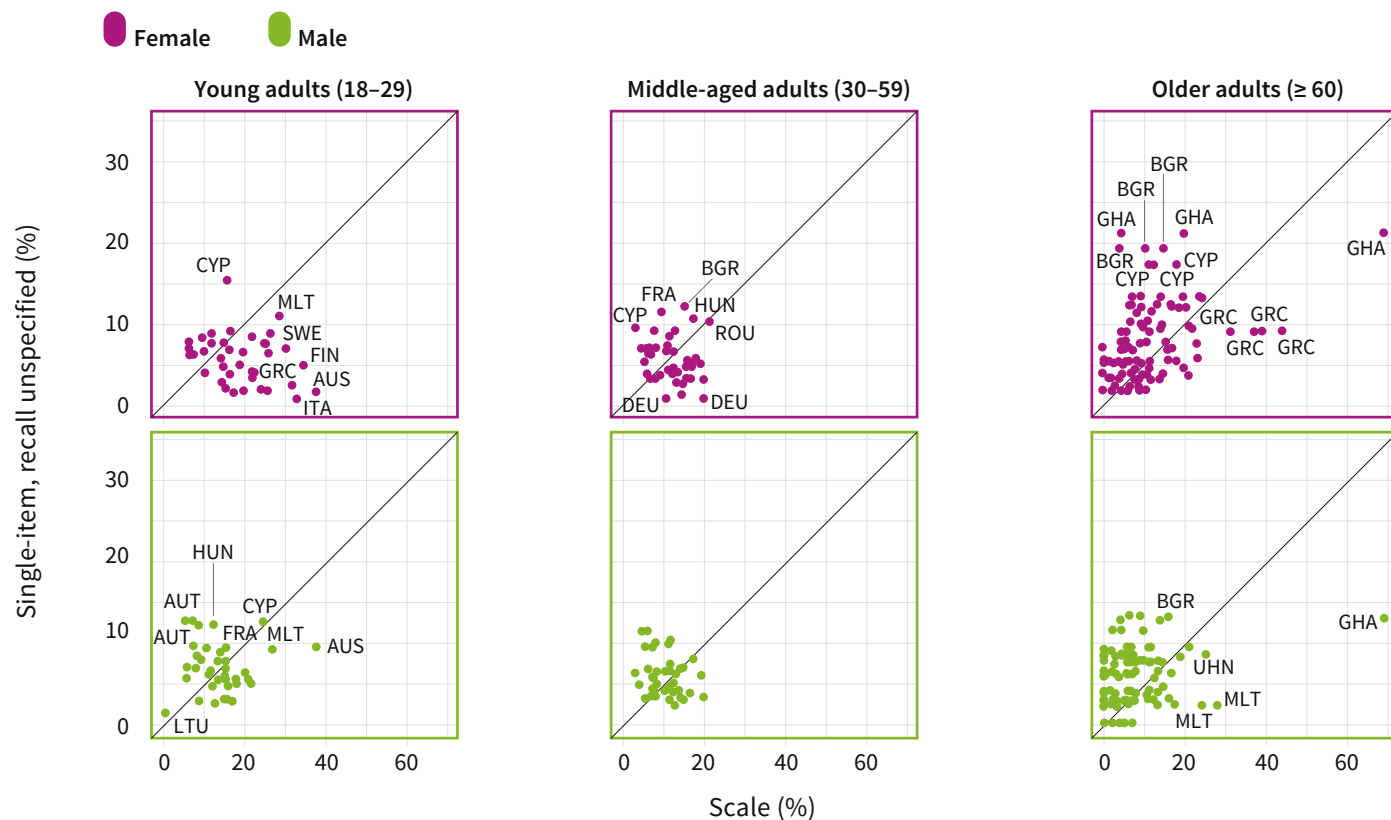
Comparison of data from surveys on the prevalence of loneliness collected in countries with scale measurement instruments (UCLA and De Jong–Gierveld) and single-item instruments with a specified recall period (such as 1 week, 4 weeks, 1 year)



As most of the comparison data were collected in separate surveys, the differences in prevalence may not be attributable solely to differences in the measurement instrument.

Fig. A1.4.

