

La salute degli anziani LGBT dalla prospettiva del minority stress. Rassegna della letteratura e raccomandazioni di ricerca



Cristiano Scandurra*, Fabrizio Mezza*, Vincenzo Bochicchio**, Paolo Valerio***, Anna Lisa Amodeo****

Ricevuto 03/10/16
Accettato 27/02/17

Riassunto

La popolazione costituita da persone anziane lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT) non ha ricevuto la dovuta attenzione nella letteratura scientifica e nella ricerca gerontologica, specie in Italia. Questa mancanza rappresenta solo un aspetto di una condizione più generale di invisibilità sociale che grava su questa popolazione. Il presente contributo intende offrire al lettore una rassegna dei lavori che, principalmente nel contesto statunitense, hanno messo in luce le esperienze di stigmatizzazione, discriminazione e vittimizzazione visse e percepite da questa popolazione. L'ottica d'indagine adottata è quella fornita dalla prospettiva del *minority stress* che offre una panoramica dei fattori di rischio e di protezione per la salute psico-fisica dei gruppi minoritari. La presente rassegna ha considerato gli studi condotti con metodi quantitativi, qualitativi e misti, a partire dal 2000. Seguendo la prospettiva sopra descritta, i risultati sono presentati in due sezioni: la prima centrata sulle differenti forme di stigma che gravano sulle persone anziane LGBT e la seconda sugli esiti di salute psico-fisica e sui fattori protettivi utilizzati da questa popolazione. L'applicazione di questa prospettiva alla popolazione anziana LGBT offre ai ricercatori e agli operatori del sistema socio-sanitario una chiave di lettura psicosociale e clinica del fenomeno. Sono infine discusse le principali raccomandazioni di ricerca.

Parole chiave: LGBT, anziani, *minority stress*, stigma, fattori protettivi, salute.

* Centro di Ateneo SinAPSI, Università degli Studi di Napoli Federico II. E-mail: cristiano.scandurra@unina.it; fabrizio.mezza92@gmail.com.

** Dipartimento di Studi Umanistici, Università della Calabria. E-mail: vincenzo.bochicchio@unical.it.

*** Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II. E-mail: valerio@unina.it.

**** Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II. E-mail: amodeo@unina.it.

DOI: 10.3280/PDS2017-002004 *Psicologia della Salute* (ISSN 1721-0321, ISSN e 1972-5167), 2/2017
70

● RICERCHE E RASSEGNE

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Summary

LGBT elders health from the minority stress perspective. Literature review and research recommendations

Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults have not received proper attention by the scientific literature and gerontology research, especially in Italy. This lack represents only an aspect of a more general condition of social invisibility that weighs on this population. The present contribution aims to provide researchers and clinicians with a review of scientific works which, especially in the USA, have casted light on experiences of stigmatization, discrimination, and victimization experienced and perceived by this population. The theoretical framework is represented by the *minority stress* perspective which provides an overview of risk and protective factors related to physical and mental health of minority groups. In the current review, authors considered studies conducted through quantitative, qualitative, and mixed methods, starting from 2000. Following the above described perspective, results are presented in two sections: the first one is focused on the different forms of stigma which weigh on LGBT older adults and the second one on the mental and physical health outcomes and on protective factors. The application of the *minority stress* perspective on LGBT older adults provides researchers and social and health care system providers with a psychosocial and clinical framework through which reading the phenomenon. Finally, main research recommendations are discussed.

Keywords: LGBT, elders, *minority stress*, stigma, protective factors, health.

Introduzione

In un'epoca in cui, nelle società occidentali, le minoranze sessuali e di genere – ovvero le persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT) – acquistano sempre maggiore visibilità e riconoscimento, il corpus di conoscenze che la ricerca psicosociale ha prodotto sulle problematiche legate al loro invecchiamento risulta ancora parziale. In letteratura, la popolazione LGBT è tendenzialmente esplorata secondo un'assunzione di omogeneità, trascurando differenze cruciali, quali quelle intergenerazionali. In particolare, ancora lacunoso è il campo della salute delle persone anziane LGBT. Negli ultimi anni, sulla scia dell'incremento di conoscenze in ambito psicogerontologico, indotto dal prolungamento della vita media e dall'invecchiamento della popolazione globale, molti autori statunitensi hanno sottolineato l'esigenza di colmare questo vuoto di ricerca, denunciando la grave invisibilità della popolazione anziana LGBT a livello istituzionale ed organizzativo (per es., Harley e Teaster, 2016; Kimmel, Rose e David, 2006; Orel e Fruhauf, 2015; Witten e Eyler, 2012). In particolare, l'*Institute of Medicine* (IOM) (2011) ha affermato che, in merito alla salute delle persone anziane LGBT, la cui fascia d'età va dai 50 anni in su, i dati scientifici sono ancora insufficienti e che ciò costituisce un intrinseco rischio per questa popolazione

a causa della conseguente inadeguatezza dei servizi socio-sanitari che non sarebbero in grado di fornire una risposta adeguata ai bisogni specifici di salute.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di fornire un quadro aggiornato delle ricerche riferite alla salute biopsicosociale delle persone anziane LGBT, offrendone una descrizione sistematica per identificare le specificità dei bisogni psicologici, sociali e sanitari di questa diversificata popolazione.

I dati di ricerca presentati in questo lavoro – similmente ad altre rassegne che hanno utilizzato un modello teorico specifico, come quello della prospettiva *life-course* (per es., Fredriksen-Goldsen e Muraco, 2010) – sono stati raccolti adottando la lente d'analisi offerta dalla prospettiva teorica del *minority stress* (Meyer, 1995, 2003, 2007). Si tratta, dunque, di un'innovativa applicazione teorica del modello al dato di ricerca. La scelta di questa prospettiva si deve a due ragioni principali: essa è caratterizzata da una forte organicità strutturale, rendendola funzionale all'intento di sistematicità della presente rassegna, e, come suggerito dall'IOM (2011), si presta in maniera ottimale alla comprensione approfondita dei processi e degli esiti di salute dei gruppi minoritari. Tale prospettiva rappresenta, inoltre, un superamento del modello patologizzante che interpreta i problemi e i disagi psicologici diffusi tra le persone LGBT in chiave prettamente individualistica. I rischi psicosociali a cui queste persone sono esposte vengono piuttosto messi in relazione allo stress potenzialmente indotto da condizioni situazionali ed ambientali di natura stigmatizzante e connesse allo status sociale di minoranza. Questa prospettiva, infine, lungi dal sottolineare solo i processi stressanti, pone anche l'accento sulla portata positiva dell'esperienza LGBT, in cui l'identità minoritaria si fa risorsa gruppale, promotrice di efficaci strategie di coping, resilienza e benessere.

Metodo

Tra Aprile e Settembre 2016, è stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso i database *PsychINFO*, *Medline*, *Google Scholar* e *PsycBOOKS*, utilizzando, sia in inglese che in italiano, la combinazione delle seguenti parole chiave: da una parte, la popolazione e la fascia generazionale di appartenenza (*LGBT* e *aging*, *elders*, *older adults*, *later adulthood*, *gerontology*) e, dall'altra, le differenti dimensioni del *minority stress* (*discrimination*, *stigma*, *homophobia*, *transphobia*, *concealment*, *health*, *disparities*, *resilience*, *social support*).

I criteri di inclusione dei lavori pubblicati sono stati i seguenti: 1) articoli e capitoli pubblicati dal 2000 al 2016 su riviste o case editrici *peer-review*; 2)

studi condotti con metodi quantitativi, qualitativi e misti; 3) studi che hanno esaminato la relazione tra la popolazione LGBT di età uguale o superiore ai 50 anni e alcuni aspetti riconducibili alle dimensioni del *minority stress*.

I primi due autori hanno selezionato i lavori potenzialmente rispondenti ai criteri di inclusione. Successivamente, i primi tre autori hanno esaminato indipendentemente ciascun lavoro, codificandolo, sulla base dei criteri condivisi, come “incluso” o “escluso”. Tutti gli autori del presente lavoro si sono poi confrontati sulle discordanze giungendo ad una decisione condivisa. In seguito, si è proceduto ad una seconda codifica dei lavori inclusi, suddividendoli sulla base delle singole dimensioni del *minority stress*: stigma vissuto, stigma percepito, occultamento, stigma interiorizzato, salute mentale, salute fisica e fattori protettivi. Alcuni lavori sono stati inclusi in più categorie poiché hanno indagato simultaneamente più dimensioni del *minority stress* (Tabella 1).

Da 657 citazioni identificate, sono stati selezionati 97 studi che potenzialmente avrebbero potuto soddisfare i criteri di inclusione. Un'analisi approfondita di questi studi ha rilevato che solo 29 rispettavano i suddetti criteri. Durante il processo di ricerca, sono emerse alcune problematiche rispetto a due dei criteri di inclusione. Alcuni studi citati da esperti del settore, infatti, non sono stati pubblicati su riviste o case editrici *peer review*. Nello specifico, si fa riferimento ai due report del *MetLife Mature Market Institute* (2006 e 2010) e agli studi di Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011), Grant *et al.* (2011) e Hartzell *et al.* (2009). Inoltre, nei due report del *MetLife Mature Market Institute*, il range d'età del campione reclutato non rispetta pienamente i criteri di inclusione della presente rassegna. Si è tuttavia deciso di mantenere questi studi, tenendo conto della loro rilevanza internazionale e/o dell'alto numero di citazioni. Essi, infatti, rappresentano dei punti di riferimento imprescindibili per i ricercatori che si occupano di queste tematiche. Tutti i lavori inclusi nella presente rassegna sono stati pubblicati in lingua inglese.

