VERSIONE PROVVISORIA

L'effettività dei diritti sociali tra eguaglianza e differenza: il caso delle persone omosessuali nell'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie

*Sara Di Giovanni**

SOMMARIO: 1. Effettività del diritto alla salute e discriminazione "sanitaria" delle persone omosessuali: inquadramento del problema – 2. Lo scarto tra accesso formale e accesso sostanziale: struttura e manifestazioni della discriminazione sanitaria – 2.1. Le terapie di conversione come "negazione" del diritto costituzionale alla salute – 2.2. Il *minority stress* come fattore di compressione del diritto alla salute – 3. La dimensione organizzativa del diritto alla salute tra competenze pubbliche e obblighi di inclusione – 3.1. Il ruolo delle Regioni tra legislazione antidiscriminatoria e organizzazione dei servizi – 4. Considerazioni conclusive. Universalismo, differenze e obblighi costituzionali di trasformazione.

1. *Effettività del diritto alla salute e discriminazione "sanitaria" delle persone omosessuali: inquadramento del problema*

Il diritto alla salute[1] – nella sua componente sociale[2], dunque prestazionale e organizzativa – costituisce uno dei campi in cui la vulnerabilità strutturale[3] delle persone omosessuali[4] si manifesta con maggiore nitidezza, rivelando uno scarto profondo tra il diritto formalmente riconosciuto e il diritto concretamente goduto.

---

* Ph.D, Titolare di incarico di ricerca post-doc in Diritto costituzionale, Università degli Studi di Milano.

[1] Sulla nozione costituzionale del diritto alla salute, v. M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute*, in Enciclopedia Giuridica Treccani, vol. XXVII, Roma 1991; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali*, Milano, 2001.

[2] M. MAZZIOTTI, voce *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del Diritto*, Vol. XII, 1964, pp. 804 ss., per cui «il diritto sociale è, in senso oggettivo, l'insieme delle norme attraverso cui lo Stato attua la sua funzione equilibratrice e moderatrice delle disparità sociali, allo scopo di "assicurare l'eguaglianza delle situazioni, malgrado la differenza delle fortune"; in senso soggettivo, il diritto generale di ciascun cittadino a partecipare ai benefici della vita associata, il quale si rinfrange in specifici diritti a determinate prestazioni, dirette o indirette, da parte dei poteri pubblici». Inoltre, a differenza dei diritti di libertà, i diritti sociali «mirano […] ad ottenere l'intervento dell'autorità pubblica per soddisfare a talune esigenze essenziali dei cittadini», esprimendo uno «*status socialis positivus*».

[3] Intesa come la condizione di quelle persone «la cui autonomia, connessa alla dignità e all'integrità, può essere […] minacciata, compromettendo l'accesso a ciò che si ritiene importante per il proprio well-being». B. PASTORE, *Soggetti vulnerabili, orientamento sessuale, eguaglianza: note sulla logica di sviluppo del diritto*, in *GenIUS*, 2018; R. ADORNO, *Is Vulnerability the Foundation of Human Rights?*, in A. MASFERRER, E. GARCÍA SÁNCHEZ (a cura di), *Human Dignity of Vulnerable in the Age of Rights. Interdisciplinarity Perspectives*, Dordrecht, 2016.

Per un inquadramento del concetto di vulnerabilità, M.G. BERNARDINI, B. CASALINI, O. GIOLO, L. RE (a cura di), *Vulnerabilità: etica, politica, diritto*, Roma, 2018; E. PARIOTTI, *Vulnerabilità e qualificazione del soggetto: implicazioni per il paradigma dei diritti umani*, in O. GIOLO, B. PASTORE (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, 2018, p. 149, dove l'A. definisce la vulnerabilità come «la cifra ontologica della condizione umana, che per effetto del diverso esplicitarsi della corporeità e delle diverse relazioni che coinvolgono i singoli, assume una differente intensità al variare dei soggetti e delle situazioni».

[4] Per una prospettiva costituzionale sul tema della tutela dell'orientamento sessuale, nonché dell'evoluzione – al momento esistente – dei diritti "riconosciuti" dalle coppie di persone dello stesso sesso, si v. M. D'AMICO, *I diritti dei "diversi". Saggio sull'omosessualità*, in *Osservatorio AIC*, 6/2021. L'A. qualifica l'orientamento omosessuale come un «diritto "di avere diritti"», riprendendo la celebre tesi di S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Bari-Roma, 2015. Sul tema si v. inoltre M. MONTALTI, *Orientamento sessuale e Costituzione decostruita. Storia comparata di un diritto fondamentale*, Bologna, 2007.

L'incontro tra il fattore identitario dell'orientamento sessuale e le condizioni in cui l'accesso alle cure si realizza nella pratica produce, per questa categoria di soggetti, forme di discriminazione che non dipendono da norme esplicitamente lesive, ma sono incorporate nell'organizzazione stessa del sistema sanitario: nelle sue prassi cliniche, nei suoi linguaggi diagnostici, negli atteggiamenti del suo personale.

Sul piano dell'eguaglianza formale, il problema appare in parte assorbito: l'orientamento sessuale può essere ricondotto alle «condizioni personali» di cui all'art. 3, primo comma, Cost.[5], e i diritti fondamentali risultano riconosciuti, almeno sul piano astratto, in egual misura a tutti gli individui.

Il vero nodo si pone, però, sul terreno dell'effettività, che rappresenta il campo privilegiato per ragionare, nello specifico, di effettività "oltre le Corti".

I dati empirici disponibili restituiscono un quadro in cui l'orientamento sessuale emerge come fattore di esclusione dell'effettività del diritto alla salute quando esercitato da una determinata categoria di soggetti. Secondo uno studio del 2024[6], le persone adulte LGBTQ+ hanno una probabilità doppia rispetto alla popolazione eterosessuale di riportare esperienze negative nell'accesso alle cure sanitarie: assunzioni pregiudizievoli formulate senza previo confronto con il paziente, attribuzione di responsabilità individuale per il proprio stato di salute, mancata considerazione di domande o richieste esplicite, fino al rifiuto di prescrivere farmaci necessari.

Le conseguenze di tali esperienze si rivelano durature: una quota significativa di persone LGBTQ+ riferisce un peggioramento dello stato di salute, una minore propensione a cercare cure in futuro o la necessità di cambiare medico o struttura. Non mancano, inoltre, segnalazioni di un adattamento preventivo al pregiudizio atteso, tanto che molti adulti LGBTQ+ dichiarano di prepararsi sistematicamente a ricevere trattamenti irrispettosi o di modificare il proprio aspetto per ottenere cure più dignitose.

A livello europeo, l'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (FRA)[7] ha rilevato che il 16% del campione LGBTQ+ esaminato ha dichiarato di aver subito discriminazioni in ambito sanitario – percentuale che sale al 34% tra le persone *trans* – e che il 46% ha scelto di non dichiarare il proprio orientamento sessuale o identità di genere al personale medico per timore di pregiudizi. Significativa è anche la correlazione con lo stato di salute percepito: tra coloro che lo valutano come «molto cattivo», ben il 52% dichiara di essersi sentito discriminato in ambito medico, contro percentuali sensibilmente inferiori tra chi lo definisce «buono» o «molto buono».