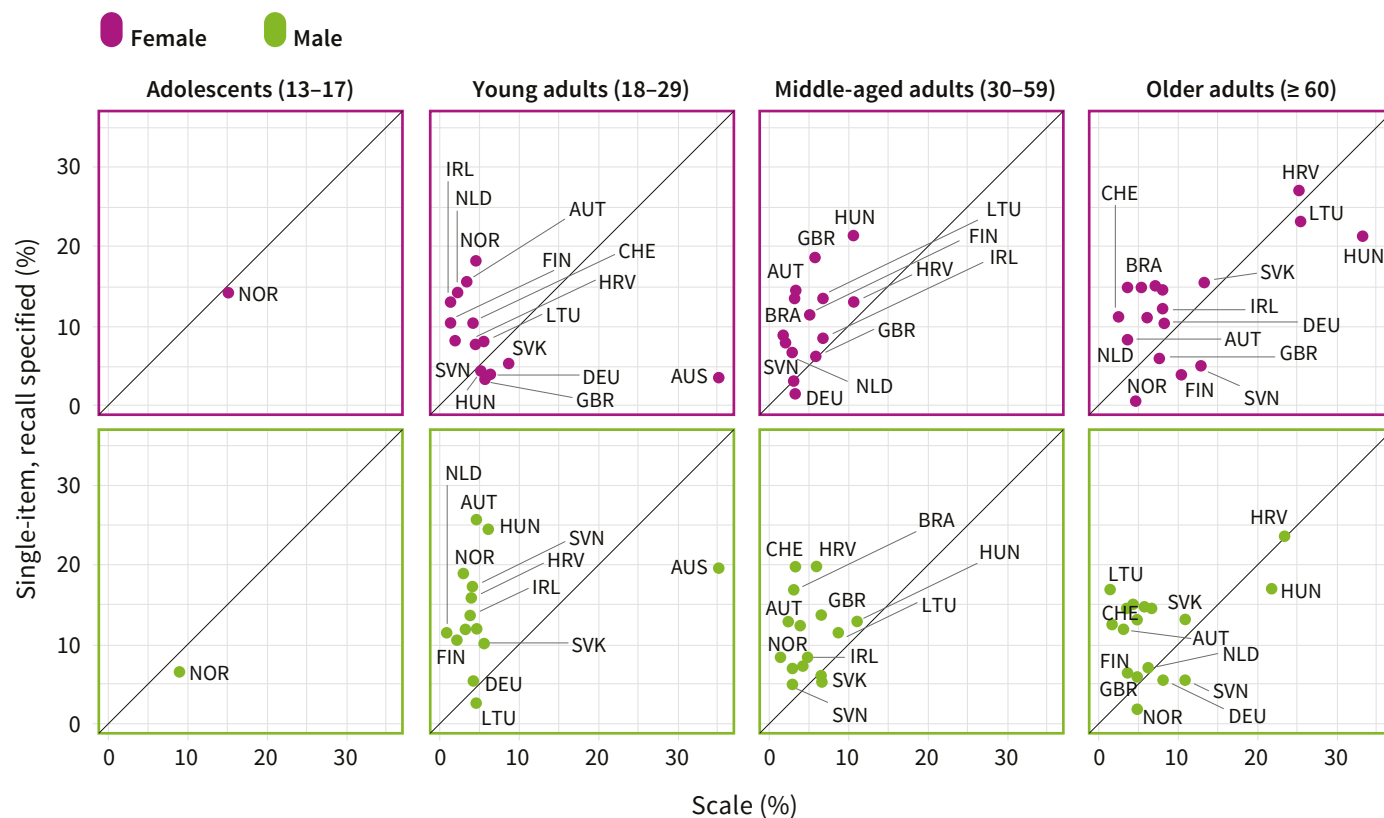
Comparison of survey data on the prevalence of loneliness collected in countries with scale measurement instruments (UCLA and De Jong–Gierveld) and single-item instruments with an unspecified recall period (includes the Meta–Gallup data source)



As most of the comparison data were collected in separate surveys, the differences in prevalence may not be attributable solely to differences in the measurement instrument.

Fig. A1.5.

Comparison of data on the prevalence of loneliness collected in countries with single-item instruments with a specified recall period (e.g. 1 week, 4 weeks, 1 year) and single-item instruments with an unspecified recall period (includes the Meta-Gallup data source)



As most of the comparison data were collected in separate surveys, the differences in prevalence may not be attributable solely to differences in the measurement instrument.

Modello

Non è stato possibile stimare l'andamento della prevalenza della solitudine in base a età, sesso e area geografica nel tempo, a causa della mancanza di dati annuali dettagliati. Sono necessari ulteriori dati provenienti da un numero maggiore di Paesi, in particolare quelli a reddito medio e basso, raccolti a intervalli più frequenti e regolari, ad esempio tramite sistemi di monitoraggio annuali. Inoltre, l'uso di strumenti di misurazione standardizzati consentirebbe un confronto più accurato tra fasce d'età, sesso e aree geografiche.

Abbiamo stimato la prevalenza della solitudine per le seguenti fasce d'età: adolescenti (13–17 anni), giovani adulti (18–29 anni), adulti di età intermedia (30–59 anni) e anziani (≥ 60 anni). Queste categorie sono state scelte perché risultano maggiormente coerenti con i grandi dataset multinazionali utilizzati nella modellizzazione. Inoltre, a causa della scarsità di dati al di fuori dell'Europa, non è stato possibile stimare tendenze temporali complete. Abbiamo quindi stimato la prevalenza media della solitudine su un periodo di dieci anni, tra il 2014 e il 2023.

Modello dei dati (verosimiglianza)

Da ciascun punto dati i in ciascun Paese c incluso nell'indagine, abbiamo calcolato la prevalenza della solitudine $\hat{p}_i$ e la varianza del disegno campionario associata $\hat{V}_i$ (convertita nella scala logit mediante trasformazione delta) per ciascun sesso s , fascia di età a e gruppo di fonte g .

L'osservazione della prevalenza trasformata in logit $\text{logit}(\hat{p}_i)$ è modellata come normalmente distribuita attorno alla vera prevalenza sottostante $\eta_i = \pi(\hat{p}_i, s, a, g)$ nello spazio logit, con un termine di scostamento (offset) in funzione del gruppo di fonte g .

$$\text{logit}(\hat{p}_i) \sim \text{Normal}(\mu_i, \hat{V}_i + \sigma^2)$$

$$\mu_i = \pi_{\text{baseline}} + \{^1\kappa_{\text{ref}} \times I(g \in \text{recall} - \text{specified})\} + \{^2\kappa_{\text{ref}} \times I(g \in \text{recall} - \text{un-specified})\}$$

dove:

- $^1\kappa_{\text{ref}}$ rappresenta il termine di bias per le fonti che utilizzano strumenti di misurazione a singolo item con un periodo di richiamo specificato (ad esempio 1 settimana, 4 settimane o 1 anno);
- $^2\kappa_{\text{ref}}$ rappresenta il termine di bias per le fonti che utilizzano strumenti a singolo item con periodo di richiamo non specificato.