I risultati della rassegna saranno presentati in due sezioni. La prima sezione è centrata sulle differenti forme di stigma che gravano sulle persone anziane LGBT. In essa si riportano i diversi livelli attraverso cui lo stigma psicosociale agisce su tale popolazione, seguendone la scansione concettuale proposta dalla prospettiva del *minority stress*. La seconda sezione fornisce, invece, una panoramica sulle *outcomes* di salute biopsicosociale, sottolineandone sia i fattori di rischio che di protezione. In questa seconda parte, i dati sulla salute delle persone anziane transgender saranno presentati separatamente. Alle persone transgender, infatti, sono associate questioni di interesse medico, psicologico e sociale che connotano bisogni e rischi specifici di salute (Amodeo *et al.*, 2015; Cook-Daniels, 2015; Witten e Eyler, 2012).

Tab. 1 – Rassegna della letteratura sul minority stress negli anziani LGBT (autori in ordine alfabetico)

Autori	Campione	Metodo	Risultati principali	Dimensioni del minority stress
Brotman, Ryan e Cormier (2003)	N = 32 Popolazione = LG Età = 57-86	Qualitativo	Sussiste un'associazione tra esperienze di discriminazione e inferiore probabilità di rivolgersi ai servizi socio-sanitari.	Stigma percepito
Cook-Daniels e Munson (2010)	N = 30 Popolazione = T Età = 50-70	Quantitativo	Il 65% ha esperito abuso emotivo e psicologico più di una volta nella propria vita.	Stigma vissuto
D'Augelli e Grossman (2001)	N = 416 Popolazione = LGBT Età = 60-91	Quantitativo	Il 36% ha esperito abusi verbali e il 29% molestie fisiche. I livelli maggiori di vittimizzazione sono riportati dai partecipanti, soprattutto uomini, che vivono più apertamente il proprio orientamento sessuale e che hanno effettuato prima il <i>coming out</i> . Le percentuali di stigma vissuto sono più elevate nelle persone transgender rispetto a quelle LGB. Il 13% del campione ha tentato il suicidio. La salute mentale risulta correlata all'autostima, alla solitudine e all'omofobia interiorizzata. Negli uomini omosessuali i livelli di abuso di alcol sono maggiori rispetto a quelli presenti nelle donne.	Stigma vissuto Salute mentale
de Vries e Megathlin (2009)	N = 56 Popolazione = LG Età = 50-88	Qualitativo	Rispetto alle persone anziane eterosessuali, donne lesbiche e uomini gay tendono a definire l'amicizia come più legata alla fiducia, alla lealtà, all'impegno, alla cura e alla dedizione reciproci, e in misura minore fanno riferimento alla condivisione di attività. L'appartenenza alla comunità LGBT fonda un sentimento di solidarietà, riconoscimento e supporto reciproco che rende primario il ruolo dell'amicizia rispetto alle possibilità di adattamento nel processo di invecchiamento.	Fattori protettivi
Emlet <i>et al.</i> (2015)	N = 135 Popolazione = GB Età = 50+	Quantitativo	Si riscontra un'associazione positiva tra i processi del <i>minority stress</i> e comportamenti sessuali a rischio. Omofobia interiorizzata e stigma vissuto rappresentano i predittori più significativi dei comportamenti a rischio, mentre il ricorso non frequente ai servizi sanitari e lo stress percepito mediano la relazione tra l'omofobia interiorizzata e i comportamenti a rischio.	Salute fisica
Fredriksen-Goldsen <i>et al.</i> (2011)	N = 2.560 Popolazione = LGBT Età = 50-95	Quantitativo	L'82% ha almeno una volta subito discriminazioni o vittimizzazioni. Si tratta soprattutto di insulti verbali (65%) e violenza fisica (40%), con tassi più elevati negli uomini che nelle donne. Al 13% del campione l'assistenza medica è stata erogata in maniera insoddisfacente o addirittura negata. Il 45% del campione riporta problemi di pressione sanguigna alta, il 43% di colesterolo alto ed il 6% attacchi cardiaci. Il supporto e le reti sociali fungono da fattori protettivi, riducendo il rischio di disabilità, cattive condizioni generali di salute e depressione.	Stigma vissuto Salute fisica Fattori protettivi

segue tab. 1

Autori	Campione	Metodo	Risultati principali	Dimensioni del minority stress
Fredriksen-Goldsen <i>et al.</i> (2012)	N = 2.439 Popolazione = LGB Età = 50+	Quantitativo	Nei partecipanti bisessuali si rilevano livelli più elevati di <i>sexual identity concealment</i> rispetto a quelli omosessuali.	Occultamento
Fredriksen-Goldsen <i>et al.</i> (2013)	N = 1.531 Popolazione = LGB Età = 50-98	Quantitativo	Le persone anziane LGB sono più a rischio di quelle eterosessuali di sviluppare disabilità, problemi di salute mentale, dipendenza da fumo e alcol. Rispetto alle persone eterosessuali, le donne lesbiche e bisessuali sono più a rischio di presentare problematiche cardiovascolari e di obesità, mentre gli uomini gay e bisessuali di presentare problematiche di salute fisica e di vivere da soli. Le donne anziane LB esperiscono un rischio più elevato di disturbi cardiovascolari ed obesità rispetto al gruppo di donne anziane eterosessuali.	Salute mentale Salute fisica
Fredriksen-Goldsen <i>et al.</i> (2014a)	N = 2.560 Popolazione = LGB Età = 50+	Quantitativo	Nel gruppo di persone anziane transgender si riscontrano maggiori tassi di <i>concealment</i> rispetto alla controparte LGB. Le persone anziane transgender esperiscono un rischio maggiore di sviluppare problematiche di salute fisica, disabilità, depressione e stress percepito rispetto ai partecipanti non transgender. La paura di accedere ai servizi di salute, l'assenza di attività fisica, lo stigma interiorizzato, la vittimizzazione e l'assenza di supporto sociale mediano la relazione tra il genere e le variabili di salute. Vittimizzazione e stigma rappresentano i fattori di rischio che spiegano la più alta proporzione delle problematiche di salute sia fisica che mentale.	Occultamento Salute mentale e fisica
Fredriksen-Goldsen <i>et al.</i> (2014b)	N = 2.560 Popolazione = LGB Età = 50+	Quantitativo	La qualità della vita è negativamente associata alla discriminazione e alle condizioni croniche e positivamente associata al supporto sociale, all'ampiezza del social network, alle attività fisiche e di piacere, al non utilizzo di sostanze, allo stipendio e al genere maschile. L'influenza delle discriminazioni e delle vittimizzazioni esperite nel corso della vita sulla qualità della vita e sulla salute è più forte nel gruppo delle persone il cui range di età varia dagli 80 anni in su, rispetto a coloro il cui range varia dai 50 ai 64 o dai 65 ai 79.	Salute mentale

Autori	Campione	Metodo	Risultati principali	Dimensioni del minority stress
Grant <i>et al.</i> (2011)	N = 839 Popolazione = T Età = 55-89	Quantitativo	Le persone anziane transgender hanno una minore probabilità, rispetto alla fascia più giovane, di aver esperito violenza domestica (13%-14% Vs. 19%), aggressione fisica nelle scuole (10%-20% Vs. 23%) o in altro luogo pubblico (3%-6% Vs. 8%) e aggressione sessuale sul luogo di lavoro (2%-3% Vs. 6%). Tuttavia, il 29% dei soggetti tardo-adulti (tra i 55 e i 64 anni) e degli anziani ultrasessantacinquenni ha perso il lavoro a causa della propria identità sessuale. Il 20% dei partecipanti transgender tra i 55 e i 64 anni e l'8% degli ultrasessantacinquenni si è visto negare assistenza da un operatore sanitario a causa dell'identità di genere o della storia personale.	Stigma vissuto
Grossman, D'Augelli e O'Connell (2001)	N = 416 Popolazione = LGB Età = 60-91	Quantitativo	I livelli di omofobia interiorizzata aumentano significativamente all'incrementare dell'età nei partecipanti con scarsi contatti sociali – soprattutto uomini – e nei single.	Stigma interiorizzato
Grov <i>et al.</i> (2006)	N = 204 ^a Popolazione = LGB Età = 55+	Quantitativo	I partecipanti appartenenti alla fascia più giovane (18-24) hanno effettuato il <i>coming out</i> ad un'età inferiore rispetto alla coorte più anziana (> 55 anni). Nelle donne il processo di <i>coming out</i> inizia in media due anni più tardi rispetto agli uomini.	Occultamento
Gruskin <i>et al.</i> (2007)	N = 283 ^b Popolazione = LGB Età = 65+	Quantitativo	Tabagismo ed alcolismo sono maggiormente diffusi nella popolazione anziana LGBT rispetto a quella anziana generale.	Salute mentale
Hartzell <i>et al.</i> (2009)	N = 80 Popolazione = T Età = 55 +	Quantitativo	Il 30% dei partecipanti ha rifiutato di cercare assistenza sanitaria per evitare di incorrere in discriminazioni da parte degli operatori sanitari.	Stigma percepito
Hoy-Ellis e Fredriksen-Goldsen (2016)	N = 2.349 Popolazione = LGB Età = 50+	Quantitativo	Lo svelamento del proprio orientamento sessuale è indirettamente associato a condizioni croniche di salute fisica e depressione, ed è mediato dall'eterosessismo interiorizzato. Quest'ultimo è direttamente associato a problematiche di salute fisica e a depressione.	Stigma interiorizzato e salute fisica e mentale
Kuyper e Fokkema (2010)	N = 162 Popolazione = LGB Età = 55-85	Quantitativo	Le persone anziane che hanno esperito alti livelli di stigma vissuto vivono livelli più elevati di solitudine.	Salute mentale
			Far parte di un social network LGB modera l'impatto del minority stress sulla salute.	Fattori protettivi