Queste indicazioni empiriche, pur parziali, assumono rilievo giuridico nella misura in cui il sistema dei diritti costituzionali ha come chiave di volta il soggetto, considerato nella varietà dei suoi bisogni

---

[5] In argomento è utile richiamare la tesi del c.d. principio di antisubordinazione di genere – estendibile anche all'orientamento sessuale in quanto riguarda tutti quei fattori identitari *oltre* il paradigma eterosessuale uomo-donna – tale per cui esso non impedisce trattamenti peggiorativi, ma impone la riscrittura di spazi, regole e parametri, determinando nuove forme di accesso, opportunità, visibilità, potere. Così, B. PEZZINI, *Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere*, in B. PEZZINI, A. LORENZETTI (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo*, Torino, 2019; ID. *L'uguaglianza uomo-donna come principio anti-discriminatorio e come principio anti-subordinazione*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare. Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, vol. III, *Dei diritti e dell'eguaglianza*, Napoli, 2009, p. 1141 ss.; ID., *Costruzione del genere e costituzione*, in ID. (a cura di), *La costruzione del genere. Norme e regole. Corso di analisi di genere e diritto antidiscriminatorio*, Bergamo, 2012.

[6] A. MONTERO ET AL., *LGBT Adults' Experiences with Discrimination and Health Care Disparities: Findings from the KFF Survey of Racism, Discrimination, and Health*, 2024, consultabile qui.

[7] FRA, EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, A long way to go for LBTI equality, 2020, consultabile qui.

e nella realtà delle sue condizioni di vita[8]: l'esigenza di garantirne l'effettività ha comportato l'introduzione di obblighi positivi in capo ai poteri pubblici, che si traducono in misure di protezione e compiti di regolazione volti ad assicurare una condizione di parità nell'accesso agli spazi di libertà[9]. Il diritto alla salute, in particolare, incrocia funzioni legislative, amministrative e tecnico-scientifiche diversamente discrezionali[10]: gli aspetti organizzativi del servizio sanitario non possono prescindere dall'esercizio di poteri discrezionali che ponderano gli interessi in gioco, ma implicano al contempo valutazioni tecniche – mediche, farmaceutiche, epidemiologiche – che né il legislatore né l'amministrazione possono compiere direttamente[11].

Attraverso queste scelte organizzative si conformano, pertanto, non solo le modalità di erogazione delle prestazioni, ma, più in profondità, l'idea stessa di "bisogno di salute" [12], con la conseguenza che le diseguaglianze più insidiose non emergono dalla quantità delle prestazioni erogate, ma dalla struttura stessa del sistema che le produce.

In questo senso, la discriminazione sanitaria delle persone omosessuali si configura non come anomalia episodica, ma come esito di dinamiche strutturali profondamente radicate.

Per comprenderne le radici, occorre risalire a due ordini di ragioni tra loro intrecciati: da un lato, un'eredità patologizzante della storia dell'omosessualità che ha affermato nel tempo una concezione medicalizzata degli orientamenti sessuali non conformi e, dall'altro lato, lo scontro tra tale eredità medicalizzata e un modello di medicina fondato su un "falso" paradigma neutro[13].

In primo luogo, occorre considerare che la storia restituisce un quadro in cui l'omosessualità[14] è stata progressivamente costruita come "devianza" da diagnosticare, classificare e correggere. La

---

[8] P. RIDOLA, *Diritti fondamentali. Un'introduzione*, Torino, 2006. Sul tema, si v. inoltre N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità delle posizioni*, Milano, 1995.

[9] P. RIDOLA, *Diritti fondamentali. Un'introduzione*, *cit.*, p. 128.

[10] B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, p. 123.

[11] *Ibidem*.

[12] A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, 1/2020, p. 50, la quale considera tra gli aspetti più rilevanti della configurazione del diritto alla salute il modo in cui il sistema regionale individua, prima ancora che le prestazioni cui il malato ha diritto, la persona portatrice delle pretese garantite a veder soddisfatto quel diritto. Infatti, il diritto alla salute, secondo l'A., può essere disarticolato in diritto delle persone "sane" a non veder compromessa la propria salute e in diritto delle persone "malate" a ricevere cure. Di conseguenza, per poter accedere alle prestazioni di cura, occorre esserne bisognosi e, aggiunge l'A., «questo stato di bisogno non deve semplicemente essere autopercepito o autodichiarato, ma deve essere accertato dall'organizzazione che accoglierà la richiesta e soddisferà la pretesa». L'A. parla, a questo proposito, di «"passaporto" necessario ad entrare nel sistema delle cure».

[13] Per un inquadramento del tema, si v. M. D'AMICO, B. LIBERALI, *Manuale di diritto delle donne*, Milano, 2026, p. 457 ss., le quali sottolineano come la medicina di genere sia finalizzata ad adottare una visione complessiva del diritto alla salute che presupponga la presa in carico della "persona malata", valutata, oltre che sulle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, anche sulla base di tutti i fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il vissuto. Si v. inoltre, F. RESCIGNO, *Per un* habeas corpus *"di genere"*, Napoli, 2022.

[14] Sul punto, è necessaria una premessa metodologica: quando si farà riferimento alla storia della patologizzazione e della persecuzione dell'omosessualità, ci si riferisce – salvo ove diversamente specificato – alla sola omosessualità maschile. Tale scelta non è arbitraria, ma riflette un dato storico e storiografico ineludibile: il lesbismo è stato storicamente condannato a una forma di invisibilità strutturale, frutto di quella che la storiografia ha definito una «distruzione deliberata di una cultura» *(*R. NORTON, *The Suppression of Lesbian and Gay History,* 2005, consultabile qui) che ha impedito di trattare l'amore tra donne nella sua completezza se non attraverso il punto di vista maschile sulla storia. Tale silenzio ha avuto conseguenze concrete anche sul piano della persecuzione: nel contesto del regime fascista italiano, le donne lesbiche non furono perseguitate in quanto tali – il lesbismo non era nemmeno riconosciuto come devianza autonoma, ma ridotto a una forma di pazzia o isteria – e nei campi di concentramento nazisti le donne omosessuali non furono sistematicamente identificate come categoria a sé, subendo la persecuzione non in quanto lesbiche, ma in quanto ebree, politiche o appartenenti ad altri gruppi discriminati. I. KOKULA, *Situazione delle donne lesbiche sotto il nazismo*, in P. GUAZZO, I. RIEDER, V. SCUDERI (a cura di), *R/esistenze lesbiche nell'Europa nazifascista*, Verona, 2010.

svolta decisiva si produsse nell'Ottocento, quando la medicina sottrasse l'omosessualità al dominio della morale cristiana e del diritto penale per farne un oggetto di studio clinico: nacque così la figura dell'«omosessuale» come tipo umano patologico, soggetto a diagnosi e trattamento[15]. Lungi dall'essere una forma di emancipazione, questa medicalizzazione produsse nuove e più sofisticate forme di controllo istituzionale, legittimando pratiche di internamento, "cura" coatta e normalizzazione forzata.

Tale retaggio non si esaurì con il XIX secolo: il fascismo italiano[16] ne offrì una declinazione esemplare, operando una distinzione – mutuata direttamente dal dispositivo medico – tra «omosessualità» come attitudine psichica e «pederastia» come malattia congenita o vizio acquisito[17], distinzione che giustificava tanto l'internamento in manicomio, quanto il confino di polizia[18] .

Il periodo post-Seconda guerra mondiale, pertanto, si apriva con una concezione dell'omosessualità fortemente patologizzante, tanto che nel 1952 l'omosessualità venne inserita dall'American Psychiatric Association all'interno del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) come "disturbo sessuale".

La seconda metà del millennio fu interessata da una doppia anima: da un lato, una parte di popolazione che, identificandosi in nuovi gruppi di rivendicazione – si pensi a Stonewall o al FUORI italiano –, lottavano per ottenere la depatologizzazione dell'omosessualità e, di conseguenza, l'affermazione di diritti fondamentali; dall'altro lato, una percentuale significativa di persone che attribuivano agli orientamenti sessuali non conformi alla norma una natura fortemente medicalizzata, condannando l'omosessualità ad una malattia da curare, oppure ad un vizio[19].