La varianza totale è uguale alla varianza stimata basata sul disegno campionario osservato $\hat{V}_i$ sulla scala logit, più una varianza addizionale non spiegata σ^2 .

Questa varianza addizionale rappresenta le differenze non modellizzate tra gli strumenti di misurazione della solitudine, le variazioni nel tempo e gli errori di indagine non dovuti al campionamento.

Modello di processo

$\eta_{i,c,s,a}$ rappresenta la prevalenza media stimata della solitudine nel Paese c , per sesso s e fascia di età a , tra il 2014 e il 2023, nello spazio logit.

Abbiamo modellizzato $\eta_{i,c,s,a}$ come funzione di tre componenti:

1. un modello globale per età e sesso,
2. effetti casuali specifici per Paese, annidati all'interno di effetti casuali regionali,
3. una componente di covariate.

Questa specificazione è particolarmente importante per stimare la prevalenza nei gruppi per i quali i dati disponibili sono scarsi.

$$\eta_{i,s,t} = \alpha_s + \delta_s \times I(s \in \text{male}) + \beta X_{i,s,t} + \gamma_i$$

$$\gamma_s \sim \text{Normal}(\gamma_{(s)}, \sigma_s^2)$$

$$\gamma_s \sim \text{Normal}(0, \sigma_s^2)$$

Il modello globale età-sesso della solitudine è stato rappresentato con una costante di base α_s per ciascuna ampia fascia d'età (adolescenti, giovani adulti, adulti di età intermedia e anziani), alla quale si aggiunge la differenza tra i modelli maschile e femminile δ_s per ogni fascia d'età.

La variabile indicatrice $I(s \in \text{male})$ assume valore 1 per i maschi e 0 per le femmine.

Per tener conto delle differenze nel livello complessivo di solitudine tra regioni e Paesi, sono stati utilizzati effetti casuali annidati.

Il termine γ_i rappresenta l'intercetta casuale del Paese, distribuita normalmente attorno all'intercetta casuale regionale γ_r .

Per questa analisi sono state considerate le 21 regioni definite dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* nell'ambito del *Global Burden of Disease (GBD) Study* (35, 36).

I termini σ_s^2 e σ_r^2 rappresentano rispettivamente la variazione delle intercette casuali dei Paesi all'interno di ciascuna regione e la variazione tra regioni.

Considerata la scarsità di misure dirette della solitudine, sono state utilizzate covariate associate alla solitudine per migliorare e affinare le previsioni, soprattutto nei contesti in cui i dati erano assenti o limitati.

$X_{i,s,t}$ rappresenta la matrice delle covariate, che include i valori riportati nell'elenco della Tabella A1.2.

Quando possibile, sono stati utilizzati valori specifici per anno, sesso ed età (ad esempio, per la prevalenza della depressione).

Per altre covariate, come l'aspettativa di vita alla nascita e il reddito nazionale lordo pro capite, i valori erano disponibili solo per sesso o per la popolazione complessiva.

Tutte le covariate sono state centrate e normalizzate, e solo quelle con effetti diversi da zero sono state incluse nel modello finale.

Per prevenire l'overfitting e selezionare le covariate da includere nel modello, è stato inizialmente usato l'horseshoe prior. Covariate con stime di parametro diverse da zero sono state incluse nel modello finale, in cui sono stati usati flat priors di default.

Table A1.2.

Covariates tested for inclusion in the Bayesian hierarchical model, with horseshoe prior used to encourage sparsity

Description	Included	Source
Healthy life expectancy at birth (years)	No	IHME GBD Study 2021 (36, 37)
Life expectancy at birth (years)	No	IHME GBD Study 2021 (35, 37)
Gross national income per capita	Yes	National Accounts Section, United Nations Statistics Division (38)
Mean length of schooling (years)	Yes	United Nations Development Programme (UNDP) Human Development Report Office Human Development Index (39)
Expected length of schooling (years)	No	UNDP Human Development Report Office Human Development Index (39)

Description	Included	Source
Percentage of women of reproductive age who are married or in a union	Yes	United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, Fertility and Family Planning Section 2020 Revision (40)
Proportion of children who are not enrolled in school (all education levels)	No	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Institute for Statistics (41)
Prevalence of depressive disorders in broad age groups and by sex	Yes	IHME GBD Study 2021 (36, 37)
Prevalence of anxiety disorders in broad age groups and by sex	Yes	IHME GBD Study 2021 (36, 37)
Prevalence of substance-use disorders in broad age groups and by sex	No	IHME GBD Study 2021 (36, 37)

Stima

Il R package brms (42, 43) e lo strumento sottostante Stan (44) sono stati utilizzati per adattare il modello gerarchico bayesiano (Tabella A1.3).

Table A1.3.