<i>segue tab. 1</i>	<i>Autori</i>	<i>Campione</i>	<i>Metodo</i>	<i>Risultati principali</i>	<i>Dimensioni del minority stress</i>
	Masini e Barrett (2008)	N = 220 Popolazione = LGB Età = 50+	Quantitativo	Il supporto ricevuto da parte degli amici è un predittore più forte di quello ricevuto da parte della famiglia rispetto alla qualità della vita, alla depressione, all'ansia e all'omofobia interiorizzata.	Fattori protettivi
	McFarland e Sanders (2003)	N = 59 Popolazione = LGBT Età = 50-86	Quantitativo	I partecipanti reclamano una maggiore preparazione da parte degli operatori dei servizi socio-sanitari rispetto ai bisogni di salute specifici degli anziani LGBT.	Stigma percepito
	MeLife Mature Market Institute (2006)	N = 1.000 Popolazione = LGBT Età = 40-61 ^b	Quantitativo	Il 38% considera gli aspetti positivi che nelle proprie vite sono scaturiti dall'appartenenza ad una minoranza sessuale o di genere: tratti caratteriali forti, resilienza e migliore supporto sociale.	Fattori protettivi
	MeLife Mature Market Institute (2010)	N = 1.206 Popolazione = LGBT Età = 45-64 ^b	Quantitativo	Il 74% percepisce che il proprio status di minoranza abbia favorito la maturazione di punti di forza personali e interpersonali: flessibilità, autosufficienza, apertura verso l'altro, padronanza nelle questioni legali e finanziarie, capacità di far fronte alle avversità. Il 74% degli uomini gay e il 76% delle donne lesbiche vive più o meno apertamente la propria identità sessuale rispetto al 16% delle persone bisessuali e al 39% di quelle transgender.	Fattori protettivi Occultamento
	Mills <i>et al.</i> (2004)	N = 438 ^a Popolazione = G Età = 55+	Quantitativo	Il 17% del sotto-campione costituito da uomini anziani gay riporta un disturbo di tipo depressivo. I predittori più forti della depressione sono la mancanza di un partner, le violenze subite ed i sentimenti di alienazione rispetto alla comunità LGB.	Salute mentale
	Ramirez-Valles, Dirkes e Barrett (2014)	N = 182 Popolazione = GB Età = 55+	Quantitativo	La salute percepita correla positivamente con le fonti di supporto emotive, mentre la depressione è negativamente associata al supporto e alla conoscenza da parte degli operatori di salute dell'orientamento sessuale dei pazienti.	Fattori protettivi
	Rawls (2004)	N = 372 Popolazione = G Età = 50-85	Quantitativo	Quasi il 5% del campione non ha mai parlato a nessuno del proprio orientamento sessuale; circa la metà del gruppo lo ha fatto prima dei 21 anni, mentre quasi un quarto solo dopo i 26. Inoltre, il tasso di uomini disclosed cala significativamente all'aumentare dell'età.	Occultamento

segue tab. 1

Autori	Campione	Metodo	Risultati principali	Dimensioni del minority stress
Shippy, Cantor e Brennan (2004)	N = 233 Popolazione = G Età = 50-87	Quantitativo	Il 36% del campione ha un partner e circa il 90% si dichiara soddisfatta della propria vita. Il 30% del campione riporta sentimenti depressivi.	Salute mentale
Valamis <i>et al.</i> (2000)	N = 1.313 Popolazione = LB Età = 50+	Quantitativo	Le donne lesbiche hanno un tasso statisticamente più elevato di disturbo depressivo rispetto alle donne eterosessuali (15-17% Vs 11%).	Salute mentale
Van Wagenen, Driskell e Bradford (2013)	N = 22 Popolazione = LGBT Età = 60+	Qualitativo	Questo lavoro evidenzia le modalità tramite le quali il <i>framework</i> del <i>successful aging</i> può essere modificato per descrivere le esperienze di invecchiamento nelle persone anziane LGBT. La maggior parte dei temi emersi dalle interviste sono comuni sia alle persone anziane LGBT che eterosessuali. Altri, invece, sono direttamente collegati allo status LGBT.	Fattori protettivi
Wallace <i>et al.</i> (2011)	N = 1.052 Popolazione = LGB Età = 50-70	Quantitativo	Circa la metà degli uomini GB dichiara di vivere da sola, rispetto al 13,4% degli uomini eterosessuali; per le donne LB, la quota si attesta al 28,3%, rispetto al 20% delle donne eterosessuali. Le donne LB hanno percentuali più elevate di disagio psicologico rispetto agli uomini GB (28% Vs. 22%) Le persone anziane gay e bisessuali hanno più probabilità di riportare ipertensione e diabete rispetto alle persone anziane eterosessuali.	Stigma interiorizzato Salute mentale
Zaritky e Dibble (2010)	N = 42 coppie di sorelle Popolazione = L ed E Età = 50+	Quantitativo	Il confronto tra coppie di sorelle, l'una eterosessuale l'altra lesbica, rileva che le sorelle lesbiche presentano un rischio più elevato di cancro al seno, ovarico ed endometriale, ma inferiore per il cancro alla cervice.	Salute fisica

L = Lesbiche; G = Gay; B = Bisessuali; T = Transgender; E = Eterosessuali

^a Nella tabella è stata inserita solo la numerosità effettiva delle persone anziane LGBT. I campioni degli studi citati erano dunque costituiti, oltre al campione di persone anziane LGBT, anche da campioni di controllo o da campioni di persone LGBT appartenenti a fasce d'età differenti da quella anziana.

^b Il range d'età del campione reclutato non rispetta pienamente i criteri di inclusione della presente rassegna. Ciononostante, questi report sono stati egualmente inseriti per la loro rilevanza internazionale.

Stress e minoranze: il funzionamento del *minority stress*

La prospettiva del *minority stress* ha avuto un'ampia risonanza nell'ambito degli studi psicosociali che si sono occupati della popolazione LGBT, affermandosi come una delle più fruttuose prospettive teoriche utilizzate dalla ricerca nell'ambito della salute biopsicosociale delle persone appartenenti alle minoranze sessuali e di genere. Elaborata dallo psichiatra epidemiologo Ilan Meyer (1995, 2003, 2007), essa trova la sua premessa nel fatto che le minoranze sessuali, così come tutti i gruppi minoritari, esperiscono uno stress cronico causato dalla continua stigmatizzazione sociale, postulando che ogni condizione sociale caratterizzata da pregiudizio e discriminazione rappresenti uno *stressor*. Secondo Meyer (2007), il *minority stress* ha 3 caratteristiche. Esso è: 1) unico, poiché rappresenta un fattore additivo ai fattori di stress generali vissuti da tutte le persone; 2) cronico, poiché è collegato a delle sottostanti strutture socio-culturali relativamente stabili ed indipendenti dall'individuo (come, ad esempio, l'eterosessismo); 3) socialmente basato, dato che deriva da processi sociali, istituzionali e strutturali, anch'essi indipendenti dall'individuo.

Nel contesto delle circostanze ambientali in cui si colloca l'individuo, Meyer concettualizza processi di stress distali e prossimali. I processi distali sono *stressors* oggettivi indipendenti dall'individuo poiché agenti al di là del suo controllo. I processi prossimali, invece, sono dipendenti dall'individuo poiché hanno a che fare con i suoi sentimenti, i suoi pensieri e le sue azioni, ovvero con le percezioni soggettive e le personali valutazioni.

I processi distali e prossimali del *minority stress* sono posti su un *continuum* ambientale, al cui interno agiscono differenti *stressors*. Dai processi distali a quelli prossimali, gli *stressors* sono: 1) eventi e condizioni stressanti esterni ed oggettivi, cronici ed acuti (stigma vissuto); 2) aspettative che questi eventi accadano e conseguente vigilanza (stigma percepito); 3) occultamento del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere (*concealment*) e 4) interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società (stigma interiorizzato).

Lo *stigma vissuto* si riferisce alle discriminazioni e alle violenze subite, quali ad esempio abusi verbali, fisici e sessuali, oppure barriere strutturali ed istituzionali la cui causa è la non conformità sessuale e/o di genere. Lo *stigma percepito*, invece, ha a che fare con le aspettative di rifiuto e discriminazione. Meyer (2007) sostiene che le persone LGBT, a causa delle continue stigmatizzazioni sociali, imparano ad anticipare cognitivamente le considerazioni negative della cultura dominante e, per evitare discriminazioni, mantengono alta la vigilanza. Quest'ultima finisce per diventare cronica poiché evocata

di continuo nella vita quotidiana. Lo stigma percepito, dunque, spinge a mettere in atto una serie di strategie finalizzate a difendersi dallo stigma vissuto, quali ad esempio nascondere l'orientamento sessuale e/o l'identità di genere agli altri. Tale occultamento (*concealment*), nonostante sia utilizzato come strategia di coping, può divenire ulteriore fonte di stress, poiché non consente alle persone di beneficiare del supporto sociale della comunità di appartenenza. Infine, sul versante più prossimale, c'è lo *stigma interiorizzato*, ovvero l'insieme di atteggiamenti e sentimenti che una persona può arrivare a provare nei confronti del proprio o dell'altrui orientamento sessuale o identità di genere, avendo interiorizzato tutti i pregiudizi negativi, i valori e gli atteggiamenti discriminatori che ricorrono nelle società eterosessiste.