La componente patologizzante di derivazione ottocentesca non si esaurì con la revisione nosografica del 1973, quando il DSM ridusse l'omosessualità a «omosessualità egodistonica» – interessando pertanto soltanto le persone omosessuali che vivevano con disagio il proprio orientamento sessuale – tanto che tale retaggio continuò a condizionare e plasmare la coscienza

---

[15] G. DALL'ORTO, *Tutta un'altra storia. L'omosessualità dall'antichità al secondo dopoguerra*, Milano, 2015, p. 57.

[16] Nel regime nazista, la convinzione che l'omosessualità fosse un vizio curabile trovò la sua espressione più aberrante nella figura di Heinrich Himmler, il quale si servì della collaborazione dei medici del Terzo Reich per inaugurare veri e propri programmi di «guarigione» forzata nei confronti di chi veniva concepito come «nemico biologico». In un primo momento, fece allestire nel campo femminile di Ravensbrück una sezione speciale in cui gli internati omosessuali venivano sottoposti a rapporti sessuali coatti con le prostitute internate, nell'illusione che l'esposizione forzata all'eterosessualità potesse «correggere» l'orientamento sessuale. Il fallimento di questo esperimento non scoraggiò Himmler, che si rivolse allora al medico Karl Vernaet, mettendogli a disposizione il campo di Buchenwald e il chirurgo Schiedlavsky. Vernaet era convinto di poter trasformare gli omosessuali attraverso un protocollo chirurgico che prevedeva, tra le altre cose, la castrazione. Anche questi esperimenti, condotti su esseri umani ridotti a cavie, fallirono. Himmler fu costretto ad arrendersi, liquidando infine la questione con sprezzante cinismo: «Questi individui non meritano la nostra attenzione. Che siano assegnati ai più duri lavori! Abbiamo ben altre cose alle quali pensare, noi SS, per la nostra grandezza». Nonostante il fallimento delle terapie, la persecuzione non si arrestò: le stime storiche indicano che tra i 50.000 e i 200.000 omosessuali furono condotti nei campi di concentramento, dove erano identificati dal triangolo rosa cucito sulla casacca. In tema, R. LAUTAMANN, *La persecuzione degli omosessuali nel Terzo Reich*, in CIRCOLO PINK (a cura di), *Le ragioni di un silenzio. La persecuzione degli omosessuali durante il nazismo e il fascismo*, Verona, 2002; M. CONSOLI, *Homocaust. Il nazismo e la persecuzione degli omosessuali*, Milano, 1991; R. PLANT, *The Pink Triangle*, New York, 1986

[17] L. BENADUSI, *Il nemico dell'uomo nuovo*, Milano, 2021, sottolinea come nel caso di malattia, fosse indicata un'azione curativa con ricovero in casa di cura o internamento in manicomio; nel caso di vizio acquisito per depravazione, si giustificava invece l'azione repressiva con il carcere o il confino. In entrambi i casi, comunque, il soggetto era ritenuto responsabile della propria condizione.

[18] Per un inquadramento delle politiche nazi-fasciste di internamento per contrastare la «degenerazione omosessuale», si v. G. GORETTI, *Il periodo fascista e gli omosessuali: il confino di polizia*, in CIRCOLO PINK (a cura di), *Le ragioni di un silenzio*, *cit.*; G. DALL'ORTO, *Il paradosso del razzismo fascista verso l'omosessualità*, in A. BURGIO (a cura di), *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia 1870-1945*, Bologna, 2000; L. BENADUSI, *op. cit.*

[19] M. GIORI, *Omosessualità e cinema italiano*, Torino, 2019, p. 301.

collettiva, mantenendo l'orientamento sessuale non eterosessuale all'interno di un paradigma di devianza e malattia.

Tale dinamica trovò una conferma tragica negli anni Ottanta, quando l'epidemia di HIV venne sistematicamente associata nell'immaginario collettivo e nel discorso pubblico alla comunità omosessuale maschile – la cosiddetta «peste gay»[20] – riattivando e amplificando il nesso tra omosessualità, contagio e patologia, con effetti diretti sull'accesso alle cure e sulla qualità del trattamento sanitario ricevuto dalle persone LGBTQ+.

Tuttavia, in questo generalizzato clima di ostilità e di medicalizzazione dell'omosessuale, nel 1990, sull'esempio dell'APA, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) concluse il processo di depatologizzazione a livello globale dell'omosessualità. Soltanto a partire da questo momento, diversi ordinamenti giuridici iniziarono a declinare l'omosessualità in termini giuridici, intendendola come condizione personale rispetto alla quale vige il principio di non discriminazione e dal quale deve pertanto derivare una tutela concreta.

Nonostante ciò, la depatologizzazione formale dell'omosessualità non ha comportato l'automatica e definitiva neutralizzazione del retaggio patologizzante che, sedimentatosi nel corso di secoli, si riflette oggi nell'esercizio del diritto alla salute delle persone omosessuali e continua a riflettersi nelle pratiche, nei linguaggi e negli atteggiamenti del personale sanitario, nonché nella struttura stessa dei servizi offerti.

Questo retaggio patologizzante si intreccia con un secondo ordine di ragioni, di natura altrettanto strutturale e di profonda matrice storica e culturale: la pretesa neutralità del sapere medico. Il paradigma dominante della medicina si è storicamente costruito attorno a un soggetto implicito – maschio, bianco, eterosessuale – rispetto al quale ogni corporeità o identità non conforme è stata trattata come variante anomala o, peggio, come assenza di norma. Questa neutralità è, in realtà, una neutralità apparente: essa non descrive l'universale, ma codifica l'eteronormatività come standard "invisibile", traducendola in protocolli clinici, moduli di anamnesi, linguaggi diagnostici e percorsi di cura che non riconoscono – e spesso non nominano – l'orientamento sessuale del paziente (oltre che, chiaramente, tutti quei fattori che eccedono quel paradigma).

L'interazione di questi due fattori – il retaggio patologizzante e la falsa neutralità del paradigma medico – produce una forma di discriminazione, appunto, "sanitaria": non necessariamente esplicita, non sempre intenzionale, ma tanto più insidiosa proprio perché incorporata nella struttura ordinaria dei servizi sanitari, così come organizzati.

La discriminazione sanitaria delle persone omosessuali è, in questo senso, una discriminazione "strutturale", in quanto non dipende dalla condotta di un singolo operatore sanitario, ma è incorporata nell'organizzazione stessa del sistema, e pertanto non rimovibile per via giurisdizionale caso per caso e inoltre incidente sull'effettività, perché determina uno scarto sistematico tra il diritto alla salute formalmente riconosciuto a tutti i consociati e la qualità delle prestazioni concretamente erogate a chi non rientra nel paradigma eteronormativo assunto come neutro.

Il quadro fin qui delineato impone di confrontarsi con un interrogativo di fondo, cioè se possa ritenersi realmente effettivo un diritto sociale fondato sull'eguaglianza sostanziale quando l'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie da parte di un gruppo vulnerabile di individui – e, dunque,

---

[20] Il virus raggiunse l'Europa nel 1982 tanto che, nel 1983, in Italia, un articolo intitolato *La peste gay*, allertava sulla diffusione del virus, enfatizzando l'idea che turisti americani omosessuali fossero i principali responsabili della diffusione del morbo anche nel nostro Paese. Così ricorda quei giorni, P. MARCASCIANO, *Antologaia. Vivere sognando e non sognare di vivere: i miei anni Settanta*, Roma, 2014, p. 237 dove afferma che, sull'articolo menzionato, compariva in primo piano proprio una sua fotografia.

l'effettività di un diritto fondamentale considerato dal punto di vista del suo «volto sociale»[21] – continui ad essere condizionato da assetti organizzativi e culturali implicitamente eteronormativi; nonché di come lo Stato debba intervenire "oltre le Corti", affinché possa essere perseguito lo scopo «non [del]l'attuazione dell'eguaglianza di fatto, ma dell'eguaglianza giuridica, cioè dell'eguale possibilità per tutti i consociati di godere di quei diritti fondamentali che la Costituzione considera connessi con il pieno sviluppo della personalità umana»[22].