Fitted model parameter mean estimates and 95% uncertainty intervals

Variable	Value
Intercept	−1.3 (−1.6 to −0.89)
Age group effect: middle-aged adults	−1.1 (−1.4 to −0.73)
Age group effect: older adults	−1.2 (−1.5 to −0.81)
Age group effect: young adults	−0.88 (−1.2 to −0.53)
Source group effect: single item with specified recall	−0.13 (−0.34 to 0.092)
Source group effect: single item with unspecified recall	0.59 (0.45 to 0.74)
Male effect: adolescents	−0.2 (−0.5 to 0.1)
Male effect: middle-aged adults	0.52 (0.29 to 0.74)
Male effect: older adults	0.084 (−0.13 to 0.29)
Male effect: young adults	0.47 (0.23 to 0.71)
Covariate effect (centred and scaled): Gross national income per capita	−0.31 (−0.46 to −0.17)
Covariate effect (centred and scaled): Percentage of women who are married	−0.02 (−0.11 to 0.071)

Variable	Value
Covariate effect (centred and scaled): Mean years of schooling	−0.097 (−0.23 to 0.044)
Covariate effect (centred and scaled): Prevalence of anxiety disorders	0.17 (0.054 to 0.29)
Covariate effect (centred and scaled): Prevalence of depressive disorders	0.29 (0.19 to 0.39)
Random effect sigma: WHO region	0.36 (0.21 to 0.56)
Random effect sigma: country in WHO region	0.34 (0.27 to 0.42)
sigma	0.83 (0.8 to 0.87)

I brms priors di default sono stati usati per tutti i parametri.

$\alpha \sim \text{Uniform}(-\infty, \infty),$
 $\delta \alpha \sim \text{Uniform}(-\infty, \infty),$
 $\beta \sim \text{Uniform}(-\infty, \infty),$
 $\sigma_c \sim \text{half-StudentT}(3, 0.2, 2.5),$
 $\sigma_r \sim \text{half-StudentT}(3, 0.2, 2.5),$
 $\sigma \sim \text{half-StudentT}(3, 0.2, 2.5)$

Sono state utilizzate quattro catene e 2000 iterazioni per ciascuna catena per adattare il modello, ottenendo così 4000 campioni per ciascun parametro stimato. I valori medi delle covariate per il periodo 2014–2023 sono stati impiegati insieme ai parametri stimati per generare 4000 previsioni della prevalenza di solitudine per ciascun Paese, sesso e fascia d’età. I dati demografici provenienti dal World Population Prospects 2024 (45) sono stati utilizzati per creare aggregati comprendenti entrambi i sessi e tutte le età (≥13 anni), a livello globale e per ciascuna Regione OMS.

Per validare l’adattamento del modello, sono stati esaminati sia l’adattamento in-sample (sui dati utilizzati per l’addestramento), sia quello out-of-sample (su dati non utilizzati). La validazione out-of-sample è servita per verificare quanto accuratamente il modello fosse in grado di prevedere la prevalenza di solitudine nei Paesi privi di dati osservati. A tal fine, i dati osservati di 152 Paesi sono stati suddivisi in 10 gruppi, e il modello è stato riadattato 10 volte, ogni volta escludendo un gruppo di Paesi. Sono quindi state generate le previsioni per ciascun insieme di dati esclusi.

Successivamente, sono stati calcolati:

- RMSE (Root Mean Squared Error) – errore quadratico medio,
- MAE (Mean Absolute Error) – errore medio assoluto,
- ME (Mean Error) – errore medio,
- UI Coverage (copertura dell’intervallo di incertezza al 95%).

Per facilitare l’interpretazione, gli errori sono stati riportati nello spazio di prevalenza (0–100), anziché nella scala logit trasformata (Tabella A1.4).

Table A1.4.
In sample and out of sample model validation statistics

Sample	ME	MAE	RMSE	UI COVERAGE	R SQUARED
In sample	1.1	5.9	7.9	97.1	0.521 (0.492–0.548)
Out of sample	1.5	7.3	9.6	96.7	

Limitazioni

A causa della disponibilità limitata dei dati, sono state formulate numerose ipotesi e semplificazioni. I dati sulla solitudine provengono principalmente dall'Europa e da altri Paesi ad alto reddito. Indagini più recenti, come la Meta-Gallup Loneliness Survey, hanno fornito informazioni molto utili sui livelli generali di solitudine a livello globale; tuttavia, le misurazioni ripetute necessarie per stimare le tendenze temporali restano scarse. L'assenza di un monitoraggio sistematico limita la possibilità di quantificare l'impatto globale della pandemia di COVID-19 sulla solitudine. In questa analisi, sono stati raccolti i dati per stimare il livello medio di solitudine su un periodo di dieci anni, tra il 2014 e il 2023. Si riconosce, tuttavia, che la prevalenza può essere variata prima, durante e dopo la pandemia (46).

I set di dati utilizzati per la modellizzazione sono stati individuati attraverso una revisione sistematica sulla prevalenza globale della solitudine (6), integrata da una successiva ricerca bibliografica condotta con la stessa strategia. Sebbene si sia cercato di includere il maggior numero possibile di set di dati individuati, alcuni non sono stati inseriti a causa di problemi di accesso o di metodo. Inoltre, poiché la modellizzazione ha incluso solo i dati di prevalenza raccolti tra il 2014 e il 2023, i dati degli studi longitudinali o delle indagini ripetute che si riferivano a Paesi o a ondate al di fuori di questo periodo non sono stati utilizzati. Il periodo di inclusione copre inoltre la pandemia di COVID-19, che potrebbe aver temporaneamente amplificato le esperienze di solitudine nelle indagini condotte tra il 2020 e il 2023 (47).