Oltre agli *stressors*, Meyer identifica anche alcuni fattori protettivi che possono alleviare gli effetti del *minority stress*, quali la solidarietà o la coesione di gruppo. In questo caso, dunque, stress, resilienza e strategie di coping interagiscono e, insieme, predicono lo sviluppo di disturbi mentali. Meyer differenzia tra risorse che operano a livello individuale – come la personalità – e quelle che operano, invece, a livello gruppale. A livello individuale, le persone LGBT possono utilizzare una serie di strategie di coping o avere buone capacità di resilienza. A livello gruppale, invece, le strategie di coping possono espletarsi tramite l'associazionismo, il supporto al gruppo minoritario stigmatizzato o il senso di comunità.

La prospettiva teorica del *minority stress*, infine, sostiene che gli *stressors* – sia oggettivi che soggettivi – hanno un effetto negativo diretto sulla salute psico-fisica delle persone LGBT. Tale effetto, a sua volta, può diventare indiretto se moderato dai fattori protettivi.

I processi del *minority stress* negli anziani LGBT

Stigma vissuto

Lo studio *Caring and Aging with Pride* (CAP) (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011) ha rilevato che l'82% del campione reclutato, costituito da 2.560 persone anziane LGBT, ha subito almeno una volta discriminazioni o vittimizazioni in relazione al proprio orientamento sessuale o alla propria identità di genere, mentre più del 60% ne ha subite tre o quattro. Si tratta soprattutto di insulti verbali (65%) e violenza fisica (40%), con tassi significativamente più elevati negli uomini che nelle donne. Similmente, uno studio di D'Augelli e Grossman (2001) riporta che, su un campione di 416 partecipanti LGBT dai 60 ai 91 anni, complessivamente il 36% ha esperito abusi verbali e il 29% molestie fisiche. Inoltre, i livelli maggiori di vittimizzazione sono

stati riportati dai partecipanti, soprattutto uomini, che vivevano più apertamente il proprio orientamento sessuale e che avevano effettuato da tempo il *coming out*. Le percentuali di stigma vissuto sono risultate più elevate nelle persone transgender rispetto a quelle LGB. Il CAP, ad esempio, riporta che per le persone transgender di oltre 50 anni, la media di abusi sale a sei incidenti nel corso della vita. Su questa scia, una *survey* online su un piccolo campione di 30 persone anziane transgender tra i 50 e i 70 anni ha rilevato che quasi il 65% ha esperito abuso emotivo e psicologico più di una volta nella propria vita (Cook-Daniels e Munson, 2010). Al contrario, lo studio *Injustice at Every Turn* (Grant *et al.*, 2011), rivolto a 6.456 partecipanti transgender, tra i quali il 13% di età compresa tra i 55 e gli 89 anni di età, ha evidenziato nei soggetti anziani una minore probabilità, rispetto alla fascia più giovane, di aver esperito violenza domestica (13%-14% Vs. 19%), aggressione fisica nelle scuole (10%-20% Vs. 23%) o in altro luogo pubblico (3%-6% Vs. 8%) e aggressione sessuale sul luogo di lavoro (2%-3% Vs. 6%). Lo stesso studio ha, però, rilevato che il 29% dei soggetti tardo-adulti – tra i 55 e i 64 anni – e degli anziani ultrasessantacinquenni ha perso il lavoro a causa della propria identità di genere.

Un ambito di particolare interesse in questa sede riguarda le difficoltà che gli individui LGBT possono incontrare rispetto all'accesso ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le discriminazioni nella fornitura di servizi agli utenti LGBT e alle loro famiglie, la mancanza di norme inclusive e di conoscenze scientifiche adeguate da parte del personale medico e infermieristico (IOM, 2011) confluiscono nelle cosiddette *health disparities*. A tal proposito, del vasto campione reclutato nel CAP, il 13% ha riportato episodi in cui l'assistenza medica è stata erogata in maniera insoddisfacente o addirittura negata. In *Injustice at Every Turn*, infine, emerge che al 20% dei soggetti transgender tra i 55 e i 64 anni e all'8% degli ultrasessantacinquenni è stata negata assistenza da un operatore sanitario a causa dell'identità di genere o della storia personale, mentre una percentuale che varia dall'11% al 12% ha riportato esperienze di aggressione verbale o mancanza di rispetto all'interno di uno studio medico o in ospedale.

Stigma percepito

La consapevolezza dell'atteggiamento negativo che la società assume nei confronti delle identità LGBT è spesso fonte di vergogna per chi vi si riconosce. Tale consapevolezza può associarsi ad una paura oppressiva di andare incontro ad un'esperienza reale di discriminazione. Il contesto in cui la ricerca ha evidenziato maggiormente l'incidenza di tale vissuto è quello socio-

sanitario. Alcuni autori (ad es., Ponce *et al.*, 2010) hanno suggerito che lo stigma percepito spiegherebbe le significative disparità in cui si imbattono le persone LGBT nell'accesso all'*health care*, sviluppando titubanza nel rivolgersi ai servizi o addirittura evitamento. In età anziana, in particolare, la ricerca ha evidenziato la resistenza a cercare assistenza e supporto medico o psicologico all'interno di un contesto socio-sanitario che storicamente ha discriminato e patologizzato la propria comunità di appartenenza (ad es., McFarland e Sanders, 2003). A tal proposito, Brotman, Ryan e Cormier (2003), utilizzando dati ricavati da focus group di individui LGBT di età adulta, hanno evidenziato l'associazione tra esperienze di discriminazione e un'inferiore probabilità di rivolgersi a tali servizi. Ancora, uno studio indetto dall'organismo californiano *Transgender Law Center*, condotto su un campione di 646 adulti transgender, di cui 80 di età superiore ai 55 anni, ha rilevato che il 30% dei partecipanti ha rifiutato di cercare assistenza sanitaria per evitare di incorrere in discriminazioni da parte degli operatori sanitari (Hartzell *et al.*, 2009). Similmente, un lavoro del *National Senior Citizens Law Center* (2011) rivolto a 769 individui tra persone LGBT ultrasessantacinquenni, loro familiari ed operatori sanitari, riporta che l'80% dei partecipanti ha dichiarato di non credere che i clienti anziani possano vivere apertamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere in tali contesti, essendo alta la probabilità di imbattersi in discriminazione, isolamento, abuso e trascuratezza, sia da parte dei residenti sia da parte dello staff.

Una delle sfide legate alla popolazione anziana LGBT, inoltre, è la discriminazione proveniente dalla stessa comunità LGBT. Questo tema emerge dallo studio qualitativo di Brotman, Ryan e Cormier (2003), nel quale è stata riscontrata la forte preoccupazione dei partecipanti rispetto agli effetti che l'invecchiamento può avere sulla comunità omosessuale, in particolare quella maschile, intrisa di valori legati alla giovinezza, alla bellezza e alla prestanza fisica. Questo dato, oltre a minare il senso di appartenenza al gruppo, sembra anche incrementare il vissuto di invisibilità sociale esperito dagli individui anziani. Di recente, infatti, è stato introdotto in letteratura il costrutto dell'*internalized gay ageism*, ovvero il sentimento di svalutazione a causa della propria duplice condizione di anziano e gay (Wight *et al.*, 2015).

Occultamento

Considerando la dimensione dell'occultamento e dell'invisibilità, alcune ricerche hanno esplorato il rapporto tra le persone anziane ed il compito evolutivo del *coming out*. Ad esempio, Grov e colleghi (2006) hanno condotto

un'indagine trasversale con 2.733 partecipanti reclutati ad una serie di eventi LGB a New York e a Los Angeles. Lo studio ha rilevato che i partecipanti appartenenti alla fascia più giovane (18-24) hanno effettuato il *coming out* ad un'età inferiore rispetto alla coorte più anziana (> 55 anni) e che nelle donne il processo di *coming out* iniziava in media due anni più tardi rispetto agli uomini. Sulla stessa scia, Rawls (2004) ha riscontrato che quasi il 5% del campione di uomini gay reclutato (372 soggetti tra i 50 e gli 85 anni) non aveva mai parlato a nessuno del proprio orientamento sessuale. Al contrario, circa la metà del gruppo lo aveva fatto prima dei 21 anni, mentre quasi un quarto solo dopo i 26. Inoltre, il tasso di uomini *disclosed* calava significativamente all'aumentare dell'età. L'indagine statunitense condotta dal *MetLife Mature Market Institute* (2010), rispetto al *coming out*, registra un netto divario tra uomini e donne gay e lesbiche da un lato e bisessuali e transgender dall'altro: il 74% degli uomini gay e il 76% delle donne lesbiche vivevano più o meno apertamente il proprio orientamento sessuale rispetto ad appena il 16% delle persone bisessuali e al 39% di quelle transgender. Risultati analoghi emergono dallo studio di Fredriksen-Goldsen e colleghi (2012) condotto con un campione di 2.439 individui anziani LGB ultracinquantenni: gli autori hanno rilevato livelli più elevati di *sexual identity concealment* nei partecipanti bisessuali rispetto a quelli omosessuali. Un altro studio di Fredriksen-Goldsen e colleghi (2014a), infine, ha riscontrato nel gruppo transgender maggiori tassi di *concealment* rispetto alla controparte LGB.