2. *Lo scarto tra accesso formale e accesso sostanziale: struttura e manifestazioni della discriminazione sanitaria*

La discriminazione sanitaria si sostanzia, dunque, in una forma di trattamento discriminatorio che si articola in un sistema di barriere stratificate: individuali, come l'omofobia interiorizzata[23] e i problemi di salute mentale; interpersonali, come le micro-aggressioni inconsapevoli del personale sanitario, che presumono la cisgender-eterosessualità del paziente o assumono atteggiamenti patologizzanti; organizzative, come la mancanza di spazi e linguaggi inclusivi; e infine istituzionali, rappresentate dall'assenza di politiche dedicate.

Questa stratificazione rivela che lo scarto tra accesso formale e accesso sostanziale alle prestazioni sanitarie non è riconducibile a singoli episodi di maltrattamento o pregiudizio individuale, ma è il prodotto di dinamiche che attraversano l'intero sistema e che incidono sull'effettività della cura in tutte le sue dimensioni[24] – dalla qualità e appropriatezza del trattamento alla sua tempestività e personalizzazione della cura[25].

Per comprendere la natura giuridica di tale scarto, è utile muovere dalla struttura duale del diritto alla salute. Come è stato osservato in dottrina[26], il diritto alla salute assume, per alcuni aspetti, la fisionomia dei classici diritti di libertà – una libertà negativa, di non interferenza nelle scelte in merito al godimento di un bene che ogni persona possiede; per altri aspetti, invece, si configura come diritto condizionato, a prestazione, il cui godimento è subordinato alla presenza di strutture organizzatorie in grado di soddisfarlo. Questa duplice natura consente di identificare con maggiore precisione le forme attraverso cui il diritto alla salute delle persone omosessuali viene violato e, di conseguenza, le risposte che l'ordinamento è chiamato a predisporre. La compromissione si manifesta, infatti, in

---

[21] Così, D. MORANA, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le Corti": vecchie e nuove questioni*, *cit.*, p. 15. Sul punto, B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Bilancio comunità persona*, 1/2020, p. 41 afferma che «la dimensione sociale, in cui agisce come matrice il personalismo degli articoli 2 e 3 della costituzione italiana, colloca tutti i diritti nella materialità dei rapporti sociali e rappresenta l'antitesi rispetto ad ogni astrazione dei diritti di cui la persona è titolare».

[22] M. MAZZIOTTI, voce *Diritti sociali*, *cit.*, p. 804.

[23] In letteratura, I.H. MEYER, L. DEAN, *Omofobia interiorizzata, intimità e comportamento sessuale tra uomini gay e bisessuali*, in G.M. HEREK (a cura di) *Stigma e orientamento sessuale: comprendere il pregiudizio contro lesbiche, gay e bisessuali*, Thousand Oaks, 1998 dove gli autori definiscono l'omofobia interiorizzata come l'interiorizzazione di atteggiamenti anti-gay sociali in lesbiche e gay e come l'orientamento di atteggiamenti sociali negativi gay verso se stessi, che porta ad una svalutazione di sé e a conseguenti conflitti interni. Si v. inoltre G.M. HEREK, J.C. COGAN, J.R. GILLIS, E.K. GLUNT, *Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men*, in *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 1997; V. LINGIARDI, R. BAIOCCO, N. NARDELLI, *Measure of internalized sexual stigma forlesbians and gay men: A new scale*, in *Journal of Homosexuality*, 2012.

[24] D. MORANA, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le Corti": vecchie e nuove questioni*, in *Rivista di Diritti comparati*, 1/2022, p. 16.

[25] Cioè della capacità di offrire un approccio aderente alla situazione del singolo paziente, con terapie calibrate sulle sue peculiari caratteristiche sanitarie.

[26] E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012, p. 16. Sul tema, inoltre, L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018.

forme qualitativamente diverse, che corrispondono alle due dimensioni del diritto[27]: da un lato, nella negazione attiva del diritto alla salute, quando il sistema sanitario – o soggetti che operano ai suoi margini – utilizza gli strumenti della medicina non per curare, ma per modificare l'identità del paziente: è qui che viene lesa la dimensione negativa del diritto, quella cioè che impone la non interferenza nell'integrità psico-fisica e nell'autodeterminazione della persona. Dall'altro, nella compressione diffusa e sistemica, quando le condizioni strutturali in cui le persone omosessuali vivono e accedono alle cure producono effetti cumulativi sul loro stato di salute: è qui, invece, che viene lesa la dimensione positiva e condizionata, che richiede la predisposizione di strutture organizzatorie adeguate, capaci di garantire a tutti i soggetti le medesime condizioni di accesso effettivo alle prestazioni.

Le terapie di conversione e il *minority stress* costituiscono, rispettivamente, esempi paradigmatici della negazione attiva del diritto alla salute e della sua compressione sistemica. Al tempo stesso, entrambe le forme comportano conseguenze, in modo diretto o mediato, sull'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie: le prime, perché invertono la funzione stessa del sistema di cura, trasformandolo da strumento di tutela della salute in strumento di danno deliberato; il secondo, perché produce condizioni strutturali che compromettono la capacità delle persone omosessuali di accedere alle cure, di riceverle in modo appropriato e di goderne effettivamente.

In questi termini, tali pratiche verranno descritte nei paragrafi che seguono.

2.1 *Le terapie di conversione come "negazione" del diritto costituzionale alla salute*

L'eredità medicalizzata e patologizzante dell'omosessualità trova, oggi, la sua massima e tragica espressione nelle c.d. terapie di conversione[28], intese come quell'insieme di interventi di varia natura accomunati dalla convinzione che l'orientamento sessuale di una persona possa e *debba* essere cambiato o represso quando non rientra in ciò che, in un determinato contesto e momento storico, altri considerano come la norma desiderabile[29].

L'Esperto indipendente delle Nazioni Unite ha definito le terapie di conversione come un termine ombrello, che, a seconda del contesto, può riferirsi ad una molteplicità di pratiche e metodi, alcuni dei quali avvengono in modo clandestino e, quindi, di difficile documentazione. Si tratta, sommariamente e senza pretese di esaustività, di pratiche consistenti in applicazione di elettrodi alle mani, testa, addome e/o genitali; trattamenti chirurgici, come l'isterectomia, la clitoridectomia,

---

[27] Sul tema della doppia dimensione dei diritti fondamentali – individuale/difensiva e istituzionale/ordinamentale – si v. A. DI MARTINO, *La doppia dimensione dei diritti fondamentali*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 22016, laquale sottolinea come la dimensione individuale, pur attenendo al profilo soggettivo e difensivo tipico della tradizione liberale, possa richiedere per la propria realizzazione misure attive da parte dei poteri pubblici, proiettandosi così sulla dimensione istituzionale. Applicata al diritto alla salute, questa prospettiva è sviluppata da E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, *cit.*, pp. 16 ss.

[28] Per saperne di più, si v. il report di ILGA, *Curbing deception. A world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies"*, 2020, pp. 17 ss. Per un inquadramento del tema, si v. G. VIGGIANI, *Le terapie di conversione sessuale. Dalle origini ai più recenti sviluppi*, in V. PESCATORE (a cura di), *Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui "trattamenti di conversione"*, Torino, 2021, pp. 73 ss.; ID., *Riflessioni sui profili (bio)etici delle terapie di conversione dell'orientamento sessuale*, in *BioLaw Journal*, n. 3/2024.

