



Monographic Section

Le normative a contrasto alle terapie di conversione sessuale. Un'analisi socio-giuridica

GIACOMO VIGGIANI

Università degli Studi di Brescia, Italia

Email: giacomo.viggiani@unibs.it

Citation: Viggiani, G. (2025). *Le normative a contrasto alle terapie di conversione sessuale. Un'analisi socio-giuridica*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», Vol. 15, n. 30: 67-84. doi: 10.36253/cambio-18265

© 2025 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<https://www.fupress.com>) and distributed, except where otherwise noted, under the terms of the CC BY 4.0 License for content and CC0 1.0 Universal for metadata.

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

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

Abstract. This article offers a comparative analysis of the legal frameworks adopted across various jurisdictions to prohibit or restrict so-called “conversion therapies”. These practices, aimed at repressing or altering the sexual orientation and gender identity of LGBT+ individuals, are widely condemned by the scientific community for their ineffectiveness and harmful psychological consequences. The article proposes a typology of four normative paradigms (regulatory-deontological, limited prohibitionist, integral prohibitionist, and anti-regulatory) and compares them along several key dimensions: legal basis, protected subjects, banned practices, and applicable sanctions. The analysis highlights both strengths and weaknesses of existing legal strategies and stresses the need to complement legal bans with cultural and educational measures. It calls for a structural and intersectional approach to LGBT+ rights, moving beyond medicalized or minor-centered protections.

Keywords: conversion therapy, reparative therapy, LGBT+, sexual orientation, gender identity, vulnerability.

INTRODUZIONE

Il 17 maggio 2025 si è conclusa con successo una raccolta firme per chiedere alla Commissione Europea di presentare una proposta legislativa volta a vietare le c.d. terapie di conversione sessuale all'interno del territorio dell'Unione Europea. Il progetto, avviato nell'ambito dello strumento di democrazia partecipativa previsto dall'art. 11, comma 4, del Trattato di Lisbona – c.d. Iniziativa dei cittadini europei – si propone di: 1) includere le terapie di conversione nell'elenco dei crimini europei; 2) modificare la Direttiva 2012/29/UE, al fine di stabilire standard minimi per i diritti, il sostegno e la protezione delle vittime di tali pratiche; e 3) far adottare al Parlamento europeo una risoluzione che inviti gli Stati membri a introdurre un divieto di legge per queste terapie nei rispettivi ordinamenti. L'Iniziativa

dei cittadini europei non ha valore vincolante, ma la Commissione europea adesso sarà costretta a prendere posizione. Ma di cosa stiamo parlando esattamente?

Per terapia di conversione sessuale – talvolta denominata anche terapia riparativa¹ – si intende, storicamente, un insieme di interventi finalizzati a modificare, reprimere o sopprimere l'orientamento sessuale omosessuale. Negli ultimi anni, tuttavia, sono venuti alla ribalta sempre più episodi rivolti a persone transgender e non binarie. Le terapie di conversione si articolano in tre principali tipologie, ciascuna fondata su diverse credenze eziologiche riguardanti le identità LGBT+.

Una prima variante delle terapie di conversione sessuale consiste in interventi medici di diversa natura, che spaziano dai trattamenti farmacologici, come la somministrazione di ormoni (Rosenzweig Hoskins, 1941: 87 ss.), shock farmacologici (Newdigate, 1940: 65 ss.) e trattamenti con stimolanti e tranquillanti (Katz 1976: 129 ss.), fino a vere e proprie operazioni chirurgiche, Nello specifico, l'isterectomia e la clitoridectomia (Katz 1976: 129 ss.), l'ovariectomia (Daniel 1983: 255 ss.), la castrazione (Talbot & Ellis 1896: 341 ss.), la chirurgia del nervo pudico (Hughes 1904: 68 ss.) e la lobotomia (Friedlander & Banay 1948: 303 ss.). Questi interventi si fondano sulla convinzione che l'identità sessuale delle persone LGBT+ costituisca una patologia di origine fisica e/o biologica.

Nella seconda variante, le terapie di conversione assumono frequentemente la forma di percorsi psicoterapeutici (Bassi, Galli 2009; Graglia 2009; Minolli 2003: 85 ss.; Mitchell 2003: 3 ss.; Newbiggin 2003: 276 ss.; Roughton 2002: 733 ss.; Vaughan et al. 2008: 325 ss.; Drescher 1998: 19 ss.). Tali percorsi possono includere trattamenti cognitivo-comportamentali – come la riformulazione del desiderio, il reindirizzamento dei pensieri o l'evitamento degli “stimoli scatenanti” –, tecniche di condizionamento psicologico (Cautela 1967: 464 ss.; Rutner 1970: 256 ss.; McConaghy et al. 1981: 425 ss.), l'elettroshock (Max 1935: 734 ss.; Liebman 1967: 945 ss.) e l'ipnosi (Quackenbos 1899: 69 ss.; Miller 1963: 411 ss.). In questa prospettiva, l'identità sessuale delle persone LGBT+ è concepita come una patologia psichica: una nevrosi, una devianza, un'anomalia o comunque una condizione patologica riconducibile a traumi o esperienze pregresse.

In una terza variante, le terapie di conversione sessuale si configurano come percorsi di natura religiosa o spirituale, condotti sotto la guida di una figura spirituale o di un leader religioso. Nei casi più estremi, tali percorsi possono includere punizioni fisiche o rituali come l'esorcismo. In questa prospettiva, l'identità sessuale delle persone LGBT+ è interpretata come una manifestazione del male, un peccato da espiare e da cui purificarsi attraverso la preghiera, la lettura di testi sacri, la penitenza, la partecipazione a ritiri spirituali e l'adesione ai precetti religiosi.

Al di là delle differenze, tutte e tre le varianti delle terapie di conversione si fondano su un presupposto indimostrato, ma assunto come norma naturale, cioè che l'orientamento sessuale, l'identità di genere e/o l'espressione di genere delle persone LGBT+ siano intrinsecamente sbagliati. Questo presupposto si pone in netto contrasto con le posizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle principali organizzazioni professionali del settore². Inoltre, tutte le terapie di conversione condividono un duplice assunto erroneo: da un lato, l'idea che tali dimensioni siano frutto di una scelta volontaria; dall'altro, la convinzione che possano essere modificate attraverso un atto di volontà o “curate” mediante specifici interventi terapeutici.

Vi è poi un ulteriore elemento che accomuna tutte le forme di terapia di conversione: la loro sostanziale inefficacia. Numerosi studi hanno infatti dimostrato che i tentativi di modificare l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona non solo si rivelano inefficaci, ma violano la dignità umana e il principio di uguaglianza, contribuendo alla stigmatizzazione delle persone LGBT+. Oltre a essere inutili, queste pratiche sono spesso associate a un aumento del disagio legato alla propria identità sessuale (Dehlin et al. 2015: 95 ss.), frequentemente aggravato

¹ L'approccio c.d. riparativo può essere fatto risalire all'inizio degli anni '80, quando la psicologa britannica Elizabeth Moberly (1983) conio l'espressione “spinta riparativa” per riferirsi all'omosessualità maschile, interpretando il desiderio sessuale di un uomo per altri uomini come il tentativo di compensare – o riparare, appunto – il mancato rapporto tra padre e figlio durante l'infanzia. Il successo dell'espressione si deve tuttavia a Joseph Nicolosi, punto di riferimento moderno per chi è convinto che «la condizione omosessuale non [sia] un'espressione benigna della diversità umana» (Nicolosi 2010: 31).

² Dal 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rimosso l'omosessualità dalla classificazione delle malattie mentali, e dal 2019 anche la transessualità non è più considerata un disturbo, segnando un ulteriore passo verso la depatologizzazione delle identità sessuali e di genere.

da un senso di colpevolizzazione per il fallimento del trattamento (Flentje et al. 2014: 1242 ss.), a comportamenti compulsivi, depressione, ansia (Jacobsen, Wright 2014: 664 ss.), disturbi dissociativi (Fjelstrom 2013: 801 ss.), a livelli più bassi di soddisfazione nella vita e a una maggiore propensione al suicidio (Ryan et al. 2018: 1 ss.), in particolare tra i soggetti in età adolescenziale (Lytle et al. 2018: 644 ss.) o tra coloro che appartengono a comunità religiose (Lefevor et al. 2019: 355 ss.).

Nonostante alcune di queste terapie – in particolare nella loro versione psicoanalitica – siano ancora praticate in Europa³ e nel mondo⁴, le principali organizzazioni professionali si sono espresse pubblicamente contro il loro utilizzo⁵. Tra queste, l'American Psychological Association (in sigla APA) ha assunto una posizione netta, affermando che «gli psicologi riconoscono che gli orientamenti sessuali non sono malattie mentali e che i tentativi di modificarli causano danni ai soggetti coinvolti» (APA 2021: 4)⁶. Una posizione analoga è stata adottata dalla European Psychiatric Association (in sigla EPA)⁷. Allo stesso modo il *Rapporto sulle terapie di conversione*, redatto dall'esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basate su orientamento sessuale e identità di genere, descrive le terapie di conversione come «interventi profondamente dannosi, fondati sull'idea – clinicamente infondata – che le persone LGBT+ e di genere non conforme siano malate, infliggendo loro gravi sofferenze fisiche e psicologiche e provocando danni duraturi» (UN 2020). Nel 2018 Human Rights Campaign ha incluso questi trattamenti tra le violazioni dei diritti umani (Human Rights Campaign 2018). Proprio per evitare di attribuire a tali pratiche una parvenza di legittimità terapeutica, la stessa APA ha raccomandato di non definirle come “terapie”, preferendo invece i termini *Sexual Orientation Change Efforts* (SOCE) e, in parallelo, *Gender Identity Change Efforts* (GICE) (APA 2009).