Stigma interiorizzato

La coorte attuale di individui anziani LGBT ha vissuto la propria giovinezza in un contesto storico-culturale in cui i significati e i valori condivisi sull'omosessualità rimanevano saldamente ancorati alle aree semantiche della patologia. Tale prospettiva è stata sottoposta ad un processo di decostruzione nel mondo occidentale solo negli ultimi decenni. È dunque presumibile che nella generazione dei *baby boomers*, lo stigma sociale sia stato interiorizzato in modo incisivo e drammatico, fondando la credenza, nelle persone non eterosessuali e transgender, di essere anormali e patologiche e portando al consolidamento di sentimenti di odio e disprezzo verso se stessi.

A tal proposito, del vasto campione preso in considerazione dallo studio CAP, circa il 26% ha dichiarato di aver negato in passato il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere. I livelli di stigma interiorizzato erano maggiori nei soggetti bisessuali, transgender ed ultraottantenni, sebbene questi ultimi abbiano riportato tassi di vittimizzazione più bassi.

Su questa scia, si pone il dato di ricerca presente in letteratura circa gli

alti tassi di *singlehood* tra persone appartenenti alle minoranze sessuali e di genere. Nello studio del *MetLife Mature Market Institute* (2010), il 42% del gruppo di *baby boomers* LGBT ha dichiarato di essere single, rispetto al 27% del gruppo generale. Uno studio californiano su soggetti tra i 50 e 70 anni (Wallace *et al.*, 2011) ha riportato che circa la metà degli uomini GB ha dichiarato di vivere da sola, rispetto al 13.4% degli uomini eterosessuali; per le donne LB, la quota si attestava al 28.3%, rispetto ad uno scarso 20% delle donne eterosessuali. Da un punto di vista teorico, de Vries (2015) suggerisce che questo fenomeno – riguardante soprattutto gli uomini gay – possa rappresentare sia una reificazione dello stigma istituzionale che fino a non molto tempo fa riservava alle sole coppie eterosessuali il riconoscimento delle unioni civili, sia un riflesso dei sentimenti di omofobia interiorizzata, che possono implicare un'autoesclusione preventiva da possibili relazioni sentimentali.

Salute mentale, benessere e qualità della vita

Idea diffusamente riportata in letteratura è la riconducibilità dell'alta incidenza di disturbi e problemi mentali allo status di minoranza marginalizzata, discriminata e vittimizzata (ad es., Huebner e Davis, 2007), in altre parole al *minority stress*.

Un recente studio (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014b) ha per la prima volta esaminato la qualità della vita ed i livelli di salute psico-fisica di un campione di persone anziane LGBT come indicatori di *successful aging*, tentando di individuare le differenze tra diversi gruppi di età: *young-old age* (50-64 anni; N = 1.078), *middle-old age* (65-79 anni; N = 1.138) e *old-old age* (dagli 80 in su; N = 247). Dai risultati è emerso che l'influenza delle discriminazioni e delle vittimizzazioni sulla qualità della vita e sulla salute sembra particolarmente forte nel gruppo delle persone *old-old age*. Gli autori hanno ipotizzato che, per le persone appartenenti a questo gruppo di età, l'occultamento dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere abbia rappresentato una misura protettiva e di sopravvivenza all'interno di una realtà storica altamente stigmatizzante e discriminante. Tuttavia, questi meccanismi potrebbero aver aumentato il senso di vulnerabilità rispetto alle conseguenze negative delle esperienze di discriminazione subite.

Nei prossimi paragrafi saranno esaminate alcune dimensioni specifiche legate alla salute mentale delle persone anziane LGBT, tra cui la depressione, le condotte suicidarie, il tabagismo e l'alcolismo, dimensioni che, in letteratura, sono risultate positivamente associate allo stigma.

Disagio generalizzato e depressione

In uno studio basato sui dati raccolti dal *Washington State Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) il 16% delle donne LB e il 13% degli uomini GB riportavano cattive condizioni di salute mentale (definite come 14 o più giorni di sofferenza psicologica durante i 30 giorni precedenti la rilevazione dei dati), rispetto al 9% delle donne e al 7% degli uomini anziani eterosessuali (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2013). Il lavoro di Wallace e colleghi (2011) ha esaminato i dati raccolti dal *California Health Interview Survey* (CHIS) negli anni 2003, 2005 e 2007, riferiti a soggetti tra i 50 e 70 anni: gli autori hanno rilevato percentuali più elevate di disagio psicologico nelle donne LB (28%) e negli uomini GB (22%). Alcuni studi (ad es., Russ *et al.*, 2012), hanno riscontrato che il disagio psicologico – fortemente rilevato nella popolazione di anziani LGBT (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2013; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014a; Wallace *et al.*, 2011) – può associarsi, anche quando i livelli non sono molto elevati, all'emergere prematuro di malattie croniche, in particolare cardiovascolari, e di conseguenza a morte prematura.

Spesso, disagio psicologico e depressione sono tra loro legati. In questo caso, la depressione è stata spesso assunta come un contrassegno dell'esperienza dell'anzianità LGBT e questa credenza ha presumibilmente indirizzato le ricerche verso il tentativo di verificarne la sussistenza. Infatti, Valanis e colleghi (2000), analizzando i dati del *Women's Health Initiative*, hanno riscontrato che una percentuale che varia dal 15% al 17% di donne lesbiche tra i 50 e i 79 anni è stata affetta da un disturbo depressivo, rispetto all'11% del sottogruppo costituito da donne eterosessuali. Ancora, Mills e colleghi (2004) hanno riscontrato che, in un campione costituito da 2.881 uomini gay, il 17% di ciascuno dei sottogruppi di età compresa tra i 50 e i 59 e tra i 60 e i 69 riportava un disturbo di tipo depressivo rispetto alla popolazione maschile in generale. I predittori più forti della depressione sono risultati essere la mancanza di un partner, le violenze subite ed i sentimenti di alienazione rispetto alla comunità LGB. Sulla stessa scia, Shippy, Cantor e Brennan (2004) hanno rilevato una sofferenza di tipo depressivo nel 30% di un campione costituito da 233 uomini gay tra i 50 e gli 87 anni. Questa stessa percentuale è stata riscontrata anche nello studio CAP.

Condotte suicidarie

I tentativi di suicidio e le ideazioni suicidarie riguardano ogni momento della vita delle persone LGBT. Molte di queste condotte e di questi pensieri,

infatti, possono insorgere in altre fasi del ciclo di vita (IOM, 2011). Considerando la fascia d'età degli anziani, in una ricerca precedentemente citata di D'Augelli e Grossman (2001), è stato riscontrato che il 13% del campione ha tentato il suicidio. Al contrario, la migliore salute mentale risulta essere correlata a più alti livelli di autostima, minore solitudine e minore omofobia interiorizzata. Rispetto alle donne, inoltre, gli uomini hanno riportato livelli significativamente maggiori di omofobia interiorizzata, abuso di alcolici e suicidalità legata all'orientamento sessuale. È risultato, inoltre, che i livelli di ideazione suicidaria lungo il corso della vita decrescono al diminuire dell'omofobia interiorizzata e della solitudine e all'aumentare del numero di persone messe al corrente del proprio orientamento sessuale. Infine, le persone anziane che hanno subito violenze fisiche riportavano maggiore solitudine, peggiori condizioni di salute mentale e un maggior numero di tentativi di suicidio. È da sottolineare che proprio la dimensione della solitudine è stata spiegata attraverso la prospettiva del *minority stress* (Kuyper e Fokkema, 2010): lo stigma vissuto e percepito, infatti, spiegano i maggiori livelli di solitudine, mentre la connessione alla comunità LGBT modera gli effetti della solitudine sulla salute.

Tabagismo e alcolismo

D'Augelli e Grossman (2001) hanno riscontrato negli uomini omosessuali livelli di uso di alcol significativamente maggiori rispetto alle donne. Tabagismo ed alcolismo, inoltre, sembrano essere maggiormente diffusi nella popolazione anziana LGBT rispetto a quella anziana generale (Gruskin *et al.*, 2007): il 68% delle donne anziane eterosessuali non ha mai fumato, rispetto al 43% delle donne lesbiche e al 51.3% di quelle bisessuali; allo stesso modo, il 27.3% degli uomini anziani gay si è dichiarato fumatore, di contro al 19.7% degli uomini eterosessuali (non è stata, invece, trovata alcuna differenza statisticamente rilevante tra uomini bisessuali ed eterosessuali).