[29] NAZIONI UNITE - HUMAN RIGHTS COUNCIL, *Pratices of so-called "conversion therapy". Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, 2020, p. 4, consultabile qui. Inoltre, il *Report* afferma che la ricerca si è concentrata sulle terapie di conversione in relazione all'orientamento sessuale – piuttosto che all'identità di genere – e, inoltre, all'omosessualità maschile e all'impatto di esse sugli uomini gay: infatti, in 55 studi vagliati dall'APA nel 2009, 43 riguardavano esclusivamente uomini gay o bisessuali e soltanto uno riguardava le lesbiche; un *bias*, questo, che ha impedito di cogliere la natura di tali pratiche lesive nei confronti di tali minoranze.

l'ovariectomia, la castrazione, la chirurgia del nervo pudico, la lobotomia; trattamenti farmacologici, come la somministrazione di ormoni, shock farmacologici, trattamenti con stimolanti e tranquillanti; il condizionamento psicologico, come l'ipnosi e l'elettroshock oppure il ricovero in ospedali; nonché rituali religiosi come gli esorcismi e forme di violenza correttiva[30].

La Società Italiana di Andrologia ha rilevato che circa il 10% dei giovani LGBTQ+ è vittima di tali pratiche correttive, sottolineando che esse hanno «basi scientifiche inesistenti, sono contrarie a ogni deontologia e sono pericolose e dannose per chi le subisce, spesso adolescenti o giovanissimi»[31], rappresentando, quindi, una violazione dei diritti fondamentali della persona omosessuale.

Sul piano costituzionale, le terapie di conversione si configurano come una negazione radicale del diritto alla salute sancito dall'art. 32 Cost., nella sua duplice dimensione di diritto individuale e di interesse della collettività[32]. Come si è visto, la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente elaborato un contenuto minimo del diritto alla salute, che opera attraverso tre schemi di ragionamento: il primo, basato sul carattere fondamentale del diritto; il secondo, che opera attraverso il principio costituzionale di eguaglianza e il terzo, che agisce attraverso il bilanciamento di situazioni costituzionalmente protette[33]. Di conseguenza, il diritto alla salute comprende necessariamente la tutela dell'integrità psico-fisica della persona e il diritto a non subire trattamenti lesivi di tale integrità. Le terapie di conversione si pongono in frontale contrasto con ciascuno di questi profili: esse non solo non producono alcun beneficio terapeutico documentato[34], ma generano danni psicologici gravi e spesso irreversibili, traducendosi in una violazione del diritto alla salute nella sua accezione più piena. A ciò si aggiunge la dimensione antidiscriminatoria: tali pratiche sono rivolte esclusivamente a soggetti individuati in ragione del loro orientamento sessuale, il che le rende, di per sé, strutturalmente discriminatorie e incompatibili con il principio di eguaglianza di cui all'art. 3, Cost.

Sul piano dell'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie, le terapie di conversione rappresentano non già un caso di esclusione dal sistema di cura, quanto il suo opposto: un caso di accesso distorto, in cui il sistema sanitario utilizza gli strumenti della medicina per "curare" modificando l'identità sessuale della persona. Si tratta, quindi, non tanto di un ostacolo all'accesso alla prestazione, ma di un inversione della sua stessa funzione.

Eppure, a fronte della chiarezza del quadro costituzionale di riferimento, l'ordinamento italiano non ha ancora tradotto tale impostazione in una risposta normativa organica.

---

[30] Cfr. INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, *Violence against Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Persons in the Americas*, 2015, pp. 9 ss., dove viene sottolineato, in particolare, che le pratiche di violenza sessuale sono spesso perpetrate con finalità di "conversione": si parla, a tal proposito, di stupri sistematici o "correttivi", di cui si registra testimonianza contro donne lesbiche in regioni del mondo quali India, Nigeria e Sudafrica e in Kenya contro uomini gay e trans.

[31] Sulla notizia, qui.

[32] Sul punto, B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, n. 1/1984, p. 22, afferma che il diritto alla salute è uno dei diritti centrali dell'«edificio costituzionale», il cui carattere di diritto fondamentale impone che debba essere considerato come valore fondante e come principio «di una Costituzione che si pone come fondamento legale ad un tempo della società civile, della società politica e dello Stato».

[33] B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, p 18.

[34] AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, Washington, APA, 2009. Il rapporto, frutto del lavoro della *Task Force* istituita dalla *Division 44*, costituisce il documento conclusivo dell'indagine avviata nel 2007 e rappresenta la presa di posizione ufficiale più articolata dell'APA sul tema. Esso afferma esplicitamente che gli interventi volti a modificare l'orientamento sessuale non hanno dimostrato efficacia e che, al contrario, espongono i soggetti a significativi rischi per la salute mentale, raccomandando in via definitiva l'adozione di approcci terapeutici affermativi. Il documento è consultabile qui.

L'assenza di una fattispecie penale autonoma lascia la repressione di tali pratiche affidata a reati "classici"[35] – maltrattamenti contro familiari e conviventi, lesioni, omicidio colposo, violenza privata, truffa e circonvenzione d'incapace[36] – che tuttavia non colgono la specificità del disvalore insito nelle terapie di conversione, né sono in grado di intercettare le forme più subdole e non coercitive di tali pratiche, come quelle condotte in contesti religiosi o pseudo-terapeutici con il formale consenso del soggetto.

A confermare la profondità di tale vuoto normativo sul piano interno, significativo è l'*iter* legislativo che ha interessato il progetto di legge presentato al Senato (Legislatura 17, Disegno di legge n. 2402 – *Norme di contrasto alle terapie di conversione dell'orientamento sessuale dei minori*)[37]. Il disegno di legge, che proponeva una fattispecie autonoma di reato per le terapie di conversione praticate su minori, con pene fino a due anni di reclusione[38], non ha mai raggiunto la discussione parlamentare. L'insuccesso di tale iniziativa legislativa, però, non è riconducibile ad una mera questione di tecnica normativa: occorre considerare come esso rifletta piuttosto una difficoltà politica strutturale a tradurre in diritto positivo il riconoscimento della piena titolarità del diritto alla salute delle persone omosessuali in un ordinamento che, ancora, non prevede – né, al momento, è prevista alcune proposta in tal senso – strumenti normativi in grado non solo di punire, ma anche di intercettare pratiche concretamente lesive del diritto alla salute e della dignità dell'essere umano.

In tema, occorre inoltre rilevare l'assenza, a livello nazionale e sovranazionale, di alcuna pronuncia giurisprudenziale significativa sul punto[39]. Tale lacuna non è riconducibile esclusivamente all'assenza di norme specifiche che criminalizzino puntualmente le pratiche volte a modificare l'orientamento

---

[35] Sul punto, E. SCAROINA, *Prospettive di criminalizzazione delle terapie di conversione sessuale* in *Diritto penale contemporaneo*, n. 4/2020

[36] *Ibidem*, pp. 44-45, la quale richiama inoltre Cass. pen., sez. 2, 21.05.1992, n. 9520, relativo alla Chiesa di Scientology in cui la Corte di Cassazione riconobbe la responsabilità dei vertici dell'associazione per i reati, tra gli altri, di truffa aggravata e lesioni gravi colpose. Infatti, gli appartenenti alla comunità promettevano la soluzione o guarigione dei mali fisici o psichiatrici degli aderenti, o del loro disagio esistenziale o miglioramento della mente, con un'attività di stimolazione del cervello, attraverso terapie – retribuite – che consistevano in un programma di purificazione, che prevedeva tra l'altro intense sedute di sauna e somministrazione di farmaci e vitamine. Tuttavia, in conseguenza di tali trattamenti, posti in essere da soggetti privi di qualsiasi qualifica medica, alcuni adepti riportavano significativi disturbi psichici, tanto da renderne necessario il ricovero.