A livello eurounitario, il Parlamento Europeo ha sollecitato gli Stati membri a vietare le pratiche di conversione nelle risoluzioni del 2018⁸ e del 2021⁹. La Commissione Europea ha affrontato il tema delle pratiche di conversione attraverso la *LGBTIQ Equality Strategy 2020-2025* – «Pratiche dannose come [...] le terapie di conversione rivolte alle persone LGBTIQ possono avere gravi ripercussioni sulla salute fisica e mentale» (European Commission 2020: 14) –, mentre nel 2023 il Consiglio d'Europa ha sollecitato un impegno degli Stati europei per vietarle, esortandoli a prendere iniziative in questa direzione (Mijatović 2023). Il già citato *Rapporto* dell'Esperto indipendente delle Nazioni Unite sull'orientamento sessuale e l'identità di genere ha inoltre raccomandato i Parlamenti nazionali di vietare le terapie di conversione attraverso una serie di misure concrete, come l'adozione di definizioni chiare delle terapie praticate, il divieto assoluto della loro pubblicizzazione, nonché l'introduzione di sanzioni proporzionate alla gravità delle violazioni, accompagnate da procedure efficaci per l'indagine, il perseguimento e la punizione di tali condotte (UN 2020).

³ Sebbene non esistano ancora dataset completi che misurino con precisione la diffusione delle pratiche di conversione nell'UE – soprattutto perché queste avvengono spesso in modo occulto – si stima che circa il 5% delle persone LGBT+ abbia ricevuto un'offerta per sottoporvisi e che il 2% vi sia effettivamente passato, anche se i numeri reali potrebbero essere ben più alti (cfr. European Parliament 2022; HRC Foundation 2022).

⁴ Secondo Outright International (2019) forme diverse di *conversion therapies* sono ancora diffuse in almeno 68 Paesi. Cfr. anche IRCT (2020).

⁵ Per una panoramica delle posizioni assunte dalle principali organizzazioni per la salute mentale in merito alle terapie di conversione, si rimanda all'elenco disponibile al seguente indirizzo: <https://www.hrc.org/resources/policy-and-position-statements-on-conversion-therapy>.

⁶ Cfr. anche Nakamura et al. (2022: 953 ss.).

⁷ La dichiarazione è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.europsyche.org/Resources/EAP-Guidelines-and-Position-Statements/EAP-Statement-on-Conversion-Therapy>

⁸ Risoluzione del 14 febbraio 2019, *Sul futuro dell'elenco di azioni a favore delle persone LGBTI (2019-2024)*, 2019/2573(RSP). Questa risoluzione invita la Commissione Europea a presentare una nuova strategia LGBTI e sollecita gli Stati membri a vietare le cosiddette “terapie di conversione”, riconoscendole come pratiche che violano i diritti umani.

⁹ Risoluzione dell'11 marzo 2021, *L'UE come zona di libertà per le persone LGBTIQ*, 2021/2557(RSP). In questa risoluzione, il Parlamento Europeo dichiara l'UE una “zona di libertà per le persone LGBTIQ” e condanna le pratiche discriminatorie, inclusi i tentativi di “conversione”, esortando gli Stati membri a vietarle.

Alla luce delle convergenti posizioni espresse dai principali organismi internazionali, le terapie di conversione devono essere qualificate come pratiche crudeli, inumane o degradanti, con effetti profondamente dannosi sulla salute fisica e mentale dei soggetti coinvolti, e pertanto oggetto di una necessaria proibizione. Il consenso ormai ampiamente consolidato tra psicologi, psichiatri e associazioni professionali circa la normalità e la salute mentale delle persone LGBT+ contribuisce a delegittimare ulteriormente queste pratiche, spesso fondate su presupposti pseudoscientifici.

Nonostante ciò, affrontare il fenomeno delle terapie di conversione resta complesso, soprattutto quando si manifesta in contesti non medicalizzati o in forme più sottili e difficili da identificare. Inoltre, esistono ancora ordinamenti giuridici che promuovono ufficialmente tali pratiche, presentandole come “cure” per le persone LGBT+. Un caso emblematico è quello del Ghana, dove recentemente è stato discusso in Parlamento un disegno di legge anti-LGBT+ che prevedeva l’obbligo di sottoporsi a qualche forma di terapia di conversione come alternativa alla detenzione; tale disposizione è stata successivamente stralciata dal testo legislativo.

Ciò premesso a titolo di sintetico inquadramento delle principali caratteristiche e del contesto entro cui si collocano le terapie di conversione, il presente saggio si propone di analizzare e confrontare, in un’ottica comparata, il crescente numero di normative nazionali volte a vietare o contrastare tali pratiche (Graham 2009; Drescher, Schwartz 2016). L’obiettivo è quello di evidenziare analogie e differenze lungo alcune dimensioni chiave: la base giuridica adottata (penale, civile, deontologica, amministrativa), l’ambito materiale e personale di applicazione (in particolare rispetto all’età dei soggetti tutelati e alla tipologia degli autori coinvolti), nonché le sanzioni previste e i meccanismi di *enforcement*. L’analisi si propone altresì di mettere in luce le criticità più ricorrenti nei diversi ordinamenti, come ad esempio i limiti nella definizione normativa delle pratiche di conversione, le difficoltà probatorie o le lacune nella protezione dei soggetti adulti.

Dal punto di vista metodologico, la riflessione si fonda sull’analisi documentale di fonti normative, documenti ufficiali, atti parlamentari e rapporti redatti da organizzazioni internazionali e professionali, con l’obiettivo di ricostruire gli sviluppi legislativi più recenti e di individuare buone pratiche e criticità sistemiche. L’approccio comparativo adottato mira, infine, a offrire una mappatura ragionata delle strategie normative oggi in campo, utile sia per valutare l’efficacia delle misure esistenti, sia per orientare future iniziative legislative volte a tutelare i diritti delle persone LGBT+ da trattamenti lesivi della loro dignità, salute e integrità psico-fisica.

IL DIVIETO DI TERAPIE DI CONVERSIONE SESSUALE

Negli ultimi anni un numero crescente di ordinamenti ha adottato normative che vietano o limitano la pratica e/o la diffusione delle terapie di conversione attraverso due principali modalità: affidandosi alle associazioni professionali o di categoria (mediche, psichiatriche o psicologiche), incaricate di adottare misure di autoregolamentazione nei confronti propri affiliati, accompagnate da proporzionate sanzioni disciplinari; oppure intervenendo direttamente attraverso l’introduzione in un divieto di legge, prevedendo sanzioni penali e/o amministrative. Questa diversità di approccio si riflette nell’ambito materiale di applicazione, che è circoscritto ai soli professionisti della salute mentale, nel primo caso, mentre non si ravvisano analoghe limitazioni soggettive nel secondo caso. Anche l’ambito personale di applicazione risulta eterogeneo: taluni ordinamenti subordinano l’applicazione del divieto alla condizione di minorità o di vulnerabilità del paziente, mentre altri estendono il divieto a qualunque soggetto, indipendentemente dalla maggiore età (e/o dal consenso eventualmente prestato). Sulla base di queste differenze, è possibile individuare almeno quattro paradigmi principali, che si distinguono per l’ambito di applicazione, la fonte normativa (legge, regolamento, codice deontologico), il soggetto tutelato, e la natura delle sanzioni previste.

Paradigma regolatorio-deontologico

In un primo modello, che possiamo definire *regolatorio-deontologico*, l'unico presidio contro le terapie di conversione è rappresentato dai codici deontologici professionali ovvero dai regolamenti interni agli ordini professionali, soprattutto nel campo della psicologia e della medicina.

Un primo esempio in questo senso è certamente rappresentato dal Brasile, il quale è stato anche il primo ordinamento in assoluto ad imporre restrizioni a livello nazionale contro le terapie di conversione sessuale, configurandosi così a tutti gli effetti come pionieristico.

Nel febbraio 1999, il Conselho Federal de Psicologia (in sigla CFP) – un ente pubblico autonomo che opera sotto la supervisione del Ministero del Lavoro, con il potere normativo di regolamentare l'attività professionale degli psicologi abilitati sul territorio nazionale – ha adottato la Risoluzione n. 1/99, un provvedimento che ha ridefinito gli standard etici e protocollari per l'esercizio della professione psicologica in Brasile. In particolare, attraverso tale documento il CFP ha introdotto l'obbligo per psicologhe e psicologi brasiliani di conformarsi ai parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e alla Classificazione Internazionale delle Malattie, che non considerano più l'omosessualità una patologia, specificando che:

Art. 3. os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados

[I/le psicologi/he non metteranno in atto alcuna azione che favorisca la patologizzazione di comportamenti o pratiche omoerotiche, né adotteranno misure coercitive volte a indirizzare persone omosessuali verso trattamenti non richiesti]

Art. 4. Os psicólogos não se pronunciarão, nem participarão de pronunciamentos públicos, nos meios de comunicação de massa, de modo a reforçar os preconceitos sociais existentes em relação aos homossexuais como portadores de qualquer desordem psíquica

[I/le psicologi/he non si pronunceranno né parteciperanno a dichiarazioni pubbliche, nei mezzi di comunicazione di massa, in modo da rafforzare i pregiudizi sociali esistenti nei confronti delle persone omosessuali come portatrici di qualche disturbo psichico]

La Risoluzione 1/99 fa però manifestatamente riferimento al solo orientamento sessuale, senza includere l'identità o l'espressione di genere. Questa lacuna è stata colmata ad alcuni anni dopo con l'adozione della Risoluzione n. 1/2018, la quale, oltre ad estendere il campo di applicazione della precedente Risoluzione, ha introdotto definizioni specifiche di identità e espressione di genere, nonché di cisnormatività, descritta come

o regramento social que reduz a divisão das pessoas apenas a homens e mulheres, com papéis sociais estabelecidos como naturais, postula a heterossexualidade como única orientação sexual e considera a conjugalidade apenas entre homens e mulheres cisgêneros

[un sistema di regole sociali che riduce la varietà delle identità umane a una rigida dicotomia tra uomini e donne, attribuendo loro ruoli sociali considerati "naturali", postulando l'eterosessualità come unico orientamento sessuale legittimo e riconoscendo la coniugalità esclusivamente tra uomini e donne cisgender].