La Meta-Gallup Global State of Social Connections Survey ha fornito dati sulla prevalenza della solitudine in 142 Paesi. Per 69 dei 153 Paesi inclusi in questo rapporto, tale indagine rappresentava l'unica fonte disponibile, con il rischio che alcune stime nazionali, regionali e complessive risultassero influenzate da questi dati. Pertanto è stato effettuato un aggiustamento per correggere tale possibile bias (vedi sezione "Dati"). L'indagine ha utilizzato una combinazione di modalità di somministrazione (telefonica e faccia a faccia) (48), che può aver introdotto errori di misurazione. Ad esempio, chi risponde per telefono tende a essere più cauto e incline a presentarsi in modo "socialmente desiderabile" (social desirability bias (49)), fenomeno che può accentuarsi per argomenti sensibili. Nonostante queste limitazioni, la Global State of Social Connections Survey è stata inclusa per massimizzare la copertura dei Paesi, soprattutto laddove i dati sulla solitudine erano assenti. È comunque necessario intensificare la raccolta e il monitoraggio nei Paesi privi di altre fonti per triangolare le stime e migliorarne la precisione.

Un'altra limitazione riguarda l'uso di strumenti di misurazione diversi nelle varie indagini. Per ampliare le fonti disponibili, sono stati inclusi sia strumenti basati su scale sia strumenti a singolo item, con differenze nel periodo di richiamo (una settimana, quattro settimane, un anno o periodo non definito). Idealmente, per garantire la coerenza dei dati, sarebbe stato opportuno che la maggior parte delle fonti adottasse uno strumento "gold standard".

Le modalità attuali di valutazione della solitudine risultano eterogenee tra le indagini e i Paesi; pertanto, è stato possibile correggere solo le differenze medie tra i tre principali tipi di fonte (scala, singolo item con periodo di richiamo definito e singolo item con periodo indefinito). Inoltre, le indagini non distinguono in genere tra solitudine transitoria e cronica (Capitolo 1), anche a causa della mancanza di consenso sul momento in cui la solitudine transitoria diventa cronica e della scarsità di studi longitudinali o di coorte ripetuti. Poiché la solitudine continua a rappresentare una crescente preoccupazione per la salute globale, è necessario standardizzare gli strumenti di misurazione per garantire coerenza e solidità dei dati ai fini di un monitoraggio sistematico.

A causa delle dimensioni ridotte dei campioni nelle indagini, si è scelto di modellizzare quattro ampie fasce d'età (adolescenti, giovani adulti, adulti di età intermedia e anziani). Dati più dettagliati potrebbero fornire ulteriori informazioni su come la solitudine varia con l'età, in particolare tra le persone molto anziane (≥ 80 anni), tra le quali tende a essere più diffusa. Analisi future potrebbero esplorare diverse parametrizzazioni per stimare le variazioni del modello età-sesso per regione del mondo o Paese. I modelli potranno essere ulteriormente perfezionati man mano che saranno disponibili nuovi dati.

Alla luce di queste considerazioni, le stime basate sul modello devono essere interpretate come indicazioni per la definizione delle priorità e per comprendere il probabile peso della solitudine in un Paese, piuttosto che come valori esatti.

Ringraziamenti

I dati utilizzati provengono dalle Waves 5, 6, 7, 8 e 9 del progetto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (DOI: 10.6103/SHARE.WS.900, 10.6103/SHARE.W6.900, 10.6103/SHARE.W7.900, 10.6103/SHARE.W8.900, 10.6103/SHARE.W9.900, 10.6103/SHARE.w9.900, 10.6103/SHARE.wc.900). Vedi Börsch-Supan et al. (16) per dettagli metodologici. La raccolta dati SHARE è finanziata dalla Commissione Europea, DG RTD attraverso FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) e Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) e da DG Employment, Social Affairs and Inclusion attraverso VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, VS 2020/0313 e SHARE-COVID: GA N°101052589 ed EUCOVII: GA N°101102412. Ulteriori finanziamenti provengono dal Ministero tedesco dell'Istruzione e della Ricerca, dal Max Planck Society for the Advancement of Science, dall'US National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, BSR12-04, R01_AG052527-02, HHSN271201300071C, RAG052527A) e da varie fonti nazionali di finanziamento, che sono debitamente riconosciute.

Sono stati inoltre utilizzati i dati provenienti dalle Waves 2 del GGS (Generations and Gender Survey, DOIs: 10.17026/dans-xm6-a262). Per i dettagli metodologici si vedano Gauthier et al. (17) o il sito web del GGP.