[37] Il quale intendeva per "conversione dell'orientamento sessuale" «ogni pratica finalizzata a modificare l'orientamento sessuale di un individuo, inclusi i tentativi di modificare i comportamenti, o le espressioni di genere, ovvero di eliminare o ridurre l'attrazione emotiva, affettiva o sessuale verso individui dello stesso sesso, di sesso diverso o di entrambi i sessi».

[38] L'art. 2 del disegno di legge prevedeva che «Chiunque, esercitando la pratica di psicologo, medico psichiatra, psicoterapeuta, terapeuta, consulente clinico, *counsellor*, consulente psicologico, assistente sociale, educatore o pedagogista, faccia uso su soggetti minorenni di pratiche rivolte alla conversione dell'orientamento sessuale è punito con la reclusione fino a due anni e con la multa da 10.000 a 50.000 euro. La condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle attrezzature utilizzate».

[39] Occorre però segnalare una recente pronuncia della Corte suprema americana, *Chiles v. Salazar*, n. 24-539, decisa il 31 marzo 2026. La Corte Suprema federale, con opinione redatta dal giudice Gorsuch e con il consenso di otto giudici su nove (unica dissenziente la giudice Jackson), ha accolto il ricorso di una counselor del Colorado, Kaley Chiles, che svolgeva esclusivamente *talk therapy* e impugnava in via *as-applied* la legge statale del 2019 che vietava ai professionisti sanitari licenziati di praticare terapie di conversione sui minori. La Corte ha ritenuto che la legge, nella misura in cui si applicava alla sola terapia verbale della ricorrente, operasse una discriminazione basata sul punto di vista ("*viewpoint discrimination*") in violazione del Primo Emendamento: la normativa consentiva infatti alla counselor di esprimere sostegno per il percorso identitario del cliente o per la transizione di genere, ma le vietava di assistere clienti che desiderassero modificare i propri orientamenti o comportamenti sessuali. La Corte ha escluso che la *talk therapy* potesse essere riqualificata come mera condotta professionale al fine di sottrarre la regolazione al vaglio rigoroso del Primo Emendamento, ribadendo che la libertà di parola dei professionisti sanitari non gode di protezione costituzionale attenuata. Per un commento, C. DE SANTIS, Convers(at)ions with friends: *anche la terapia di conversione integra una forma di free speechcostituzionalmente protetto*, in *Diritti comparati*, 2026.

sessuale di una persona[40]: concorrono, infatti, la difficoltà probatoria che caratterizza tali condotte e la tendenza delle vittime a non denunciare.

Dal punto di vista del diritto internazionale, la Risoluzione 2643 (2026) dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa costituisce il riferimento più organico sul tema. Lo strumento di *soft law* definisce le terapie di conversione come «all measures or efforts aimed at changing, repressing or suppressing a person's sexual orientation, gender identity or gender expression, based on the false belief that such core aspects of a person's identity are pathological or undesirable, or somehow able to change»[41].

Il fondamento giuridico del divieto non viene tuttavia ancorato a un autonomo diritto alla salute: i danni psicologici documentati – tra cui sintomi depressivi e ansiosi, stress post-traumatico e istinto suicidario – assolvono nel ragionamento della Risoluzione una funzione essenzialmente empirica, quella cioè di attestare la gravità del pregiudizio subito, ma non costituiscono la categoria giuridica fondante. Il divieto riposa piuttosto sulla tutela dell'autonomia personale nella scelta del proprio orientamento sessuale, riconducibile all'art. 8 CEDU, e della dignità umana: è la lesione di questi beni, non la violazione di un diritto alla salute in senso tecnico, a giustificare l'intervento normativo invocato dall'Assemblea. Una simile impostazione, per quanto coerente con la tradizione della Convenzione europea, lascia tuttavia aperta la questione se un inquadramento esplicito in termini di diritto alla salute non avrebbe offerto una base più robusta e azionabile per le vittime.

Nonostante tale elemento di criticità, occorre riconoscere che pur ricorrendo a uno strumento di *soft law*, il Consiglio d'Europa ha adottato una posizione netta, esercitando una pressione politica significativa sugli Stati membri affinché introducano legislazioni di divieto con particolare insistenza sul versante penalistico.

Sul piano dell'effettività, invece, l'approccio è consapevolmente multidimensionale: alla sanzione penale vengono affiancate misure di diritto civile – come i *conversion therapy protection orders* – nella consapevolezza che il solo strumento repressivo sia insufficiente a garantire una tutela tempestiva e concreta alle vittime. A ciò si aggiunge l'indicazione di investire nella formazione degli operatori giuridici, sanitari e delle forze dell'ordine, quale condizione strutturale senza la quale qualsiasi previsione normativa rischia di restare inapplicata nella prassi.

In definitiva, le terapie di conversione rappresentano la manifestazione più radicale e paradigmatica della "negazione" del diritto costituzionale alla salute delle persone omosessuali: una negazione nel senso più letterale del termine, poiché esse non si limitano a escludere le persone omosessuali dall'accesso alle prestazioni sanitarie, ma utilizzano il linguaggio e gli strumenti della medicina per infliggere loro un danno deliberato, fondato sulla falsa premessa che la loro identità costituisca una "patologia" da curare e correggere.

Il quadro esaminato rivela, peraltro, che tale negazione non è contrastabile attraverso il solo strumento penale, e tanto meno attraverso il ricorso alle fattispecie di reato comuni attualmente disponibili nell'ordinamento italiano.

Finché il legislatore non interverrà in tal senso, il diritto alla salute delle persone omosessuali resterà, in questo campo, un diritto formalmente riconosciuto ma concretamente negato.

---

[40] A giugno 2026, i Paesi europei a criminalizzare le terapie di conversione sono Malta, Francia, Spagna, Svizzera, Germania e Grecia.

[41] CONSIGLIO D'EUROPA, Risoluzione 2643 (2026), par. 1.

2.2 *Il* minority stress *come fattore di compressione del diritto alla salute*

Dall'eredità patologizzante dell'omosessualità e dall'idea – ancora concretamente praticata – della sua "curabilità" deriva un'ulteriore conseguenza, costituzionalmente rilevante nella misura in cui incide sul diritto alla salute delle persone omosessuali: quella che la letteratura psicologica ha riassunto nel concetto di «minority stress»[42] o «stress di minoranza».

A differenza delle terapie di conversione, che possono essere intese come un caso di accesso *distorto* alle prestazioni mediche e sanitarie, il *minority stress* rappresenta invece un caso di accesso strutturalmente compromesso: esso non è prodotto direttamente dal sistema sanitario, ma è un fenomeno che incide dall'esterno sulla capacità – e sull'opportunità – delle persone omosessuali di accedere alle cure e beneficiarne.

La letteratura psicologica ha elaborato, allargando le maglie della nozione di stress sociale, il concetto di *minority stress* per descrivere l'eccesso di stress cui sono esposti gli individui appartenenti a categorie sociali stigmatizzate a causa della loro posizione sociale, spesso minoritaria. Alla base di tale elaborazione teorica vi è il tentativo di integrare criticamente i risultati prodotti dalla letteratura sociologica e psicologica sugli effetti avversi del pregiudizio e dello stigma nella vita e sulla salute degli individui e dei gruppi interessati. In particolare, la letteratura sociologica ha osservato come la struttura sociale, la cultura dominante e le norme vigenti possano configurarsi come fattori di stress per gli individui che appartengono a una minoranza, nella misura in cui tale struttura non ne riflette le caratteristiche e gli interessi[43].