Con questa seconda Risoluzione il CFP ha così vietato agli psicologi brasiliani di compiere qualsiasi azione che contribuisca alla patologizzazione delle persone transgender, nonché di proporre, realizzare o collaborare con eventi o servizi che abbiano come scopo la conversione, il cambiamento, o il riorientamento dell'identità di genere delle persone transgender.

Infine, con la Risoluzione 16/2024 il CFP ha affrontato la questione dell'intersessualità, definita come una variazione naturale del sesso biologico, che comprende caratteristiche corporee congenite non riconducibili ai modelli binari medico-sociali maschio/femmina. In modo del tutto analogo alle due precedenti, la nuova Risoluzione ha imposto specifici divieti professionali, tra cui quello di promuovere la patologizzazione della condizione *intersex* e di utilizzare strumenti, metodi e tecniche psicologiche con l'obiettivo di suggerire o indurre una normalizzazione genitale.

Le indicazioni deontologiche e regolamentari del CFP hanno suscitato forti critiche da parte dei settori conservatori della società brasiliana, in particolare di estrazione religiosa, spesso legati all'evangelismo, che le hanno stigmatizzate come una violazione della libertà individuale dei pazienti e del diritto al libero esercizio della professione psicologica. Una delle voci più critiche nei confronti della risoluzione è stata quella del Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos (in sigla CPPC), che riunisce professionisti della salute mentale di ispirazione cristiana. L'organizzazione, che si propone di promuovere studi sul rapporto tra psicologia, teologia e filosofia ebraico-cristiana, ha più volte contestato l'impianto normativo delle Risoluzioni del CFP, accusando quest'ultimo di ostacolare l'espressione di una visione alternativa – e confessionale – dell'identità e dell'orientamento sessuale (Sposito 2012: 102)¹⁰. Sono state così avviate numerose azioni legali, sia a livello locale che federale, nel tentativo di ottenere l'annullamento delle Risoluzioni, con risultati alterni. Nel gennaio 2020, il Supremo Tribunale Federale ha comunque posto fine alla questione rigettando il ricorso, sebbene la decisione si sia concentrata principalmente su questioni procedurali legate alla legittimazione ad agire e all'ammissibilità, senza entrare nel merito delle terapie di conversione (ILGA 2020: 87). Iniziative per abrogare le Risoluzioni del CFP sono state presentate anche a livello parlamentare, ma nessuna di esse ha mai avuto successo (Gama 2009: 9).

Un secondo esempio del paradigma regolatorio-deontologico è rappresentato da Israele. Nel 2014 l'Israel Psychological Association (in sigla IPA) ha rilasciato una presa di posizione ufficiale per condannare le terapie di conversione, definendole pericolose, scorrette e contrarie all'etica professionale. Oltre a precisare che esse contraddicono il principio di rispetto dell'autonomia e della dignità della persona e impongono «רדס' רצוי הרמה לופיט» [un'agenda terapeutica prestabilita], contraria all'essenza del trattamento psicologico, il documento sottolinea che il terapeuta deve «לע וגהלו עדימ ציפהל, הלבקו תונלבוס לש הריווא התפל רוזעל גולוכיספה לע» [promuovere la tolleranza, diffondere informazioni corrette e proteggere le minoranze perseguitate] e «טרפב ולופיטל מינופה לעו ללכב פדרנ טועימ האצותכ אלו תימינפ היצביטומ דותמו ישפוחה ונוצרמ לופיט שקבמ לפוטמהש אדוול לפטמה לע» [«accertarsi che la richiesta di trattamento sia libera e non imposta da pressioni esterne, familiari, sociali o religiose»]¹¹. Nel gennaio 2019, l'Israel Medical Association, (in sigla IMA) ha adottato una posizione ufficiale che vieta ai propri membri di praticare le terapie di conversione. La IMA, che rappresenta circa il 90% dei medici israeliani, ha dichiarato che tali trattamenti sono inefficaci e possono causare danni psicologici significativi, come ansia, depressione e tendenze suicide. Di conseguenza, i membri che continuano a offrire queste pratiche rischiano l'espulsione dall'associazione. Nello stesso anno, anche l'IPA ha ribadito il divieto deontologico di tali pratiche, ribadendo che esse violano i principi fondamentali dell'etica professionale.

Il Ministero della Salute israeliano ha accolto con favore le posizioni espresse dalla comunità scientifica contro queste terapie, rilasciando a sua volta una dichiarazione ufficiale di condanna. In tale occasione, il dicastero ha sottolineato che l'orientamento sessuale non è una condizione patologica da correggere e che ogni tentativo di modificarlo è privo di fondamento scientifico nonché potenzialmente dannoso per la salute mentale della persona. Con circolare del 14 febbraio 2022 il Ministero della Salute ha vietato ufficialmente ai professionisti sanitari – inclusi medici, psicologi e psicoterapeuti – di offrire o promuovere terapie finalizzate a modificare l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona.

Infine, un altro esempio del modello regolatorio-deontologico è rappresentato dall'Italia. L'Ordine Nazionale degli Psicologi italiani ha assunto una posizione netta, richiamandosi ai principi del proprio Codice deontologico, che vieta ogni forma di discriminazione basata sull'orientamento sessuale. In tale contesto, in un comunicato stampa del 8 gennaio 2008, l'Ordine ha affermato che «lo psicologo non può prestarsi ad alcuna “terapia riparativa” dell'orientamento sessuale di una persona», in quanto tali pratiche contravvengono ai principi deontologici della professione e si fondano sull'erronea premessa che l'omosessualità costituisca una psicopatologia. Nel 2010, inoltre, in occasione dell'intervento di Joseph Nicolosi, strenuo sostenitore delle terapie di conversione, a un convegno in

¹⁰ Il CPPC pubblica semestralmente una rivista chiamata *Psicoteologia* e, nel primo semestre del 2008, l'intero numero fu dedicato al tema dell'omosessualità. In esso si trovano resoconti degli impatti della Risoluzione CFP 01/99 nel contesto evangelico-cristiano, nonché testimonianze della persistenza di pratiche terapeutiche mirate al “trattamento” dell'omosessualità.

¹¹ La versione integrale del documento è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.gov.il/en/pages/05102014-01>.

Italia, è stato sottoscritto dai maggiori psicologi, psichiatri, psicoterapeuti, psicoanalisti, studiosi e ricercatori nel campo della salute mentale, inclusi i Presidenti degli Ordini, un documento per condannare ogni tentativo di patologizzare l'omosessualità, affermando che «qualunque trattamento mirato a indurre il/la paziente a modificare il proprio orientamento sessuale si pone al di fuori dello spirito etico e scientifico»¹².

Ciononostante, nel nuovo Codice Deontologico delle Psicoghe e degli Psicologi Italiani (in sigla CDPI) in vigore dal 1° dicembre 2023 non viene mai menzionato esplicitamente il divieto delle terapie di conversione. Una lettura integrata della Premessa etica, dei Quattro principi etici, e dell'Articolo 4, conduce nondimeno a concludere che tali pratiche sono incompatibili con i principi fondamentali che guidano la professione psicologica. Infatti, il Codice impone il rispetto della dignità, della libertà, dell'autonomia e della soggettività di ogni persona, promuovendo l'inclusività e vietando qualsiasi forma di discriminazione, anche implicita, sulla base dell'orientamento sessuale. L'Articolo 4, in particolare, richiede che lo psicologo rifiuti ogni collaborazione a iniziative che risultino lesive dei principi di rispetto, inclusività e non discriminazione. Le terapie di conversione, al contrario, violano i principi del Codice in quanto si basano su un presupposto scientificamente errato che considera l'omosessualità una condizione patologica da correggere, impongono un sistema di valori esterno e possono arrecare danni psicologici al paziente, violando il principio della buona pratica professionale.

Al di là delle specifiche differenze sottese a ogni ordinamento, risulta evidente che nel modello regolatorio-deontologico, e cioè in assenza di una vera e propria normativa statale, il divieto dipende dalla condotta dei professionisti della salute mentale; pertanto, è valido soltanto per gli iscritti a ordini professionali (es. psicologi, medici, psicoterapeuti) e dalla capacità di questi ultimi di imporre sanzioni disciplinari efficaci e dissuasive ai propri affiliati. Per lo stesso motivo non ha alcun impatto sugli interventi di conversione sessuale di natura spirituale o comunque non strettamente medica, se non forse a livello simbolico, laddove sia fatto divieto ai professionisti abilitati di rilasciare dichiarazioni pubbliche o partecipare a eventi che promuovono o legittimino le terapie di conversione sessuale.

Paradigma proibizionista limitato

In un secondo scenario, che possiamo definire *proibizionista limitato* il contrasto alle terapie di conversione sessuale si basa su una tutela selettiva, solitamente dei soggetti ritenuti vulnerabili, come i minori. Non di rado il divieto riguarda anche solo alcune forme o contesti di pratica, spesso limitati al settore sanitario formale.