Transgender

Alcuni studi sulla popolazione transgender hanno incluso soggetti anziani, per quanto i dati ad essi relativi spesso non vengano presentati separatamente (IOM, 2011). Tra i soggetti anziani transgender, nel confronto con un campione costituito da persone LGB non transgender, lo studio CAP riporta maggiori percentuali di tabagismo (15% Vs. 9%), abuso di alcol (12% Vs. 8%) e droghe (14% Vs. 11.5%), così come comportamenti a rischio di

contagio HIV (20% Vs. 18%). In questa popolazione è, inoltre, meno diffusa una regolare attività fisica (74% Vs. 82%). Lo stesso studio ha rilevato nei partecipanti transgender una probabilità circa due volte maggiore rispetto a quelli LGB non transgender di incorrere in ideazione suicidaria (71% Vs. 36%) e in problematiche di natura depressiva (48% Vs. 29%).

Salute fisica

Dean e colleghi (2000) riportano che le esperienze di trauma e discriminazione possono avere effetti nocivi nel corso di tutta la vita non solo sulla salute mentale ma anche su quella fisica. Se pensiamo agli alti tassi di violenza e discriminazione che le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere subiscono lungo l'arco di vita, insieme al limitato e difficoltoso accesso ai servizi socio-sanitari, non sorprendono i dati raccolti dallo studio CAP: quasi un quarto (23%) del campione, infatti, percepiva come cattive le proprie condizioni generali di salute. Gli studi citati nei sotto-paragrafi successivi, come i precedenti, hanno riscontrato un'associazione positiva tra stigma e problematiche legate alla salute fisica. Un recente studio, ad es., ha riscontrato un'associazione positiva tra lo stigma interiorizzato e le problematiche di salute fisica (Hoy-Ellis e Fredriksen-Goldsen, 2016).

Cancro, disturbi cardiovascolari e obesità

L'IOM (2011) sottolinea che l'elevata diffusione nelle minoranze sessuali di comportamenti a rischio, quali tabagismo ed alcolismo, così come l'obesità, aumentano il rischio di sviluppare cancro ovarico, al seno e al colon. A tal proposito, lo studio di Valanis e colleghi (2000) ha preso in esame un campione di 93.311 donne in menopausa tra i 50 e i 79 anni, suddiviso in sottogruppi in base all'orientamento sessuale dichiarato. Gli autori hanno riscontrato nei gruppi di donne con orientamento non eterosessuale non solo un più alto rischio di cancro al seno – la forma di cancro più frequente in tarda età – ma anche una minore probabilità di essersi recentemente sottoposte a Pap-test o mammografia. Le donne LB riportavano anche una maggiore incidenza di cancro alla cervice. Gli autori hanno rilevato nei due gruppi di donne lesbiche – *lifetime lesbians* e *adult lesbians* – un'incidenza lievemente inferiore di ictus e ipertensione rispetto agli altri gruppi, ma al contempo un più alto tasso di infarto miocardico. Lo studio di Zaritsky e Dibble (2010), invece, ha posto a confronto 42 coppie di sorelle, l'una eterosessuale l'altra lesbica; in questi coppie, almeno una delle due aveva 50 anni o più. Dallo

studio è emerso che le sorelle lesbiche presentavano un rischio più elevato di cancro al seno, ovarico ed endometriale, ma inferiore per il cancro alla cervice. Sulla stessa scia, dai dati del BRFSS, è emerso che le donne anziane LB esperiscono un rischio più elevato di disturbi cardiovascolari ed obesità rispetto al gruppo di donne anziane eterosessuali (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2013). Anche i dati ottenuti dal CHIS indicano che i soggetti anziani gay e bisessuali hanno più probabilità di riportare ipertensione e diabete rispetto alla controparte eterosessuale (Wallace *et al.*, 2011). Fredriksen-Goldsen e colleghi (2011) hanno riscontrato, inoltre, che il 45% degli individui anziani LGBT riporta problemi di pressione sanguigna alta, il 43% di colesterolo alto ed il 6% attacchi cardiaci. Le donne anziane lesbiche e bisessuali, infine, presentano un rischio più elevato di essere in sovrappeso e sviluppare obesità rispetto alle donne anziane eterosessuali.

HIV/AIDS

Come riportato dall'IOM (2011), circa il 29% della popolazione americana affetta da AIDS attualmente è al di sopra dei 50 anni e anche se la percentuale di uomini gay inclusi in queste stime non è chiara, essa è presumibilmente ampia, considerato che più della metà di tutte le nuove infezioni da HIV negli Stati Uniti riguarda la cosiddetta categoria dei *men who have sex with men*. Infatti, le persone anziane LGB presentano una probabilità più alta di sottoporsi a vaccini anti-influenzali e a test specifici per l'HIV rispetto ai coetanei eterosessuali (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2013). A tal proposito, uno studio recente di Emler e colleghi (2015) rivolto a 135 uomini anziani gay e bisessuali sessualmente attivi e sieropositivi, ha riscontrato un'associazione positiva tra i processi del *minority stress* e i comportamenti sessuali a rischio. Nello specifico, l'omofobia interiorizzata e lo stigma vissuto rappresentano i predittori più significativi dei comportamenti a rischio, mentre il ricorso non frequente ai servizi sanitari e lo stress percepito mediano la relazione tra l'omofobia interiorizzata ed i comportamenti a rischio.

Transgender

Per quanto riguarda la popolazione transgender, il CAP segnala tassi più elevati di insufficienza cardiaca (20% Vs. 12%), diabete (33% Vs. 14%), obesità (40% Vs. 25%), asma (33% Vs. 15%) e disabilità (62% Vs. 46%) rispetto ai partecipanti LGB non transgender. Non sono emerse differenze significative tra i campioni rispetto ai livelli di pressione sanguigna e artrite,

mentre il gruppo transgender ha riportato più basse frequenze di HIV/AIDS (4% Vs. 9%) e cancro (16% Vs. 19%). Ciononostante, le persone anziane transgender hanno mostrato maggiore probabilità di stimare le proprie condizioni di salute come cattive (33% Vs. 22%).

I rischi di salute per le persone anziane transgender sono legati al più alto rischio di diabete, policistosi ovarica ed ictus (Feldman, 2007), nonché di cancro al seno, ovarico, uterino o alla prostrata, come esito della terapia ormonale (Feldman e Goldberg, 2007). Come riportano Weinand e Safer (2015), anche se non riferito specificamente alle persone anziane transgender, il trattamento ormonale può aumentare il rischio di trombosi nelle donne transgender, mentre di policitemia negli uomini transgender. Allo stesso modo, Williams e Freeman (2005) suggeriscono che la salute di molte persone anziane transgender sia ad elevato rischio rispetto a soggetti più giovani a causa del protrarsi a lungo dell'uso di ormoni. Essi possono esacerbare gli effetti dell'invecchiamento, come problemi cardiaci e polmonari. Fredriksen-Goldsen e colleghi (2014a), invece, hanno esplorato il ruolo di alcune variabili psicosociali quali mediatori della relazione tra l'identità di genere e gli esiti avversi di salute: *minority stressors*, fattori protettivi, barriere finanziarie per l'accesso ai servizi socio-sanitari, paura di accedere a tali servizi e comportamenti collegati alla salute, tra cui l'assenza di attività fisica e l'obesità. Gli autori hanno riscontrato che la vittimizzazione e lo stigma interiorizzato rappresentano i fattori di rischio che spiegano la più alta proporzione delle problematiche di salute.

Fattori protettivi

In linea con la prospettiva del *minority stress*, la popolazione di anziani LGBT è in grado di utilizzare specifiche risorse per far fronte allo stigma, mitigando l'effetto negativo dello stress sulla salute (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014b; Van Wagenen, Driskell e Bradford, 2013). In questa sede, saranno esaminate due dimensioni specifiche che, nella letteratura gerontologica LGBT riferita ai fattori di protezione, appaiono le più ricorrenti: la *crisis competence* ed il supporto sociale.

Crisis competence

Molti studi hanno messo in risalto le abilità di coping e le competenze peculiari che la popolazione anziana LGBT mostrerebbe di fronte alle difficoltà, ai compiti di sviluppo e alle sfide connesse al processo di invecchiamento.

mento. In particolare, un'ipotesi che da diversi decenni attraversa la letteratura sul tema descrive le persone LGBT come più adatte a far fronte ai cambiamenti correlati all'insorgere della terza età, avendo esse costruito nel corso dell'arco di vita strategie e abilità mentali per far fronte alla non facile condizione di appartenenza ad una minoranza. Questa prospettiva è denominata in letteratura *crisis competence* (Balsam e D'Augelli, 2006) ed è alla base della formulazione teorica di Friend (1990) che, in quest'ottica, applica la prospettiva del *successful aging* all'esperienza delle persone anziane omosessuali. L'autore pone in termini di opportunità lo status di minoranza, che offre la possibilità di svincolarsi dalle definizioni identitarie ancorate ai tradizionali ruoli di genere e dalle assunzioni pregiudiziali connesse all'età anziana. L'aver ricostruito attivamente la propria identità sociale e sessuale attraverso il processo di *coming out* avrebbe condotto gli individui LGBT allo sviluppo di competenze che permettono un adattamento più agevole all'invecchiamento. Queste teorizzazioni sono state empiricamente riscontrate in uno studio qualitativo più recente di Van Wagenen, Driskell e Bradford (2013).