Riferimenti bibliografici

1. Sharrow D, Hug L, You D, Alkema L, Black R, Cousens S et al. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet Glob Health*. 2022;10:e195–206 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00515-5](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00515-5)).
2. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398:1700–12 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)).
3. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semanova E, Cowan M, Riley LM et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12:e1232–e43 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)).
4. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390:2372–81 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)).
5. Dharamshi A, Barakat B, Alkema L, Antoninis M. A Bayesian model for estimating Sustainable Development Goal indicator 4.1.2: school completion rates. *J R Stat Soc Ser C: Appl Stat*. 2022;71:1822–64 (<https://doi.org/10.1111/rssc.12595>).
6. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A, Ding D. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;376:e067068 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>).
7. Global school-based student health survey [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey>).
8. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004;26:655–72 (<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>).
9. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 2010;7:121–30 (<https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>).
10. Berlingieri F, Colagrossi M, Mauri C. Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey. Brussels: European Commission; 2023 (<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC133351>).
11. Ellis GF, Lumley T, Zóttak T, Schneider B, Krivitsky PN. *Srvyr*: 'dplyr'-like syntax for summary statistics of survey data [Internet]. 2024 (<https://cran.r-project.org/web/packages/srvyr/index.html>).
12. Lumley T. Analysis of complex survey samples. *J Stat Softw*. 2004;9:1–19 (<https://doi.org/10.18637/jss.v009.i08>).
13. Health Behaviour in School-aged Children. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://hbcs.org/>).
14. Meta-Gallup. The global state of social connections. Washington, DC: Gallup; 2023 (<https://www.gallup.com/analytics/509675/state-of-social-connections.aspx>).
15. European Social Survey European Research Infrastructure Consortium. European Social Survey [online database]. London: University of London; 2025 (<https://www.europeansocialsurvey.org/>).
16. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F et al. Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol*. 2013;42:992–1001 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>).
17. Gauthier AH, Cabaço SLF, Emery T. Generations and Gender Survey study profile. *Longitud Life Course Stud*. 2018;9:456–65 (<https://doi.org/10.14301/llcs.v9i4.500>).
18. Generations and Gender Programme. Generations and Gender Survey (GGS) – wave 2 [online database]. DANS Data Station Social Sciences and Humanities; 2019 (<https://ssh.datastations.nl/citation?persistentId=doi:10.17026/dans-xm6-a262>).
19. Gyasi RM. Ageing, health and health-seeking behaviour in Ghana (Doctoral thesis). Hong Kong: Lingnan University; 2018 (<https://commons.ln.edu.hk/otd/41/>).
20. Canadian Health Survey on Seniors (CHSS). Ottawa: Statistics Canada; 2025 (<https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267>).
21. Canadian Longitudinal Study on Aging (online). Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2024 (<https://www.clsa-elcv.ca/>).
22. Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) community datasets (1998–2014). Beijing: Peking University, Center for Healthy Aging and Development Studies.; 2025 (<https://www.icpsr.umich.edu/web/NACDA/series/487>).
23. English Longitudinal Study of Ageing. London: University College London, Research Department of Behavioural Science and Health; 2024 (<https://www.elsa-project.ac.uk/>).
24. Lima-Costa MF, de Melo Mambrini JV, Bof de Andrade F, de Souza PRB Jr, de Vasconcellos MTL, Neri AL et al. Cohort profile: the Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). *Int J Epidemiol*. 2023;52:e57–65 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyac132>).

25. The Japan COVID-19 and Society Internet Survey [online database]. 2021 (<https://jaccis-study.jp/>).
26. Kim Y, Choi S, Chun C, Park S, Khang YH, Oh K. Data resource profile: The Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey (KYRBS). *Int J Epidemiol*. 2016;45:1076 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyw070>).
27. Welcome to NHMS. Ministry of Health Malaysia, Institute for Public Health; 2023 (<https://iku.gov.my/nhms>).
28. PeNSE – National Survey of School Health. Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geography and Statistics; 2015 (<https://www.ibge.gov.br/en/statistics/social/health/16837-national-survey-of-school-health-editions.html?edicao=16842>).
29. Madeira T, Peixoto-Plácido C, Goulão B, Mendonça N, Alarcão V, Santos N et al. National survey of the Portuguese elderly nutritional status: study protocol. *BMC Geriatr*. 2016;16:139 (<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0299-x>).
30. Health status and its socio-economic covariates in the older population in Poland – The PolSenior 2 study. Gdańsk: Medical University of Gdańsk; 2025 (<https://polsenior2.mug.edu.pl/>).
31. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R et al. Data resource profile: The World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol*. 2012;41:1639–49 (<https://doi.org/10.1093/ije/dys210>).
32. Homepage - Ungdata [online database]. Oslo: OsloMet; 2024 (<https://www.ungdata.no/>).
33. Lim MH, Eres R, Peck C. The young Australian loneliness survey: Understanding loneliness in adolescence and young adulthood. Melbourne: Swinburn University of Technology; 2019 (<https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/The-young-Australian-loneliness-survey-Report.pdf>).
34. Rangul V, Holmen TL, Langhammer A, Ingul JM, Pape K, Fenstad JS, Kvaløy K. Cohort profile update: The Young-HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol*. 2024;53:dya013 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyae013>).
35. GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403:2100–32 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)).
36. Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403:2133–61 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)).
37. GBD results [online database]. Seattle (WA): University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024 (<https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/gbd-results>).
38. National accounts statistics: Main aggregates and detailed tables, 2022. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2023 (<https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/sdpubs/MADT-2022.pdf>).
39. Human Development Report 2023–24: Breaking the gridlock: reimagining cooperation in a polarized world. Vienna: United Nations Development Programme; 2024 (<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>).
40. Estimates and projections of women of reproductive age who are married or in a union: 2020 revision [online database]. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/pd/file/9053>).
41. Global education monitoring report, 2023: technology in education: a tool on whose terms? Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2023. <https://doi.org/10.54676/UZQV8501>.
42. Bürkner PC. brms: an R package for Bayesian multilevel models using Stan. *J Stat Softw*. 2017;80:1–28 (<https://doi.org/10.18637/jss.v080.i01>).
43. Bürkner PC. Advanced Bayesian multilevel modeling with the R package brms. *R J*. 2018;10:395–411 (<https://doi.org/10.32614/RJ-2018-017>).
44. RStan: The r interface to stan [website]. Stan Development Team; 2024 (<https://mc-stan.org/>).
45. World Population Prospects 2024. Geneva: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>).
46. Buecker S, Mund M, Chwastek S, Sostmann M, Luhmann M. Is loneliness in emerging adults increasing over time? A preregistered cross-temporal meta-analysis and systematic review. *Psychol Bull*. 2021;147:787–805 (<https://doi.org/10.1037/bul0000332>).
47. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD et al. Loneliness before and during the COVID–19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *Am Psychol*. 2022;77:660–77 (<https://doi.org/10.1037/amp0001005>).
48. The state of social connections methodology report. Washington, DC: Gallup; 2022 (<https://socialmediaarchive.org/record/47/files/methodology.pdf>).
49. Vogel DL, Wester SR, Hammer JH, Downing-Matibag TM. Referring men to seek help: the influence of gender role conflict and stigma. *Psychol Men Masculinities*. 2014;15:60 (<https://doi.org/10.1037/a0031761>).