Un esempio eminente in questo senso è certamente rappresentato dalla Germania. Sebbene infatti vi sia nel paese un'ampia accettazione delle persone LGBT+, fino a pochi anni fa la Bund katholischer Ärzte, un'organizzazione che riunisce medici di orientamento cattolico, dichiarava sul proprio portale che, pur non considerando l'omosessualità una malattia, sarebbero esistiti alcuni rimedi per sopprimere tali "inclinazioni". Tra di essi, l'associazione suggeriva trattamenti con dispositivi omeopatici, psicoterapia e consulenza spirituale (Borkens 2022).

Stante questa situazione, una forte pressione a vietare le terapie di conversione è arrivata dalla Bundesärztekammer, cioè la Federazione dei medici tedeschi, che nel 2014 ha rilasciato una dichiarazione secondo cui

[die] psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze nicht auf die Homosexualität als solche, sondern auf Konflikte, die mit der Homosexualität in Verbindung mit religiösen, gesellschaftlichen und internalisierten Normen entstehen, fokussieren sollten. So genannte "Konversions"- bzw. "reparative" Verfahren, die behaupten, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umwandeln zu können und den Eindruck vermitteln, dass Homosexualität eine Erkrankung sei, sind abzulehnen

[gli approcci psichiatrici e psicoterapeutici non devono concentrarsi sull'omosessualità in quanto tale, bensì sui conflitti che sorgono in connessione con l'omosessualità e con norme religiose, sociali e interiorizzate. I cosiddetti procedimenti "di conversione" o "ripa-

¹² Si veda il testo integrale della dichiarazione disponibile al seguente indirizzo: www.noriparative.it.

rativi”, che affermano di poter trasformare l’omosessualità in un comportamento asessuale o eterosessuale e danno l’impressione che l’omosessualità sia una malattia, devono essere respinti]¹³.

Nel 2020, in linea con questa posizione, il Parlamento tedesco ha approvato una legge che criminalizza la pratica delle terapie di conversione nei confronti dei minori (sotto i 18 anni) e degli adulti privi della capacità di prestare un consenso valido (*Willensmangel*), ad esempio nei casi di frode, coercizione o minaccia¹⁴. Il divieto si applica tutti i trattamenti volti a modificare o sopprimere l’orientamento sessuale o l’identità di genere, e proibisce qualsiasi forma di pubblicità o offerta relativa a tali terapie¹⁵. La legge qualifica la pubblicizzazione o l’offerta come illecito amministrativo (*Ordnungswidrigkeit*) punibile con una sanzione pecuniaria, mentre la somministrazione effettiva del trattamento costituisce reato, punibile con una multa fino a 30.000 euro ovvero con la reclusione fino a un anno¹⁶. La norma rafforza ulteriormente la tutela dei minori, prevedendo che gli adulti coinvolti nella loro vita (es. insegnanti) non debbano violare gravemente il proprio dovere di diligenza, ad esempio favorendo o somministrando terapie di conversione¹⁷. La legge può applicarsi anche a colloqui pastorali, qualora emerga un intento deliberato di influenzare o modificare l’orientamento sessuale dell’individuo.

Un secondo esempio di questo paradigma è rappresentato dalla Grecia. La normativa approvata nel 2022¹⁸ vieta ai professionisti sanitari – come psicologi e psichiatri – di sottoporre i minori e altri soggetti vulnerabili a pratiche finalizzate a modificare l’orientamento sessuale o l’identità di genere. La legge definisce queste pratiche come «κάθε μεταχείριση που αποσκοπεί να μεταβάλει ή να καταστείλει τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την ταυτότητα ή την έκφραση φύλου» [ogni trattamento volto a modificare o sopprimere l’orientamento sessuale, l’identità o l’espressione di genere]¹⁹. Il divieto riguarda esclusivamente i minori e gli adulti in condizione di particolare vulnerabilità (per esempio, soggetti a tutela legale), nonché i soli professionisti che operano dietro compenso, escludendo dunque gli adulti consenzienti e coloro che praticano terapie di conversione senza ricevere un corrispettivo economico, come accade nel caso di ministri o leader religiosi. La definizione stessa di “professionista” è limitata a chi «εφαρμόζει πρακτικές μεταστροφής έναντι οικονομικού ανταλλάγματος» [applica pratiche di conversione dietro compenso economico]²⁰. Per dare effettività al divieto, la legge introduce sanzioni penali e amministrative per i trasgressori, inclusi la reclusione, sanzioni pecuniarie e la sospensione della licenza professionale²¹. È inoltre vietata qualsiasi forma di promozione o pubblicità di tali pratiche da parte dei professionisti, anche qualora esse siano eseguite da terzi²².

Dunque, l’approccio proibizionista limitato si caratterizza per l’introduzione di un divieto di natura amministrativa ovvero penale circoscritto soltanto ai soggetti minori o, in alcuni casi, alle persone ritenute incapaci di intendere e di volere. Questo paradigma presenta alcuni vantaggi sul piano politico, in quanto risulta più facilmente accettabile in contesti pluralisti, dove coesistono visioni del mondo e valori differenti. Tuttavia, proprio per la sua natura limitata, esso rischia di creare una vasta zona grigia, soprattutto per quanto riguarda le terapie di conversione indirizzate ad adulti “consenzienti”. In particolare, la possibilità per gli adulti di accedere a queste pratiche con il proprio consenso lascia spazio a potenziali abusi, soprattutto in contesti religiosi o informali in cui il confine tra scelta libera e pressione sociale risulta spesso ambiguo. Si pone infatti la questione se tale consenso sia effettivamente informato

¹³ La versione integrale della dichiarazione *Konversions- bzw. “reparative” Verfahren bei Homosexualität* è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2014/media/applications/EVIII1.pdf>.

¹⁴ *Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen* (KonvBG), G. v. 12.06.2020 BGBl. I S. 1285 (Nr. 28). Per un approfondimento sulla legge tedesca, si veda Pescatore (2021).

¹⁵ Art. 3.

¹⁶ Art. 5.

¹⁷ Art. 5(2).

¹⁸ Legge n. 4931 (A’94/13-05-2022).

¹⁹ Art. 62, comma 2, lettera α).

²⁰ Art. 62, comma 1, lettera δ).

²¹ Art. 62, comma 3.

²² Art. 62, comma 1, lett γ).

o se derivi, per esempio, da sentimenti di vergogna o auto-negazione che sono il risultato diretto dello stigma e della discriminazione che proprio la normativa intende contrastare. Per lo stesso motivo, questo modello non sempre riesce a prevenire efficacemente le forme mascherate o informali di terapia di conversione, che possono continuare a essere praticate in contesti religiosi, familiari o associativi, sfuggendo di fatto a ogni controllo normativo.

Paradigma proibizionista integrale

All'interno di un terzo paradigma, che possiamo definire *proibizionista integrale*, le terapie di conversione sono vietate a livello statale, a prescindere dall'età del soggetto coinvolto, dal consenso prestato, e dal contesto in cui sono realizzate. La *ratio* è quella di considerare tali pratiche intrinsecamente lesive della dignità umana e quindi sempre inammissibili.

Un primo esempio di questo senso è rappresentato dall'ordinamento maltese. L'*Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity and Gender Expression Act* del 2016 ha infatti reso Malta il primo Paese europeo – e il primo dell'UE – a vietare le terapie di conversione sessuale. La normativa, di ampia portata, definisce queste ultime come «any treatment, practice or sustained effort that aims to change, repress and, or eliminate a person's sexual orientation, gender identity and, or gender expression»²³ [qualsiasi trattamento, pratica o sforzo prolungato volto a cambiare, reprimere e/o eliminare l'orientamento sessuale, l'identità di genere e/o l'espressione di genere di una persona]. La legge maltese, inoltre, criminalizza sia le terapie di conversione amministrative in contesti professionali che informali, sebbene la pena edittale sia differenziata: i professionisti riconosciuti colpevoli ai sensi di questa legge sono passibili di una sanzione tra i 2.000 e i 10.000 euro e della reclusione da tre mesi a un anno, mentre tutti gli altri con una sanzione i 1.000 e i 5.000 euro e con la reclusione da uno a cinque mesi. In entrambi i casi la pena è maggiorata se la terapia di conversione è eseguita su soggetti vulnerabili²⁴, che sono ampiamente definiti come i minori di 16 anni, le persone affette da disturbi mentali, ma anche le persone

considered by the competent court to be particularly at risk when taking into account the person's age, maturity, health, mental disability, other conditions including any situation of dependence, the psychological state and, or emotional state of that person.

[ritenute particolarmente a rischio dal tribunale competente tenendo conto dell'età, del grado di maturità, della salute, di eventuali disabilità mentali, di altre condizioni tra cui qualsiasi situazione di dipendenza, nonché dello stato psicologico e/o emotivo della persona]²⁵.

Quest'ultima categoria, in particolare, consente ai soggetti maggiorenni di ottenere giustizia nei casi in cui il loro consenso alla terapia di conversione sia stato estorto, ad esempio quando dipendono dalla famiglia ovvero sono privi di un'autonomia finanziaria.

A tutti, professionisti e non professionisti, indipendentemente dal fatto che ricevano o meno un compenso, è fatto divieto di pubblicizzare o promuovere queste terapie.

Va infine notato che la normativa maltese adotta una definizione ampia di professionista, che ricomprende non soltanto gli psicologi abilitati, ma

a person who is in possession of an official qualification and, or a warrant to practise as a counsellor, educator, family therapist, medical practitioner, nurse, pathologist, psychiatrist, psychologist, psychotherapist, social worker, and, or youth worker.