Da uno studio commissionato dal *MetLife Mature Market Institute* (2006), è emerso che il 38% di un campione costituito da 1.000 partecipanti LGBT considera gli aspetti positivi che nella propria vita sono derivati dall'appartenenza ad una minoranza sessuale o di genere: tratti caratteriali forti, resilienza e migliore supporto sociale. Riproposto nel 2010 con un campione di 1.206 persone, lo studio ha riscontrato che nel 74% dei partecipanti è presente l'idea che il proprio status di minoranza abbia favorito la maturazione di punti di forza personali e interpersonali: flessibilità, autosufficienza, apertura verso l'altro, padronanza nelle questioni legali e finanziarie, capacità di far fronte alle avversità (*MetLife Mature Market Institute*, 2010).

Supporto sociale

Se la letteratura gerontologica in generale consta di una robusta evidenza circa gli effetti positivi del supporto sociale sul benessere psicofisico delle persone anziane, il contributo positivo delle reti sociali – in particolare amicali – per le persone LGBT sembra essere molto più potente (per es., Ramirez-Valles, Dirkes e Barret, 2014; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011). Il supporto dei pari svolge la peculiare funzione di mitigare l'impatto dello stigma, oltre che promuovere esiti migliori di salute mentale (Masini e Barrett, 2008). *Family of choice* è l'espressione coniata da Weston (1991) per indicare quelle reti affettive e di sostegno in cui la logica della scelta si sostituisce ai legami di sangue come principio organizzativo. Queste famiglie, variamente composte da amici, partner, ex-partner e colleghi di lavoro, sono per

le persone anziane LGBT fonte di sostegno emotivo che spesso sopperisce a quello assente della famiglia di origine.

Il supporto di una famiglia elettiva nella propria vita è stato riconosciuto da più di due terzi del campione reclutato nello studio del *MetLife Mature Market Institute* (2010). Una ricerca di de Vries e Megathlin (2009), condotta con soggetti ultracinquantenni, ha posto a confronto i significati prevalenti attribuiti all'amicizia per le persone omosessuali e per quelle eterosessuali. Donne lesbiche e uomini gay tendono maggiormente a definire l'amicizia in termini di fiducia, lealtà, impegno, cura e dedizione reciproci, e in misura minore fanno riferimento alla condivisione di attività. Secondo gli autori, la co-appartenenza alla comunità LGBT fonda un sentimento di solidarietà, riconoscimento e supporto reciproco che rende primario il ruolo dell'amicizia rispetto alle possibilità di adattamento nel processo di invecchiamento. A tal proposito, dallo studio di Fredriksen-Goldsen e colleghi (2011), è emerso che il supporto e le reti sociali fungono da fattori protettivi, abbassando il rischio di disabilità, cattive condizioni generali di salute e depressione.

Raccomandazioni di ricerca

Rintracciando alcune aree che la ricerca statunitense ha esplorato sull'anzianità LGBT, il presente lavoro si propone di rendere disponibile soprattutto allo scenario italiano delle coordinate a cui poter far riferimento nella progettazione di futuri piani di indagine e ricerca sul tema.

Un'area particolarmente problematica è quella relativa al campionamento della popolazione LGBT. Gli studi esaminati, infatti, sono stati in gran parte realizzati attraverso la procedura dello *snowball sampling* con campioni perlopiù reclutati durante eventi e manifestazioni pubbliche, come i *gay pride*. È chiaro che queste procedure rappresentano un limite intrinseco, poiché non considerano il punto di vista di altre sotto-popolazioni, quali quelle che non partecipano ad eventi pubblici e che non fanno parte della comunità LGBT più visibile. La stessa problematica è da riscontrare nella tipologia degli studi che, quasi sempre, sono di tipo *cross-sectional*, offrendo quindi un'istantanea della situazione psicosociale. Disegni di ricerca longitudinali potrebbero offrire interessanti prospettive gettando luce sulle traiettorie attraverso cui l'orientamento sessuale e l'identità di genere, nei loro molteplici aspetti, vengono costruiti ed esperiti nel tempo. In particolare, quesiti di ricerca stimolanti riguardano i cambiamenti che, dalla giovane età fino ad arrivare all'età anziana, avvengono nella salienza di queste dimensioni identitarie: le per-

sone anziane LGBT, infatti, possono giungere anche solo in tarda età a confrontarsi con le vicissitudini psichiche e sociali legate al compito evolutivo del *coming out* e/o al processo di transizione di genere.

Un'altra area problematica riguarda le caratteristiche socio-demografiche dei campioni reclutati. Le ricerche presentate, infatti, sono state prevalentemente rivolte a donne e uomini bianchi omosessuali di età non superiore agli 85 anni. Le persone bisessuali, transgender, non caucasiche e senza privilegi di cittadinanza – come i migranti – risultano sottorappresentate. Va anche sottolineato che, seppure molte ricerche abbiano considerato più range di età, non sempre l'età è stata considerata come un fattore determinante, limitando di fatto la capacità di questi studi di comprendere le peculiarità che connotano le specifiche coorti. Per di più, l'acronimo LGBT si riferisce ad una popolazione diversificata per etnia, status socio-economico e coorte di età (Scandurra *et al.*, 2017a) e ciascuna di queste dimensioni, in interazione reciproca, risulta critica rispetto alle esperienze di vita. Appare necessario, allora, sul piano della ricerca, il ricorso ad un approccio multi-metodo, oltre che ad una prospettiva interdisciplinare, nel tentativo di abbracciare l'eterogeneità della popolazione LGBT.

Considerando, infine, il contesto italiano – ad eccezione di uno studio di Pietrantonio, Sommantico e Graglia (2000) che, per l'assenza del primo criterio di inclusione utilizzato nel presente lavoro, non è stato inserito nella rassegna – sono quasi del tutto assenti indagini di carattere esplorativo volte a mappare la popolazione anziana LGBT nel territorio, documentando caratteristiche quali etnia, status socio-economico, qualità della vita, condizioni generali di salute mentale e fisica. Appare, allora, necessario che le scale e le misure utilizzate in ambito clinico e di ricerca considerino l'orientamento sessuale e l'identità di genere dei partecipanti (Scandurra *et al.*, 2017b). Dalla presente rassegna, sembra evidente che una tale esplorazione non dovrebbe prescindere dalle suggestioni psicosociali e cliniche provenienti dalla prospettiva del *minority stress*. I costrutti ivi identificati, infatti, rappresentano una guida fondamentale per i ricercatori ed i clinici in grado di fare luce sulle forme peculiari che i processi di stigmatizzazione e discriminazione hanno assunto nel contesto italiano e sui meccanismi attraverso cui le evoluzioni storico-politiche e socio-culturali si sono riverberate sull'esistenza delle persone appartenenti a questa minoranza, dando forma ad un fenomeno di invisibilità e disparità sociale, politica e sanitaria.

Occorre, infine, realizzare indagini valutative all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali per la terza età, volti ad esaminarne l'accessibilità e la responsività rispetto all'utenza costituita da persone LGBT, così come il grado di soddisfazione rispetto ai servizi ricevuti ed i tassi di utilizzo effettivo degli stessi.

Conclusioni

Il binarismo di genere e l'eteronormatività contribuiscono senza dubbio a relegare l'anzianità LGBT a pericolose forme di invisibilità sociale. Tuttavia, anche l'assenza di uno sguardo scientifico a questa specifica popolazione può contribuire alla produzione di invisibilità, traducendosi in un rischio per la salute biopsicosociale a causa della sottovalutazione dei bisogni di salute specifici. Partendo da questa consapevolezza, il presente lavoro intende segnalare un ritardo nella ricerca scientifica italiana che rischia di creare una grave lacuna nell'efficienza dei servizi sociali e sanitari a cui la persona anziana LGBT ha diritto di accesso. Prendere consapevolezza della peculiarità e della complessità delle questioni affrontate in età anziana dalle persone che hanno identità o esperienze LGBT è un primo passo verso la costruzione di un solido supporto scientifico e culturale su cui poter fondare programmi di intervento che possano intercettare i bisogni peculiari della popolazione target, gettando le basi per lo sviluppo di politiche sociali innovative e realmente inclusive.

Riferimenti bibliografici

- Amodeo A.L., Vitelli R., Scandurra C., Picariello S. and Valerio P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16 (1): 49-61. DOI: 10.1080/15532739.2015.1022680
- Balsam K.F. and D'Augelli A.R. (2006). The victimization of older LGBT adults: Patterns, impact, and implications for intervention. In: Kimmel D., Rose T. and David S. (eds.), *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging: Research and Clinical Perspectives*. New York: Columbia University Press, pp. 110-130.
- Brotman S., Ryan B. and Cormier R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43 (2): 192-202. DOI: 10.1093/geront/43.2.192
- Cook-Daniels L. (2015). Transgender aging: What practitioners should know. In: Orel N.A. and Fruhauf C.A. (eds.), *The Lives of LGBT Older Adults: Understanding Challenges and Resilience*. Washington: APA, pp. 193-215.
- Cook-Daniels L. and Munson M. (2010). Sexual violence, elder abuse, and sexuality of transgender adults, age 50+: Results of three surveys. *Journal of GLBT Family Studies*, 6 (2): 142-177. DOI: 10.1080/15504281003705238
- D'Augelli A. and Grossman A. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (10): 1008-1027. DOI: 10.1177/088626001016010003
- de Vries B. (2015). Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. In: Orel N.A. and Fruhauf C.A. (eds.), *The Lives of LGBT Older Adults: Understanding Challenges and Resilience*. Washington: APA, pp. 55-71. DOI: 10.1037/14436-003
- de Vries B. and Megathlin D. (2009). The meaning of friendship for gay men and lesbians in