Il principale contributo teorico alla sistematizzazione del concetto si deve a Meyer, il quale, rielaborando la teoria dello stress di Lazarus e Folkman e la dottrina dei teorici del confronto sociale, individua come elemento unificante il «disallineamento» tra l'individuo e la sua esperienza della società. Applicato specificamente alla popolazione LGB, Meyer propone tre processi di *minority stress* rilevanti, ordinati dal distale al prossimale: in primo luogo, eventi e condizioni stressanti esterni e oggettivi; in secondo luogo, le aspettative di tali eventi e la vigilanza che esse richiedono; e, infine, l'interiorizzazione di atteggiamenti sociali negativi. A tali processi si aggiunge l'occultamento del proprio orientamento sessuale, inteso come fattore di stress prossimale, il cui effetto stressante deriva da processi psicologici interni[44].

Il *minority stress* presenta tre caratteristiche fondamentali che ne determinano la specificità rispetto agli altri fattori di stress generalmente sperimentati dalla popolazione: esso è unico – in quanto si aggiunge, senza sostituirlo, allo stress ordinario, determinando per i soggetti stigmatizzati uno sforzo di adattamento superiore; è cronico – in quanto correlato a strutture sociali e culturali relativamente stabili; ed è socialmente basato – in quanto scaturente da processi istituzionali e strutturali che trascendono l'individuo.

---

[42] Sul concetto di minority stress, si v., *ex multis*, I.H. MEYER, *Minority stress and mental health in gay men*, in *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995; ID., *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*, in *Psychological Bulletin*, 2003; K.W. ALLISON, *Stress e appartenenza a categorie sociali oppresse*, in J.K. SWIM, C. STANGOR (a cura di), *Pregiudizio: la prospettiva del bersaglio*, San Diego, 1998; R. CLARK, N.B. ANDERSON, V.R. CLARK, D.R. WILLIAMS, *Il razzismo come fattore di stress per gli afroamericani: un modello biopsicosociale*, in *American Psychologist*, 1999.

[43] Sul punto, si v. A.L. AMODEO ET AL., *Salute, benessere, sessualità*, in F. CORBISIERO, S. MONACO, *Manuale di studi LGBTQIA+*, Milano, 2024, pp. 132 ss.

[44] I fattori di stress distali vengono definiti come fattori oggettivi, in quanto indipendenti dalle percezioni o dalle valutazioni di un individuo. I fattori prossimali sono invece più soggettivi e correlati all'identità di sé in quanto lesbica, gay o bisessuale. Cfr. I.H. MEYER, *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations*, *cit.*

Queste caratteristiche rendono il *minority stress* un fenomeno sistemico, non riducibile a episodi isolati di discriminazione, con conseguenze documentate sulla salute mentale e fisica degli individui coinvolti: depressione, ansia, isolamento sociale, abuso di sostanze e ideazione suicidaria rappresentano gli esiti più frequentemente associati all'esposizione prolungata allo stigma sociale[45].

Sul piano individuale, la distinzione tra fattori di stress *distali* e *prossimali* consente di apprezzare la complessità delle dinamiche attraverso cui lo stigma incide sulla salute. I fattori distali – quali le esperienze dirette di discriminazione, violenza e pregiudizio – operano in modo relativamente oggettivo, indipendentemente dall'identificazione del soggetto con lo status di minoranza. I fattori prossimali coinvolgono invece processi più soggettivi, legati all'identità: la vigilanza costante nelle interazioni sociali, il timore di essere scoperti, l'occultamento dell'orientamento sessuale e, soprattutto, la c.d. *omofobia interiorizzata* – intesa come l'orientamento di atteggiamenti sociali negativi verso sé stessi – contribuiscono a produrre stati di svalutazione di sé, scarsa autostima e profondi conflitti interni. Molti studi hanno dimostrato che tali dinamiche portano le persone LGB a sperimentare alienazione, difficoltà di auto-accettazione e sintomi depressivi che incidono in modo significativo sulla loro qualità di vita[46].

In tale quadro, il *coming out* – inteso come il processo complesso mediante il quale una persona LGBTQIA+ decide di condividere aspetti della propria identità minoritaria con altre persone[47] – rappresenta un momento cruciale per la salute mentale. Se, da un lato, diversi studi evidenziano un'associazione significativa tra identità LGBT positiva e benessere psicologico[48], dall'altro, l'esposizione della propria identità comporta un aumentato rischio di stigmatizzazione, rifiuto da parte di figure significative ed esperienze di vittimizzazione. Le reazioni genitoriali e sociali condizionano in modo determinante l'esito di questo processo: laddove il contesto è ostile o indifferente, il *coming out* può amplificare, anziché attenuare, l'esposizione ai fattori di *minority stress*.

Tra i fattori prossimali, un rilievo particolare assume la c.d. *omofobia interiorizzata*, che descrive il processo di assorbimento acritico degli atteggiamenti sociali antigay da parte delle stesse persone lesbiche e gay. Tale fenomeno si traduce in una svalutazione di sé e in conflitti interni che alimentano stati d'ansia e depressione, nonché in una tendenza all'occultamento dell'identità che isola ulteriormente l'individuo dalla comunità di appartenenza. La dottrina ha documentato come bassi livelli di autostima, speranza, autoefficacia e qualità della vita siano significativamente associati

---

[45] Cfr. M.L. HATZENBUEHLER, *How does sexual minority stigma «get under the skin?»*, in *Psychological Bulletin*, 2009, pp. 707 ss.

[46] Si v., *ex plurimis*, D.E. FRABLE, C. WORTMAN, J. JOSEPH, *Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: The importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity*, in *Journal of Personality*, 1997; I.H. MEYER, *Minority stress and mental health in gay men*, *cit.*; B. TOOMEY, C. RYAN, R.M. DIAZ, S.T. RUSSELL, *Coping with Sexual Orientation-Related Minority Stress*, in *Journal of Homosexuality*, 2017.

[47] Il coming out viene definito come «quel processo complesso mediante il quale una persona LGBTQIA+ può decidere di condividere con altre persone uno o più aspetti della propria identità minoritaria in riferimento all'orientamento sessuale e/o all'identità di genere». Sul punto, R. BAIOCCO, *Coming out e sviluppo*, in F. CORBISIERO, S. MONACO, *Manuale di studi LGBTQIA+*, *cit*., p. 107.

[48] Sul tema, si v. R. BAIOCCO, M. SALVATI, N. CARONE, S. IOVERNO, M.R. NAPPA, J. PISTELLA, *Identità positiva in persone lesbiche, gay e bisessuali: un contributo alla validazione italiana della Lesbian, Gay and Bisexual Positive identity measure (LGBT-PIM)*, in *Giornale italiano di psicologia*, 2018; R. BAIOCCO, J. PISTELLA, M. MORELLI, *Coming out to parents in lesbian and bisexual women: the role of internalized sexual stigma and positive LB identity*, in *Frontiers in Psychology*, 2020.

all'omofobia interiorizzata, configurando quest'ultima come uno dei principali vettori attraverso cui lo stigma sociale si traduce in danno individuale[49].

La teoria del *minority stress* permette altresì di leggere le specificità dei diversi sottogruppi che compongono la popolazione LGB. Tra gli uomini omosessuali adulti e anziani, il fenomeno dell'ageismo – inteso come il pregiudizio o la discriminazione basata sull'età – interagisce con lo stigma dell'orientamento sessuale, producendo un senso di invecchiamento soggettivo accelerato legato al "primato della giovinezza" nella comunità gay maschile. I soggetti bisessuali costituiscono, a loro volta, un sottogruppo particolarmente esposto alla depressione, in ragione dello stigma derivante sia dalla società eteronormativa sia, talvolta, dalla stessa comunità LGBTQ+, che tende a non riconoscere pienamente la loro identità.