Allegato 2. Stima della mortalità globale dovuta alla solitudine

La solitudine può avere effetti negativi sia sulla salute fisica e mentale sia su diversi esiti sociali ed economici (Capitolo 4). È stato stimato che la solitudine può aumentare il rischio di mortalità per tutte le cause dal 9% al 22% (sezione 4.1). I tre principali meccanismi attraverso i quali la disconnessione sociale può “penetrare sotto la pelle”, aumentando il rischio per la salute fisica e la mortalità generale, sono illustrati nel Riquadro 6.

Questo allegato descrive il metodo utilizzato per stimare la mortalità globale associata alla solitudine, calcolata attraverso le frazioni attribuibili di popolazione (PAFs). I tassi di mortalità globali e regionali sono stati stimati per le fasce d'età dagli adolescenti agli adulti anziani, utilizzando le stime globali di salute dell'OMS (GHE) (1), relative alle stesse fasce d'età impiegate nelle stime di prevalenza presentate nel Capitolo 2 e nell'Allegato 1.

Dati

Il numero di decessi attribuibili alla solitudine è stato stimato applicando la frazione attribuibile di popolazione (PAF) ai tassi di mortalità per tutte le cause, suddivisi per le principali fasce d'età e per le Regioni dell'OMS. Le fasce d'età utilizzate per stimare la prevalenza della solitudine sono le stesse impiegate per calcolare i decessi attribuibili:

- Adolescenti (13–17 anni)
- Giovani adulti (18–29 anni)
- Adulti di età intermedia (30–59 anni)
- Adulti anziani (≥ 60 anni)

Le stime per ciascuna fascia d'età e Regione OMS, calcolate nel Capitolo 2 e nell'Allegato 1, sono state utilizzate come proporzione della popolazione esposta alla solitudine in ciascun sottogruppo. Per stimare l'aumento del rischio di mortalità associato alla solitudine è stato utilizzato un hazard ratio di 1,14 (95% CI: 1.08; 1.20; $P < 0.001$), derivato da una recente e ampia meta-analisi che ha incluso 45 studi (2). Questo studio è stato scelto poiché include persone di età ≥ 18 anni, coprendo quindi una fascia d'età più ampia rispetto ad altre ricerche focalizzate principalmente sugli adulti anziani. Inoltre, tra tutte le meta-analisi sulla mortalità generale legata alla solitudine, questa comprende il maggior numero di studi primari ($n = 90$) e di partecipanti ($n = 1.209.207$), e tiene conto della maggior parte delle principali variabili confondenti legate alla mortalità associata alla solitudine.

I dati sulla popolazione relativi alla mortalità annuale per ciascuna fascia d'età sono stati ricavati dalle stime globali di salute dell'OMS (GHE) (1). Idealmente si sarebbero dovuti utilizzare dati riferiti allo stesso periodo di quelli impiegati per stimare la prevalenza (Capitolo 2). Tuttavia, la pandemia di COVID-19 ha causato un aumento dei decessi in eccesso. Per questo motivo, per il calcolo dei tassi medi regionali di mortalità sono stati utilizzati esclusivamente i dati GHE relativi al periodo 2014-2019 (Tabella A2.1).

Table A2.1.

Average estimated annual GHE mortality by region and age group (2014–2019)

WHO Region	Mortality rate
African Region	
Adolescents	157 697.2
Young adults	490 722.8
Middle-aged adults	1 827 228.1
Older adults	2 406 345.4
Region of the Americas	
Adolescents	42 401.5
Young adults	243 060.9
Middle-aged adults	1 298 193.8
Older adults	4 915 174.2
South-East Asia Region	
Adolescents	138 174.5
Young adults	505 247.4
Middle-aged adults	3 348 834.3
Older adults	7 686 205.6
European Region	
Adolescents	15 383.7
Young adults	103 609.0
Middle-aged adults	1 365 911.4
Older adults	7 622 565.3

WHO Region	Mortality rate
Eastern Mediterranean Region	
Adolescents	89 442.4
Young adults	298 159.4
Middle-aged adults	866 589.9
Older adults	1 812 332.3
Western Pacific Region	
Adolescents	41 029.1
Young adults	226 119.8
Middle-aged adults	2 332 269.4
Older adults	11 035 534.7

Modello

Le PAFs (frazioni attribuibili di popolazione) sono state calcolate utilizzando la formula di Levin (3):

$$PAF = \frac{P_E(RR - 1)}{1 + P_E(RR - 1)}$$

dove P_E rappresenta la proporzione della popolazione esposta alla solitudine e RR rappresenta la variazione del rischio di mortalità per tutte le cause dovuta all'esposizione alla solitudine (rischio relativo), rispetto a coloro che non sono esposti alla solitudine.