[una persona in possesso di una qualifica ufficiale e/o di un'autorizzazione all'esercizio della professione come consulente, educatore, terapeuta familiare, medico, infermiere, patologo, psichiatra, psicologo, psicoterapeuta, assistente sociale e/o operatore giovanile]²⁶.

²³ Art. 2.

²⁴ Art. 4.

²⁵ Art. 2 lett. c.

²⁶ Art. 2.

La Francia costituisce un secondo esempio di questo paradigma. Nel 2022, infatti, il Parlamento francese ha approvato in via definitiva un testo di legge²⁷ che vieta «les pratiques, les comportements ou les propos répétés visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale» [le pratiche, i comportamenti o le affermazioni ripetute volte a modificare o a reprimere l'orientamento sessuale o l'identità di genere e che comportano un'alterazione della sua salute fisica o mentale]²⁸.

Come nel caso maltese, a cui dichiaratamente si ispira, il divieto si applica a tutte le persone, professionisti e non professionisti, minorenni e adulti, indipendentemente dal consenso, sebbene la normativa francese non differenzi l'entità della pena edittale, che è per tutti due anni di reclusione e 30.000 euro di ammenda. Sono previste poi aumenti di pena, rispettivamente tre anni di reclusione e una multa di 45.000 euro, se ricorrono circostanze aggravanti, come nel caso in cui le terapie di conversione siano rivolte a minori o adulti vulnerabili. In questo contesto, la vulnerabilità è estesa alla possibilità di una condizione di dipendenza, dovuta a

à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, à un état de grossesse ou à la précarité de sa situation économique ou sociale, est apparente ou connue de leur auteur.

[all'età, malattia, infermità, disabilità fisica o psichica, gravidanza o precarietà della situazione economica o sociale, purché tali condizioni siano evidenti o conosciute dall'autore del reato]²⁹.

La pena è aggravata anche laddove il fatto sia realizzato attraverso l'uso di un servizio di comunicazione al pubblico online o tramite un supporto digitale o elettronico.

Inoltre, se il reato è commesso da una persona che esercita la potestà genitoriale sul minore, il tribunale può decidere la revoca totale o parziale di tale potestà. La normativa amplia anche le possibilità di ricorso legale e di mobilitazione sociale, consentendo a gruppi e associazioni di intentare azioni civili per conto delle vittime delle terapie di conversione sessuale.

La regolamentazione contiene tuttavia una clausola di salvaguardia importante a tutela della professione medica, in base alla quale «L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque le professionnel de santé invite seulement à la réflexion et à la prudence, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe»³⁰ [L'infrazione prevista al primo comma non sussiste quando il professionista sanitario si limita a invitare alla riflessione e alla prudenza, tenuto conto in particolare della giovane età, la persona che si interroga sulla propria identità di genere e che sta valutando un percorso medico volto al cambiamento di sesso]. Al di fuori di questa eccezione il personale medico può essere ritenuto colpevole di questo reato e interdetto dall'esercizio della professione per un periodo non superiore a dieci anni.

Un terzo esempio di questo paradigma è rappresentato dal Portogallo. Approvata nel dicembre 2023 ed entrata ufficialmente in vigore nel gennaio 2024, la legge n. 15/2024 «proíbe e criminaliza quaisquer práticas destinadas à conversão forçada da orientação sexual, identidade ou expressão de género» [vieta e criminalizza qualsiasi pratica volta alla conversione forzata dell'orientamento sessuale, dell'identità o dell'espressione di genere]. Come a Malta e in Francia, il divieto è rivolto a chiunque, non sono punibili le procedure applicate nel contesto dell'autodeterminazione dell'identità e dell'espressione di genere e la condanna comporta il divieto di esercitare la professione, se il reo è un soggetto professionista, nonché l'inibizione dell'esercizio delle responsabilità genitoriali. La pena appare tuttavia meno draconiana, in quanto consiste in una multa, la cui entità è rimessa la giudice, e nella reclusione fino a 3 anni.

Particolarità della legge portoghese sono la circostanza aggravante laddove gli atti comportino «modificações irreversíveis ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa» [modifiche irreversibili al corpo e alle caratteri-

²⁷ Loi n. 92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne.

²⁸ Art. 1.

²⁹ Art. 3.

³⁰ Art. 3.

stiche sessuali della persona]³¹, che aumenta la pena detentiva a 5 anni, e la punibilità del solo tentativo di effettuare una terapia di conversione («A tentativa é punível» [il tentativo è punito]³²). Il fatto che il solo tentativo sia esplicitamente punito è sintomatico che il legislatore portoghese considera la messa in pericolo dei diritti fondamentali della persona – dignità, autodeterminazione, integrità fisica e psichica – talmente grave da anticipare la soglia della tutela penale, colpendo non solo la consumazione dell'atto, ma anche i primi passi verso la sua realizzazione.

Il paradigma proibizionista integrale rappresenta l'approccio più radicale e perentorio nel contrasto alle pratiche di conversione dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. Esso si fonda su un divieto assoluto, che non ammette eccezioni neppure nel caso in cui la persona coinvolta sia maggiorenne e consenziente. L'obiettivo è impedire qualsiasi forma di legittimazione o tolleranza di pratiche ritenute lesive della dignità umana, a prescindere dal contesto in cui si svolgono.

Questo modello legislativo si distingue per la sua portata trasversale, applicandosi sia ai contesti clinici e sanitari, sia a quelli religiosi e familiari. La norma vieta quindi la terapia di conversione tanto nella stanza dello psicoterapeuta quanto nel confessionale o nelle mura domestiche. La risposta sanzionatoria può includere pene penali o amministrative, frequentemente accompagnate da sanzioni professionali, come la sospensione o la radiazione dall'albo per operatori sanitari e psicologi.

Tra i punti di forza principali vi è il forte valore simbolico di questo paradigma: esso trasmette un messaggio chiaro e inequivocabile sull'inammissibilità della conversione come concetto e pratica. Un tratto distintivo di questo paradigma è infatti il riconoscimento esplicito del danno subito dalle persone LGBT+ come una violazione dei diritti fondamentali, inclusi i diritti all'integrità personale, all'identità e alla libertà individuale. È dunque un approccio che si basa su una lettura profondamente etico-giuridica, inscritta nella cornice dei diritti umani.

Tuttavia, non mancano le criticità: in particolare, alcune organizzazioni religiose hanno espresso preoccupazione per le possibili tensioni con la libertà di culto e di espressione, specie quando l'intervento normativo coinvolge attività spirituali o consulenze pastorali. Inoltre, l'applicazione effettiva della legge può risultare problematicamente limitata in ambiti informali o privati (come in contesti familiari o religiosi), se non supportata da meccanismi efficaci di monitoraggio, denuncia e tutela delle vittime.

Paradigma ostile alla regolazione

Esiste anche un ultimo scenario, ove si può osservare un vero e proprio *paradigma ostile alla regolazione* delle terapie di conversione, caratterizzato da un insieme di elementi che contribuiscono alla legittimazione, se non alla promozione indiretta, di tali pratiche. Il tratto distintivo di questo modello è l'assenza di una legislazione di divieto, che si accompagna spesso a un sostegno implicito o esplicito da parte delle istituzioni politiche. Le terapie di conversione possono essere qui comprese come una forma di violenza istituzionalizzata, in quanto sono legittimate dal silenzio normativo, quando non sono esplicitamente promosse, e riproducono stereotipi discriminatori nei confronti delle identità LGBT+. In questa prospettiva, le terapie di conversione sono a tutti gli effetti una pratica che interseca violenza simbolica, culturale e giuridica e che solleva numerose preoccupazioni sul piano dei diritti umani.

Esempi concreti di questo paradigma si possono riscontrare in Paesi come la Polonia e l'Ungheria, dove non esistono divieti normativi sulle terapie di conversione e i discorsi ufficiali, tanto politici quanto religiosi, sono spesso apertamente omobitransfobici.

Vi sono tuttavia ordinamenti in cui le terapie di conversione sono apertamente promosse, come l'Uganda. L'art 16 dell'*Anti-Homosexuality Act* del 2023 conferisce infatti ai tribunali ugandesi il potere di obbligare una persona condannata per omosessualità a sottoporsi a un percorso di "riabilitazione":

1. *The court may, upon convicting a person of the offence of homosexuality, order the provision of social services for purposes of rehabilitating the convicted person*

³¹ Art. 4, comma 3.

³² Art. 4, comma 4.

[Il tribunale può, una volta condannata una persona per il reato di omosessualità, ordinare la fornitura di servizi sociali al fine di riabilitare la persona condannata].

2. *The services referred to in subsection (1) may be provided by the prisons service or by a probation, social and welfare officer of the area where the convicted person is serving his or her sentence*

[I servizi di cui al comma (1) possono essere forniti dal servizio carcerario oppure da un ufficiale della libertà vigilata, dei servizi sociali o dell'assistenza dell'area in cui la persona condannata sta scontando la propria pena].

Una delle caratteristiche che rende particolarmente insidioso l'art. 16 è l'estrema vaghezza con cui viene descritto l'intervento di "riabilitazione". Il testo non definisce infatti né le modalità, né i contenuti, né i limiti temporali di tale misura. L'assenza di standard o linee guida crea così un pericoloso vuoto regolativo in cui le autorità penitenziarie o sociali possono operare senza alcun controllo o supervisione esterna. Poiché la "riabilitazione" non è formalizzata come una pena accessoria con caratteristiche giuridiche determinate, non è nemmeno chiaro se e come la persona condannata possa contestare il contenuto del trattamento ricevuto. L'unica indicazione fornita riguarda i soggetti che possono essere incaricati di somministrare questa "riabilitazione". L'impiego di figure apparentemente neutrali – come assistenti sociali o funzionari della libertà vigilata – contribuisce ovviamente alla normalizzazione delle pratiche di conversione forzata, in modo tale che l'intervento appare non come una sanzione punitiva, ma come un trattamento "assistenziale" e "per il bene" della persona, camuffando la violenza istituzionale sotto l'apparenza della cura.