- the second half of life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5 (1): 82-98. DOI: 10.1080/15504280802595394
- Dean L., Meyer I.H., Robinson K., Sell R.L., Sember R., Silenzio V.M.B., Bowen D.J., Bradford J., Rothblum E., Scout M.A., White J., Dunn P., Lawrence A., Wolfe D. and Xavier J. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4 (3): 101-151. DOI: 10.1023/A:1009573800168
- Emler C.A., Fredriksen-Goldsen K.I., Kim H.J. and Hoy-Ellis C. (2015). The relationship between sexual minority stigma and sexual health risk behaviors among HIV-positive older gay and bisexual men. *Journal of Applied Gerontology*, 22: 1-22. DOI: 10.1177/0733464815591210
- Feldman J. (2007). Preventive care of the transgendered patient: An evidence-based approach. In: Ettner R., Monstrey S. and Eyler A.E. (eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery*. New York: Haworth Press, pp. 33-72.
- Feldman J.L. and Goldberg J.M. (2007). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9 (3-4): 3-34. DOI: 10.1300/J485v09n03_02
- Fredriksen-Goldsen K.I., Cook-Daniels L., Kim H.J., Erosheva E.A., Emler C.A., Hoy-Ellis C.P., Goldsen J. and Muraco A. (2014a). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54 (3): 488-500. DOI: 10.1093/geront/gnt021.
- Fredriksen-Goldsen K.I., Emler C.A., Kim H.J., Muraco A., Erosheva E.A., Goldsen J. and Hoy-Ellis C.P. (2012). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53 (4): 664-75. DOI: 10.1093/geront/gns123.
- Fredriksen-Goldsen K.I., Kim H.J., Berkan S.E., Muraco A. and Hoy-Ellis C.P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results form a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103 (10): 1802-1809. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301110
- Fredriksen-Goldsen K.I., Kim H.J., Emler C., Muraco A., Erosheva E.A., Hoy-Ellis C.P. and Petry H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen K.I., Kim H.J., Shiu C., Goldsen J. and Emler, C.A. (2014b). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55 (1): 154-168. DOI: 10.1093/geront/gnu081
- Fredriksen-Goldsen K.I. and Muraco A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32 (3): 372-413. DOI: 10.1177/0164027509360355
- Friend R.A. (1990). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. *Journal of Homosexuality*, 20 (3-4): 99-118. DOI: 10.1300/J082v20n03_07
- Grant J.M., Mottet L.A., Tanis J., Harrison J., Herman J.L. and Keisling M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. DC: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Grov C., Bimbi D.S., Nanin J.E. and Parsons J.T. (2006). Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among lesbian, and bisexual individuals. *The Journal of Sex Research*, 43 (2): 115-121. DOI: 10.1080/00224490609552306
- Gruskin E.P., Greenwood G.L., Matevia M., Pollack L.M. and Bye L.L. (2007). Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *American Journal of Public Health*, 97 (8): 1496-1502. DOI: 10.2105/AJPH.2006.090258
- Harley D.A. and Teaster P.B. (eds.) (2016). *Handbook of LGTB elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and policies*. New York: Springer
- Hartzell E., Frazer M.S., Wertz K. and Davis M. (2009). *The state of transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health Survey*. San Francisco,

- CA: Transgender Law Center. Retrieved from: <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2012/07/95219573-The-State-of-Transgender-California.pdf>
- Hoy-Ellis, C.P. and Fredriksen-Goldsen, K.I. (2016). Lesbian, gay, & bisexual older adults: Linking internal minority stressors, chronic health conditions, and depression. *Aging and Mental Health*, 20 (11): 1119-1130 DOI: 10.1080/13607863.2016.1168362
- Huebner D.M. and Davis M.C. (2007). Perceived anti-gay discrimination and physical health outcomes. *Health Psychology*, 26 (5): 627-634. DOI: 10.1037/0278-6133.26.5.627
- Institute of Medicine (IOM) (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington: National Academies Press. DOI: 10.17226/13128
- Kimmel D.C., Rose T. and David S. (eds.) (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press. DOI: 10.1080/08952840903044717
- Kuyper L. and Fokkema T. (2010). Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (5): 1171-1180. DOI: 10.1007/s10508-009-9513-7
- Masini B.E. and Barrett H.A. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well-being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20 (1-2): 91-110. DOI: 10.1080/10538720802179013
- McFarland P.L. and Sanders S. (2003). A pilot study about the needs of older gays and lesbians: What social workers need to know. *Journal of Gerontological Social Work*, 40 (3): 67-80. DOI: 10.1300/J083v40n03_06.
- MetLife Mature Market Institute (2006). *Out and aging: The MetLife study of lesbian and gay baby boomers*. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute. Retrieved from: <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/mmi-out-aging-lesbian-gay-retirement.pdf>
- MetLife Mature Market Institute (2010). *Still out, still aging: The MetLife study of lesbian, gay, bisexual, and transgender baby boomers*. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute. Retrieved from: <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2010/mmi-still-out-still-aging.pdf>
- Meyer I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1): 38-56. DOI: 10.2307/2137286
- Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5): 674-697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer I.H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In: Meyer I.H. and Northridge M.E. (eds.), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Springer, pp. 242-267. DOI: 10.1007/978-0-387-31334-4_10
- Mills T.C., Paul J., Stall R., Pollack L., Canchola J., Chang Y.J., Moskowitz J.T. and Catania, J.A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *American Journal of Psychiatry*, 161 (2): 278-285. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.2.278
- National Senior Citizens Law Center (2011). *LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field*. Washington, DC: Author. Retrieved from: http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/NSCLC_LGBT_report.pdf
- Orel N.A. and Fruhauf C.A. (eds.) (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience*. Washington: APA. DOI: 10.1080/1550428X.2015.1071953
- Pietrantonio L., Sommantico M. e Graglia M. (2000). Anzianità impreviste. Una ricerca su omosessualità e terza età [Unforeseen seniority. A research on homosexuality and elderly]. *La Rivista di Servizio Sociale*, 40 (1): 31-42.
- Ponce N.A., Cochran S.D., Pizer J.C. and Mays V.M. (2010). The effects of unequal access

- to health insurance for same-sex couples in California. *Health Affairs*, 29 (8): 1539-1548. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0583
- Ramirez-Valles, J., Dirkes, J. and Barrett, H.A. (2014). Gayby boomers' social support: Exploring the connection between health and emotional instrumental support in older gay men. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(2-4): 218-234. DOI: 10.1080/01634372.2013.843225
- Rawls T.W. (2004). Disclosure and depression among older gay and homosexual men: Findings from the Urban Men's Health Study. In: Herdt G. and De Vries B. (eds.), *Gay and Lesbian Aging: Research and Future Directions*. New York: Springer, pp. 117-141.
- Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimäki M. and Batty G.D. (2012). Association between psychological distress and mortality: Individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 345: 1-14. DOI: 10.1136/bmj.e4933
- Scandurra C., Picariello S., Valerio P. and Amodeo A.L. (2017a). Sexism, homophobia and transphobia in a sample of Italian pre-service teachers: The role of sociodemographic features. *Journal of Education for Teaching*, 43 (2): 245-261. DOI: 10.1080/02607476.2017.1286794
- Scandurra C., Amodeo A.L., Bochicchio V., Valerio P. and Frost D.M. (2017b). Psychometric characteristics of the Transgender Identity Survey in an Italian sample: A measure to assess positive and negative feelings towards transgender identity. *International Journal of Transgenderism*, 18 (1): 53-65. DOI: 10.1080/15532739.2016.1241975
- Shippy R., Cantor M.H. and Brennan M. (2004). Social networks of aging gay men. *The Journal of Men's Studies*, 13 (1): 107-120. DOI: 10.3149/jms.1301.107
- Valanis B.G., Bowen D.J., Bassford T., Whitlock E., Charney P. and Carter R.A. (2000). Sexual orientation and health: Comparisons in the women's health initiative sample. *Archives of Family Medicine*, 9 (9): 843-853.
- Van Wagenen A., Driskell J. and Bradford J. (2013). "I'm still raring to go": Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies*, 27 (1): 1-14. DOI: 10.1016/j.jaging.2012.09.001
- Wallace S.P., Cochran S.D., Durazo E.M. and Ford C.L. (2011). The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California. *Policy Brief UCLA Center for Health Policy Research* (PB2011-2), 1-8.
- Weinand J.D. and Safer J.D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2 (2): 55-60. DOI: 10.1016/j.jcte.2015.02.003
- Weston K. (1991). *Families we choose: Lesbians, gays, kinship*. New York: Columbia University Press.
- Wight R.G., LeBlanc A.J., Meyer I.H. and Harig F.A. (2015). Internalized gay ageism, mattering, and depressive symptoms among midlife and older gay-identified men. *Social Science & Medicine*, 147: 200-208. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.10.066
- Williams M.E. and Freeman P.A. (2005). Transgender health: Implications for aging and caregiving. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18 (3-4): 93-108. DOI: 10.1300/J041v18n0306
- Witten T.M. and Eyler A.E. (2012). Transgender and aging: Beings and becomings. In: Witten T.M. and Eyler A.E. (eds.), *Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Aging: Challenges in Research, Practice, and Policy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 187-269.
- Zaritsky E. and Dibble S.L. (2010). Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *Journal of Women's Health*, 19 (1): 125-131. DOI: 10.1089/jwh.2008.1094