Il carico attribuibile è stato calcolato applicando la PAF ai dati stimati di mortalità per ciascun gruppo d'età.

La mortalità totale per ciascuna Regione è stata considerata come la somma dei decessi attribuibili per ciascun gruppo di età all'interno della stessa Regione.

La mortalità globale stimata dovuta alla solitudine è stata infine calcolata come la somma delle mortalità totali per ciascuna Regione (Tabella A2.2).

Table A2.2.Total numbers of deaths related to loneliness by region and age group (2014–2019)^a

WHO Region	P _E	PAF (%)	Attributable burden	Total attributable deaths ^b
African Region				155 052.4
Adolescents	0.265767	3.6	5 657.0	
Young adults	0.242489	3.3	16 112.3	
Middle-aged adults	0.233839	3.2	57 922.6	
Older adults	0.230928	3.1	75 360.6	
Region of the Americas				87 279.3
Adolescents	0.175953	2.4	1 019.4	
Young adults	0.154459	2.1	5 144.7	
Middle-aged adults	0.136507	1.9	24 344.5	
Older adults	0.083465	1.2	56 770.7	
South-East Asia Region				270 484.1
Adolescents	0.204969	2.8	3 854.4	157 697.2
Young adults	0.180748	2.5	12 469.6	490 722.8
Middle-aged adults	0.174253	2.4	79 750.9	1 827 228.1
Older adults	0.165843	2.3	174 409.3	2 406 345.4
European Region				102 232.0
Adolescents	0.147786	2.0	311.8	
Young adults	0.115047	1.6	1 642.3	
Middle-aged adults	0.101026	1.4	19 049.6	
Older adults	0.076936	1.1	81 228.2	
Eastern Mediterranean Region				76 511.1
Adolescents	0.247897	3.4	3 000.0	
Young adults	0.215510	2.9	8 732.4	
Middle-aged adults	0.200657	2.7	23 679.1	
Older adults	0.165742	2.3	41 099.5	
Western Pacific Region				179 727.2
Adolescents	0.155907	2.1	876.4	
Young adults	0.112405	1.5	3 503.2	
Middle-aged adults	0.097909	1.4	31 536.9	
Older adults	0.094312	1.3	143 810.7	
Global				871 286.2

^a With a hazard ratio of 1.14 (2)^b Totals may not add up due to rounding

A livello globale, tra il 2014 e il 2019, si sono registrati circa 871.286 decessi all'anno attribuibili alla solitudine. La stima non include i bambini di età inferiore ai 13 anni a causa della mancanza di dati disponibili.

Limitazioni

Poiché la PAF è stata calcolata a partire dalle stime di prevalenza della solitudine presentate nel Capitolo 2, le limitazioni relative ai dati e al modello di tali stime si riflettono anche nei risultati riportati in questa sezione (si veda l'Allegato 1).

Per il calcolo della PAF è stato applicato un unico hazard ratio relativo alla mortalità per tutte le cause associate alla solitudine, uguale per tutte le fasce d'età e per tutte le regioni del mondo. Tale valore proviene dallo studio più completo condotto sull'argomento, che adotta un approccio lungo tutto l'arco della vita (2). Tuttavia, va considerato che le esperienze di solitudine differiscono tra i diversi gruppi di età e contesti culturali (capitoli 2 e 3); pertanto, idealmente, dovrebbero essere utilizzate misure di associazione specifiche per ciascun gruppo. Le stime del Global Health Estimates (GHE) utilizzate per calcolare i tassi medi di mortalità in ciascuna regione del mondo e fascia d'età si basano su dati disponibili solo fino al 2019, mentre le stime di prevalenza della solitudine coprono il periodo fino al 2023. Ne consegue che i periodi presi in considerazione per il tasso medio annuo di mortalità (2014–2019) e per la prevalenza della solitudine (2014–2023) non coincidono esattamente. Ciò potrebbe introdurre un margine di distorsione nei calcoli dei decessi attribuibili, soprattutto considerando che la pandemia di COVID-19, iniziata nel marzo 2020 e conclusasi nel maggio 2023 (4), ha avuto un impatto significativo. Tuttavia, gli effetti della pandemia sulla prevalenza della solitudine non sembrano essere stati tali da modificare in modo sostanziale i risultati del modello (5).

Attualmente, i dati su questo tema restano limitati: la loro produzione richiederebbe maggiori investimenti in attività di raccolta sistematica e monitoraggio dei dati, al fine di ottenere stime più accurate e affidabili.

Riferimenti bibliografici

1. Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>).
2. Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav.* 2023;7:1307–19 (<https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>).
3. Levin ML. The occurrence of lung cancer in man. *Acta Unio Int Contra Cancrum.* 1953;9:531–941 (<https://cir.nii.ac.jp/crid/1573387451189265664>).
4. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [website]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2024 (<https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>).
5. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD et al. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *Am Psychol.* 2022;77:660–77 (<https://doi.org/10.1037/amp0001005>).



Harness the #PowerOfConnection



World Health
Organization



WHO Commission
on Social Connection