Simili dinamiche si osservano anche in alcuni Stati degli Stati Uniti, dove invece di vietare tali terapie si è scelto di proteggerle tramite leggi che garantiscono la cosiddetta libertà di offrire servizi di consulenza, anche quando questi mirano esplicitamente alla "rettifica" dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere. Emblematico in questo senso è lo Stato dell'Indiana. Promulgata nel maggio 2023, la *Senate Bill 350* vieta a città, contee e altre entità locali di regolamentare o vietare servizi di consulenza, inclusi quelli offerti da operatori non autorizzati, come i consulenti religiosi. La legge è stata proposta in risposta a un'ordinanza del 2022 del consiglio comunale di West Lafayette, che cercava di vietare la terapia di conversione praticata da consulenti non autorizzati, spesso affiliati a chiese locali, prevedendo sanzioni fino a 1.000 dollari al giorno. Secondo i sostenitori della legge, la legge mira a proteggere la libertà religiosa e la libertà di parola, garantendo che i servizi di consulenza siano regolamentati a livello statale piuttosto che locale. In assenza di un divieto a livello statale, la legge consente quindi la piena legalità delle terapie di conversione, anche se praticate da soggetti privi di qualsiasi abilitazione professionale, rendendo l'Indiana un caso unico nel panorama statunitense.

ANALISI CRITICA E IMPLICAZIONI SOCIO-GIURIDICHE

L'analisi comparata evidenzia una marcata frammentazione normativa: alcuni Paesi vietano ogni forma di terapia di conversione, altri limitano il divieto ai soli soggetti vulnerabili, mentre in altri ancora manca una regolamentazione esplicita o addirittura queste terapie vengono protette. Per una comparazione efficace, è quindi utile isolare alcune variabili analitiche, in modo tale da tirare le fila del confronto normativo, evidenziando le implicazioni giuridiche, i nodi critici e le sfide aperte, così superando la logica puramente geografica o interna al singolo ordinamento:

| Paradigma | Fonte normativa | Ambito soggettivo | Ambito oggettivo | Soggetto tutelato | Tipo di sanzione | Esempi |
|---------------------------------|--|--|---|-------------------------------|--|--------------------------|
| <i>Regolatorio-deontologico</i> | Codici deontologici / regolamenti ordini | Solo professionisti iscritti (psicologi, medici, ecc.) | Terapie di conversione in contesto sanitario | Pazienti (in generale) | Disciplinare (sospensione, radiazione) | Brasile, Israele, Italia |
| <i>Proibizionista limitato</i> | Legge statale | Minori e/o adulti incapaci di prestare consenso valido | Terapie in contesto sanitario, in alcuni casi religiosi | Minori o soggetti vulnerabili | Penale e amministrativa (limitate) | Germania, Grecia |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|---|----------------------------|
| <i>Proibizionista integrale</i> | Legge statale | Tutti i soggetti (senza eccezioni) | Tutte le pratiche, anche religiose, familiari, informali | Tutti (inclusi adulti consenzienti) | Penale (reclusione, multe) e amministrativa | Malta, Francia, Portogallo |
| <i>Ostile alla regolazione</i> | Nessuna o leggi di protezione delle pratiche | Nessuna limitazione ai praticanti, anzi protezione dei promotori | Terapie promosse o tollerate anche in contesto istituzionale | Nessuno, o i soggetti LGBTQ+ sono penalizzati | Nessuna o misure "riabilitative" obbligatorie | Uganda, Indiana (USA) |

Questa schematizzazione rende evidente come le terapie di conversione mettano in tensione diritti tra loro potenzialmente confliggenti: da un lato, la tutela dell'integrità psico-fisica e della dignità delle persone LGBTQ+, dall'altro, la libertà di autodeterminazione personale e di religione. La sfida principale è quindi costruire una risposta giuridica coerente con il principio di non discriminazione, senza cedere alla tentazione di proteggere trattamenti inefficaci o pericolosi sotto la copertura della libertà individuale.

Un argomento frequentemente utilizzato contro l'introduzione di un divieto delle terapie di conversione è che un soggetto adulto consenziente dovrebbe essere libero poter scegliere di intraprendere un percorso di questo tipo. Si tratta tuttavia di un falso problema per due ragioni tra loro cospiranti.

In primo luogo, questa idea di consenso presunto o tacitamente accordato da parte di un adulto si fonda su una concezione giuridica e liberale del soggetto, autonomo e razionale, che non tiene conto delle dinamiche sociali, affettive e simboliche in cui si costruisce l'identità. Tale visione pertanto dimentica o ignora la persistenza di forme di vulnerabilità anche in età adulta, soprattutto quando la persona LGBTQ+ è inserita in contesti familiari, religiosi o comunitari in cui le pressioni normative e affettive esercitano una forza coercitiva significativa. Parlare di "consensualità" in questi contesti, senza interrogarsi sulle condizioni materiali e simboliche che rendono tale scelta possibile o impossibile, equivale a naturalizzare una situazione di asimmetria strutturale.

In secondo luogo, affinché il consenso sia non solo prestato ma anche valido, è necessario che il paziente venga pienamente informato sui rischi della terapia e sull'assenza di benefici comprovati. Un consenso ottenuto senza queste informazioni non è etico e configura una forma di manipolazione o coercizione. Tuttavia, i sostenitori delle terapie di conversione spesso violano questo principio, omettendo di comunicare che tali interventi non sono riconosciuti dalle principali organizzazioni di categoria e che possono causare gravi danni psicologici.

Anche se il paziente desse comunque il consenso a una terapia che lo stesso professionista gli rappresenta essere inefficace, dovrebbe essere quest'ultimo ad astenersi dal praticarla. Un terapeuta ha il dovere di valutare con onestà se i propri pregiudizi personali – incluse eventuali convinzioni religiose – interferiscano con il rispetto della dignità e dell'autodeterminazione del paziente. La terapia di conversione parte invece dal presupposto, privo di basi scientifiche, che l'omosessualità possa essere un comportamento aberrante da evitare, perpetuando così forme di discriminazione eticamente ingiustificabili.

Dunque, anche quando un paziente esprime il desiderio di "cambiamento", è improbabile che una terapia basata su stigma e vergogna possa favorire il suo benessere. Al contrario, essa rischia di alimentare l'autostigmatizzazione, contribuendo all'insorgenza di depressione, ansia e comportamenti autodistruttivi. Continuare a legittimare l'omofobia interiorizzata come una forma di malattia equivale a ignorare le vere cause del disagio psicologico. Un approccio terapeutico eticamente corretto richiederebbe invece ai professionisti di affrontare i pregiudizi e gli stereotipi sociali che generano il malessere del paziente. Il ruolo del terapeuta non dovrebbe essere quello di assecondare il desiderio del paziente di cambiare il proprio orientamento, ma piuttosto quello di esplorare le ragioni profonde che motivano tale richiesta, guidandolo verso un percorso di maggiore auto-accettazione e benessere personale.

In alcuni ordinamenti, le iniziative volte a vietare le terapie di conversione sono oggetto di critiche da parte di ambienti religiosi conservatori, che le ritengono lesive della libertà religiosa e del presunto diritto di trasmettere una visione "tradizionale" della sessualità e del genere. Tuttavia, la giurisprudenza europea e internazionale ha stabilito chiaramente che tali libertà fondamentali non sono illimitate e devono essere bilanciate con altri diritti e valori costituzionali, in particolare la dignità umana, il diritto alla salute e la protezione dei minori e delle persone

vulnerabili. Per esempio, secondo la Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte EDU), libertà come quella religiosa o di espressione possono essere legittimamente limitate se tali espressioni o condotte violano i diritti altrui o compromettono l'ordine pubblico. Nei casi *Lautsi c. Italia* (2011)³³ e *Eweida e altri c. Regno Unito* (2013)³⁴, la Corte ha chiarito che la libertà religiosa va tutelata, ma non può prevalere automaticamente su altri diritti fondamentali, come quelli alla uguaglianza e alla non discriminazione. Questo bilanciamento è ancor più rigoroso quando riguarda categorie protette, come i minori, le persone LGBT+ o soggetti in condizione di vulnerabilità psicosociale, per le quali le terapie di conversione possono configurarsi come incitamento al pregiudizio o alla discriminazione. Pertanto, i divieti delle terapie di conversione, se ben redatti, non comprimono in modo sproporzionato, e quindi illegittimo la libertà religiosa, ma costituiscono limitazioni necessarie in una società democratica.

Questo conflitto evidenzia però che regolazione delle terapie di conversione non è riconducibile a una semplice questione di *drafting* normativo, ma si colloca all'incrocio tra tensioni giuridiche, culturali, religiose e politiche. In tale contesto, ogni intervento legislativo è chiamato a confrontarsi non soltanto con i limiti strutturali del diritto, ma anche con la sua dimensione simbolica e performativa, nonché con la effettiva capacità di condizionare le pratiche sociali e i quadri valoriali dominanti. La sociologia del diritto ha infatti ampiamente mostrato come le norme giuridiche non operino mai in astratto, ma sempre all'interno di un contesto sociale determinato. Come ha acutamente osservato Bourdieu (1986), il diritto è un potere simbolico che può contribuire a legittimare o delegittimare determinati comportamenti, ma la sua efficacia dipende dal capitale simbolico di cui gode l'istituzione che lo produce e dal grado di adesione del campo sociale coinvolto. Allo stesso modo, Niklas Luhmann (1993) ha sottolineato come il diritto operi attraverso la dicotomia legalità/illegalità, che non coincide necessariamente con la dimensione etica o culturale di una determinata società: per questo motivo, il divieto normativo può restare inefficace se non trova corrispondenza in una trasformazione delle aspettative sociali e religiose.

Il confronto tra i diversi approcci normativi ha poi messo in luce che la regolazione si indirizza a tutte quelle terapie che cercano di modificare l'orientamento sessuale (e talvolta l'identità di genere) delle persone LGBT+. Da alcuni anni a questa parte, però, vi è una nuova frontiera della terapia di conversione, il cui obiettivo non è più aiutare il paziente a cambiare l'*orientamento* sessuale, ma soltanto la sua *identità* di orientamento sessuale. Si tratta delle c.d. terapie di conversione identitaria (Rigliano et al. 2012: 176-184).

L'obiettivo principale di queste terapie non sarebbe più promuovere una specifica identità sessuale o imporre norme universali, ma offrire uno spazio sicuro e rispettoso in cui i pazienti possano esplorare e rielaborare le narrazioni interiorizzate sulla loro identità. In questo contesto, la terapia si configurerebbe come un approccio flessibile e non prescrittivo, che riconosce l'unicità di ciascun individuo e valorizza la possibilità di creare una narrazione autentica e significativa della propria vita. Portando alla luce molteplici prospettive, anziché imporre una visione normativa o autoritaria, i pazienti avrebbero la libertà di decidere come e dove collocare la propria sessualità, guidati dai propri valori e dalle intenzioni che considerano più importanti. L'obiettivo, in altri termini, sarebbe aiutare ciascuno a creare un'identità che rispecchi i propri valori personali, piuttosto che conformarsi passivamente alle aspettative imposte dalla società.

La terapia della conversione identitaria inizia con la preoccupazione presentata dal paziente circa un conflitto di identità sessuale. Così, per esempio, un paziente potrebbe provare attrazione verso persone dello stesso sesso ma, a causa della sua educazione morale e/o religiosa, essere riluttante a identificarsi come omosessuale o a partecipare a relazioni omosessuali. A questo punto, con l'aiuto del terapeuta, potrebbe arrivare a definire la sua identità come eterosessuale, a prescindere dal suo orientamento sessuale omosessuale. Egli inizia allora a de-costruire i messaggi che ha ricevuto dalla comunità omosessuale, così come dalla cultura *mainstream* più ampia, che lo identifica come omosessuale e la "ingabbia" in questa etichetta, e di seguito ad elaborare una contro-narrazione che pone la sua identità cristiana come prioritaria, con le sue esperienze di attrazione verso lo stesso sesso come secondarie. Alla fine, il paziente arriva a riconoscere che, pur provando attrazione per persone dello stesso sesso, non deve neces-

³³ *Lautsi c. Italia* (Grande Camera, sentenza del 18 marzo 2011, ricorso n. 30814/06).

³⁴ *Eweida e altri c. Regno Unito* (Quarta Sezione, sentenza del 15 gennaio 2013, ricorsi nn. 48420/10, 59842/10, 51671/10 e 36516/10).

sariamente integrarle in un'identità omosessuale, potendo interrompere questo tipo di relazioni ed esplorare altri aspetti della sua identità.

Appare insomma evidente che, per questi terapeuti, identità sessuale o orientamento sessuale sono due cose distinte e non sovrapponibili. Mentre l'attrazione verso persone dello stesso sesso (o di sesso diverso) è immutabile, l'identità sessuale è vista come una questione di scelta, una categoria linguistica costruita dalla società per spiegare le preferenze sessuali di un individuo e come tale può essere decostruita. Sulla base di questo assunto costruttivista, essi presumono che alcune persone che provano attrazione verso lo stesso sesso possano allo stesso tempo scegliere di intraprendere comportamenti eterosessuali e identificarsi socialmente come eterosessuali.

Sulla base di queste premesse, la terapia di conversione identitaria pretende di focalizzarsi esclusivamente sul raggiungimento di un'identità che sia in linea con i desideri e le aspettative del paziente, indipendentemente dal suo autentico orientamento sessuale, il quale è formalmente dichiarato essere immutabile. In altre parole, il paziente è libero di scegliere di identificarsi come eterosessuale, in linea con la raccomandazione di non imporre al paziente alcun risultato predefinito riguardo all'orientamento sessuale. Dunque, non solo l'orientamento sessuale non è oggetto di indagine, ma risulta irrilevante: ciò che davvero conta è l'autodeterminazione identitaria. Partendo da una preferenza morale personale, il terapeuta accompagnerebbe così il paziente nel costruire un'identità eterosessuale razionale e consapevole, anche qualora persistano impulsi omosessuali. La strategia adottata mira, in definitiva, a favorire una dissociazione tra l'impulso sessuale e la totalità della dimensione mentale del soggetto.

Anche se la terapia di conversione identitaria può forse sfuggire, per la sua natura, alle maglie delle normative che vietano le altre terapie di conversione sessuali, non può non sollevare numerose perplessità etiche e deontologiche (Drescher 2001: 181 ss.; Delmas 2016: 340 ss.). Per essere considerata eticamente accettabile, una qualsiasi terapia deve garantire che i benefici superino i rischi. Tuttavia, appare discutibile il beneficio mentale di convincere un paziente di essere eterosessuale, nonostante questi conservi istinti omosessuali. Questo tipo di intervento pone seri interrogativi sull'influenza che le convinzioni religiose possono esercitare sugli approcci terapeutici verso pazienti che provano disagio per il proprio orientamento sessuale. Sebbene, come si è già ribadito, in una società democratica la libertà religiosa sia un diritto tutelato, essa non può in alcun modo giustificare pratiche che mettano a rischio la sicurezza e il benessere delle persone.

A differenza della versione "tradizionale" di queste terapie, condannate per la loro inefficacia clinica e per i danni psicologici che possono arrecare, le terapie di conversione identitaria spostano il fuoco dell'analisi oltre la semplice constatazione della loro pericolosità, per interrogarsi sul loro ruolo strutturale nella costruzione sociale della devianza. Ben più anzi delle precedenti, queste terapie appaiono non soltanto interventi terapeutici mal pensati o eticamente discutibili, bensì veri e propri dispositivi epistemico-normativi che producono la devianza che dichiarano di voler curare. Queste terapie funzionano a tutti gli effetti come meccanismi di soggettivazione deviante, perché individuano un soggetto "anormale" e lo ristrutturano attraverso pratiche che, lungi dall'essere neutrali, producono le identità devianti da correggere. Esse operano anzi una moralizzazione del sé, incanalando l'identità attraverso cornici normative che impongono conformità piuttosto che autodeterminazione. Alla fine del percorso il paziente LGBT+ non è solo psicologicamente dissociato, ma anche "deviante da sé stesso", portatore di un'identità che deve essere nascosta, negata o trasformata. Il risultato non è soltanto la sofferenza psichica individuale, ma la riproduzione di relazioni di potere asimmetriche che legittimano l'eteronormatività come unica forma possibile di cittadinanza affettiva e sessuale.

In quest'ottica diventa allora fondamentale distinguere tra riconoscimento sociale e desiderio (Butler 2004: 2 ss.; Butler 2005: 19 ss.). Le terapie di conversione identitaria, che dichiarano di rispettare la libertà del paziente e l'immutabilità dell'orientamento sessuale, in realtà presuppongono che la possibilità di essere riconosciuti pienamente come soggetti legittimi passi per la rinuncia a desideri "non normativi". Il soggetto è così indotto a modificare la propria identità non tanto per ciò che realmente desidera, ma per ciò che è disposto a sacrificare pur di essere accolto nella rete del riconoscimento sociale (Ahmed 2004; Eribon 1999). Questa dinamica è particolarmente evidente nei contesti religiosi o comunitari da cui questi pazienti sovente provengono, in cui il desiderio omosessuale può essere vissuto (o fatto vivere) come incompatibile con il bisogno di appartenenza. Il paziente non cerca tanto di "diventare eterosessuale", quanto di assumere un'identità socialmente "corretta", (auto)imponendosi uno

schema di intelligibilità culturalmente consolidato, che altro non è che un regime di verità foucaultiano (Foucault 1976).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'approvazione di leggi che vietano le terapie di conversione rappresenta, in molti casi, un passaggio fondamentale per il riconoscimento della dignità delle persone LGBT+ e per la condanna formale di pratiche pseudoscientifiche e pericolose. Le norme hanno infatti, come evidenziato dagli studi Miaille (1976) e Rouland (1988), una funzione espressiva e performativa, poiché esprimono un orientamento valoriale e contribuiscono a ridisegnare i confini dell'accettabilità pubblica. Tuttavia, ciò non implica automaticamente un cambiamento reale e profondo nelle condotte sociali. In assenza di adeguati meccanismi di *enforcement*, la norma rischia di operare unicamente come strumento di rassicurazione collettiva, producendo ciò che alcuni autori definiscono "normativismo simbolico". Le pratiche di conversione tendono così a spostarsi in ambiti religiosi, familiari o terapeutici informali, difficilmente monitorabili dallo Stato, dove il potere è esercitato attraverso codici morali, pressioni affettive o forme implicite di coercizione. Inoltre, molte vittime possono non denunciare gli abusi subiti, per paura di ritorsioni, per vergogna, o per mancanza di fiducia nelle istituzioni, soprattutto nei contesti sociali e culturali in cui l'omobittransfobia è ancora radicata e tollerata.

Per evitare che il diritto si riduca a un gesto puramente performativo o a un simbolo vuoto, è fondamentale accompagnare ogni intervento legislativo con misure educative, campagne pubbliche di sensibilizzazione e programmi di formazione rivolti sia agli operatori sanitari sia ai leader religiosi. In questo senso, l'intervento giuridico non dovrebbe limitarsi a vietare queste pratiche in nome della salute pubblica, ma dovrebbe interrogarsi sulle condizioni sociali e simboliche che ne permettono l'esistenza: l'eteronormatività sistemica, la medicalizzazione della dissidenza sessuale e la delegittimazione dell'alterità. Solo un approccio integrato, capace di intervenire sia sul piano normativo che su quello culturale, può ambire a disinnescare in modo efficace il contesto simbolico e ideologico che ancora legittima, giustifica o minimizza le cosiddette terapie di conversione.

Ciò è tanto più importante se si considera che molte normative adottate a livello nazionale si concentrano esclusivamente sulla protezione dei minori, presumendo che gli adulti siano pienamente in grado di scegliere "liberamente" se sottoporvisi o meno. Al contrario, si rende necessaria una transizione da un approccio "minorile" e "medicalizzante" a una prospettiva intersezionale e strutturale. Un simile cambio di paradigma implica riconoscere che le pratiche di conversione non sono anomalie marginali, ma espressioni coerenti di un più ampio ecosistema normativo e simbolico, in cui la legittimità delle identità LGBT+ viene sistematicamente negata o svalutata. Come osservato da studiosi come Kendall (1997) e Dean (2011), la produzione giuridica deve farsi carico della complessità dei rapporti di potere, evitando soluzioni normative che rafforzino il privilegio dei soggetti già normativamente riconosciuti.

In definitiva, le normative che vietano le terapie di conversione sono indispensabili per affermare pubblicamente l'illegittimità di pratiche lesive della dignità delle persone LGBT+, ma la loro efficacia è necessariamente limitata se non vengono inserite in una strategia più ampia e trasformativa. Il diritto, come ha insegnato Foucault (1975), non è solo uno strumento di regolazione: è anche un dispositivo di potere, un campo di lotta, un luogo in cui si producono e si consolidano norme di legittimità. Per questo, ogni intervento giuridico che ambisca a scardinare forme strutturali di oppressione deve essere consapevole tanto della propria forza quanto delle proprie ambivalenze. È proprio in questa tensione – tra il diritto come strumento di garanzia e il diritto come oggetto di critica – che si gioca oggi la sfida per un'azione efficace contro le terapie di conversione. Non si tratta solo di vietare ciò che è patologico, ma di smantellare l'ordine simbolico che consente a certe pratiche di esistere, mascherate da libertà educativa, religiosa o terapeutica. Si tratta, in ultima analisi, di costruire uno spazio giuridico europeo che non si limiti a tollerare le soggettività queer, ma che sia realmente queer-inclusive: un diritto capace di riconoscere l'alterità come valore, non come devianza da correggere. In questa prospettiva, il diritto non è il fine, ma uno degli strumenti attraverso cui costruire un ordine sociale più giusto, più plurale e più umano.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aas S., Delmas C.J. (2016), *The ethics of sexual reorientation: what should clinicians and researchers do?*, in «Journal of Medical Ethics», 52, 340 ss.
- Ahmed S. (2004), *The Cultural Politics of Emotion*, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- American Psychological Association (2009), *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, disponibile al seguente URL: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- American Psychological Association (2021), *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*, disponibile al seguente URL: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Bassi P.F., Galli F. (2000), *L'omosessualità nella psicoanalisi*, Torino: Einaudi.
- Borkens Y. (2022), *Bund katholischer Ärzte: Homeopathic Conversion Therapists in 21st Century Germany*, in «Frontiers in Sociology», 17 gennaio, disponibile al seguente URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.667772/full>
- Bourdieu P. (1986), *La force du droit. Éléments pour une sociologie du champ juridique*, in «Actes de la recherche en sciences sociales», 64; tr. it. (1996), *La forza del diritto. Elementi per una sociologia del campo giuridico*, a cura di P. Napoli, Roma: Edizioni Lavoro.
- Butler J. (2004), *Undoing Gender*, New York: Routledge.
- Butler J. (2005), *Giving an Account of Oneself*, New York: Fordham University Press.
- Cautela J.R. (1967), Covert Sensitization, in «Psychological Reports», 20, 459 ss.
- Council of Europe – Commissioner for Human Rights (2023), *Nothing to Cure: Putting an End to So-Called “Conversion Therapies” for LGBTI People*, 16 febbraio, disponibile al seguente URL: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/nothing-to-cure-putting-an-end-to-so-called-conversion-therapies-for-lgbti-people>
- Daniel F.E. (1893), *Castration of Sexual Perverts*, in «Texas Medical Journal», 9, 255 ss.
- Dehlin J.P., Galliher R.V., Bradshaw W.S., Hyde D.C., Crowell K.A. (2015), *Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members*, in «Journal of Counseling Psychology», 62, 2, 95 ss.
- Drescher J. (1998), *I'm Your Handyman. A History of Reparative Therapies*, in «Journal of Homosexuality», 36, 19 ss.
- Drescher J., Schwartz D. (2016), *The Growing Regulation of Conversion Therapy*, in «Journal of Medical Regulation», 102, 7 ss.
- Dunne P., Mulder J. (2018), *Beyond the Binary: Towards a Third Sex Category in Germany?*, in «German Law Journal», 19.
- Drescher J. (1998), *I'm Your Handyman. A History of Reparative Therapies*, in «Journal of Homosexuality», 36, 19 ss.
- Ellis H., Talbot E.S. (1896), *A Case of Developmental Degenerative Insanity, with Sexual Inversion, Melancholia, Following Removal of Testicles, Attempted Murder and Suicide*, in «Journal of Mental Science», 42, 341 ss.
- Eribon D. (1999), *Réflexions sur la question gay*, Paris: Fayard.
- Foucault M. (1976), *La volontà di sapere*, Paris: Gallimard.
- Friedlander J.W., Banay R.S. (1948), *Psychosis Following Lobotomy in a Case of Sexual Psychopathology: Report of a Case*, in «Archives of Neurology & Psychiatry», 59, 303 ss.
- Galli F., Bassi P.F. (2000), *L'omosessualità nella psicoanalisi*, Torino: Einaudi.
- Graglia M. (2009), *Psicoterapia e omosessualità*, Roma: Carocci.
- Hughes C.H. (1904), *The Gentleman Degenerate. A Homosexualist's Self-Description and Self-Applied Title. Pudic Nerve Section Fails Therapeutically*, in «Alienist & Neurologist», 25, 68 ss.
- Katz J.N. (1976), *Gay American History: Lesbians and Gay Men in the U.S.A. A Documentary Anthology*, New York: Thomas Y. Crowell.
- Liebman S. (1967), *Homosexuality, Transvestism, and Psychosis: Study of a Case Treated with Electroshock*, in «The Journal of Nervous and Mental Disease», 99, 945 ss.

- Max L. (1935), *Breaking Up a Homosexual Fixation by the Condition Reaction Technique: A Case Study*, in «Psychological Bulletin», 32, 734 ss.
- McConaghy N., Armstrong M.S., Blaszczynsky A. (1981), *Controlled Comparison of Aversive Therapy and Covert Sensitization in Compulsive Homosexuality*, in «Behaviour Research and Therapy», 19, 425 ss.
- Miaille M. (1976), *Introduction critique au droit*, Paris: Maspero.
- Miller M.M. (1963), *Hypnotic-Aversion Treatment of Homosexuality*, in «Journal of the National Medical Association», 55, 411 ss.
- Minolli M. (2003), *Psicoanalisi e omosessualità*, in «Ricerca Psicoanalitica», 14, 85 ss.
- Mitchell S.A. (2002), *Psychodynamics, Homosexuality, and the Question of Pathology*, in «Studies in Gender and Sexuality», 3, 3 ss.
- Moberly E.R. (1983a), *Homosexuality: A New Christian Ethic*, Cambridge: James Clarke & Co.
- Moberly E.R. (1983b), *Psychogenesis: The Early Development of Gender Identity*, London: SCM Press.
- Newbigin J. (2003), *Psychoanalysis and Homosexuality*, in «British Journal of Psychotherapy», 19, 276 ss.
- Newdigate M.O. (1940), *Homosexuality and Lesbianism Treated with Metrazol*, in «The Journal of Nervous and Mental Disease», 92, 65 ss.
- Nicolosi J. (2010), *Identità di genere. Manuale di orientamento*, Milano: SugarCo.
- Pescatore V. (2021) (a cura di), *Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui "trattamenti di conversione"*, Torino: Giappichelli.
- Quackenbos J. (1899), *Hypnotic Suggestion in the Treatment of Sexual Perversions and Moral Anaesthesia: A Personal Experience*, in «Transactions of the New Hampshire Medical Society», 108, 69 ss.
- Rouland N. (1988), *Anthropologie juridique*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Rosenzweig S., Hoskins R.G. (1941), *A Note on the Ineffectualness of Sex-Hormone Medication in a Case of Pronounced Homosexuality*, in «Psychological Medicine», 3, 87 ss.
- Roughton R.E. (2002), *Rethinking Homosexuality: What It Teaches Us About Psychoanalysis*, in «Journal of the American Psychoanalytic Association», 50, 733 ss.
- Rutner T. (1970), *A Double-Barrel Approach to Modification of Homosexual Behavior*, in «Psychological Reports», 26, 256 ss.
- Vaughan S.C., Kernberg O.F., Lesser R.C., Schwartz D. (2008), *Homosexuality and Psychoanalysis: Theoretical Perspectives*, in «Journal of Gay & Lesbian Mental Health», 12, 325 ss.