Tali dinamiche incrementano il carico complessivo di *minority stress* in modo cumulativo, generando esiti di salute particolarmente sfavorevoli[50].

In prospettiva costituzionale, il concetto di *minority stress* consente di comprendere come la compressione del diritto alla salute delle persone omosessuali non sia riconducibile a singole barriere di accesso ai servizi, ma si innesti in dinamiche sistemiche che alterano profondamente l'esperienza di vita e di benessere dell'individuo. Lo stress cronico derivante dallo stigma, dall'esclusione e dalla mancanza di riconoscimento del proprio orientamento sessuale produce effetti cumulativi che incidono tanto sulla dimensione individuale quanto su quella collettiva del diritto alla salute.

Dal punto di vista dell'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie, il *minority stress* produce conseguenze lungo tre direttrici. In primo luogo, esso produce bisogni sanitari specifici che il sistema non riconosce: in quanto costruito sul paradigma eteronormativo, la specificità dell'orientamento sessuale come determinante di salute non comporta la predisposizione di prestazioni calibrate su questi bisogni specifici. In secondo luogo, le esperienze di discriminazione già subite o attese inducono le persone omosessuali a evitare il contatto con il personale sanitario, a non dichiarare il proprio orientamento sessuale durante il percorso clinico o a rinunciare alla prevenzione, comportando un problema di "ritiro" dal sistema sanitario. Da ultimo, il *minority stress* compromette la qualità della prestazione ricevuta, poiché anche quando la persona omosessuale accede alle cure, il fatto di non poter dichiarare il proprio orientamento sessuale compromette l'appropriatezza terapeutica e determina l'impossibilità per il medico di disporre delle informazioni necessarie per erogare una prestazione calibrata sulla situazione reale di vita del paziente.

La condizione di accesso strutturalmente compromessa che ne deriva – sul piano della prevenzione, dell'appropriatezza terapeutica, della tempestività e della personalizzazione delle cure – non è, pertanto, il frutto (solo) di scelte individuali (benché condizionate), bensì il prodotto di un sistema che non garantisce a tutti i soggetti le medesime condizioni di effettività del diritto sancito dall'art. 32 Cost.

Questo rilievo impone di compiere un passaggio ulteriore: considerare il *minority stress* non soltanto come categoria descrittiva di un fenomeno psicologico, ma come indicatore giuridicamente

---

[49] Cfr. I.H. MEYER, L. DEAN, *Omofobia interiorizzata, intimità e comportamento sessuale tra uomini gay e bisessuali*, in G.M. Herek (a cura di), *Stigma e orientamento sessuale: comprendere il pregiudizio contro lesbiche, gay e bisessuali*, Thousand Oaks, Sage, 1998; V. Lingiardi, *Citizen gay. Affetti e diritti*, Milano, Il Saggiatore, 2010; V. Lingiardi, R. Baiocco, N. Nardelli, *Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: A new scale*, in *Journal of Homosexuality*, 2012.

[50] F. MONGELLI ET AL., *Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence*, in *Minerva Psichiatria*, 2019, pp. 27 ss.; B. PAKULA ET AL., *Life stress as a mediator and community belonging as a moderator of mood and anxiety disorders and co-occurring disorders with heavy drink of gay, lesbian, and heterosexual Canadians*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016, pp. 1181 ss.

rilevante di quella forma di discriminazione "sanitaria" che emerge, in questo caso, nella sua componente strutturale.

Da ultimo, occorre considerare come il *minority stress*, in quanto esito documentato e misurabile di dinamiche sociali e istituzionali che lo Stato non ha (ancora) rimosso, possa costituire il fondamento empirico di un obbligo positivo di intervento: un obbligo che si traduce – come si vedrà nel paragrafo che segue – in misure di protezione, compiti di regolazione e scelte organizzative che lo Stato, e in particolare le Regioni nell'esercizio della propria competenza concorrente in materia di tutela della salute, sono chiamati ad adottare per rendere effettivo, anche per le persone omosessuali, il diritto sancito dall'art. 32 Cost.

3. *La dimensione organizzativa del diritto alla salute tra competenze pubbliche e obblighi di inclusione*

Gli obblighi positivi che il combinato disposto degli artt. 3, comma 2, e 32 Cost. pone in capo ai poteri pubblici trovano il loro fondamento più diretto nella componente sociale del diritto alla salute, dalla quale, come si è detto, discende un diritto alle prestazioni sanitarie – cioè un diritto ad essere curati: una pretesa positiva nei confronti dello Stato[51] affinché predisponga le condizioni organizzative, normative e finanziarie necessarie a rendere le cure concretamente accessibili a tutti i soggetti, indipendentemente dalle loro condizioni personali[52].

La necessità di interrogarsi sulle strade percorribili al di là dello strumento giurisdizionale[53] trova un preciso fondamento nella riflessione dottrinale sul diritto alla salute. La dottrina ha elaborato, a tal proposito, due linee di tendenza: la prima, volta a costruire il diritto alla salute come fascio di situazioni giuridiche soggettive suscettibili di immediata tutela tanto nei confronti dei pubblici poteri quanto dei privati[54] ; la seconda, volta a evitare che la questione dell'effettività del diritto alla salute si esaurisca nel quadro delle sole garanzie giurisdizionali della rigidità costituzionale[55].

In questa seconda prospettiva, l'effettività della disciplina costituzionale sul diritto alla salute viene assicurata operando una trasformazione del senso degli istituti esistenti mediante un'interpretazione costituzionalmente orientata: un canone che muove dall'esigenza di «dare alla norma costituzionale maggior ampiezza ed espansione possibile»[56] e che non si limita al controllo di costituzionalità dell'azione – o delle omissioni – del legislatore, ma si spinge a ridefinire il rapporto tra organizzazione dei servizi e situazioni giuridiche soggettive.

Tra le due linee di tendenza richiamate, la seconda risulta particolarmente rilevante ai fini della presente analisi: la discriminazione sanitaria delle persone omosessuali è, come detto, una discriminazione strutturale, incorporata nell'organizzazione del sistema, non rimovibile per via giurisdizionale caso per caso, che richiede risposte legislative e organizzative di carattere sistemico.

---

[51] Sul natura del diritto alla salute come diritto condizionato, a prestazione, il cui godimento è subordinato alla presenza di «strutture organizzatorie» in grado di soddisfarlo, A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia Giuridica*, Roma, 1989, p. 215.

[52] P. CARETTI, G. TARLI BARBIERI, *I Diritti fondamentali. Libertà e Diritti sociali*, Torino, 2022, p. 449 ss.

[53] Sul tema, si v. inoltre A. MANGIA, *"Attuazione" legislativa ed "applicazione" giudiziaria del diritto alla salute*, in *Dir. Pubb*., 1998.

[54] Si tratta della tesi della pluridimensionalità del diritto alla salute, B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società*, 1983, p. 25.

[55] M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e Società*, 1980, p. 769.

[56] *Ibidem*, p. 773.

In questo senso, le scelte organizzative non possono risultare condizionanti le situazioni giuridiche soggettive: infatti, la struttura organizzativa è strumento attraverso il quale il diritto alla salute «vive e viene realizzato»[57], non è condizionante, ma condizionata in funzione della tutela della situazione giuridica soggettiva del singolo[58].

Applicato al caso delle persone omosessuali, questo principio ha una portata trasformativa precisa: l'organizzazione eteronormativa del sistema sanitario – nei suoi protocolli clinici, nei suoi linguaggi diagnostici, nella formazione del suo personale – non è un dato neutro da accettare, ma una struttura che deve essere resa funzionale al diritto e ai suoi contenuti, così come storicamente determinati. L'omissione legislativa e organizzativa che produce discriminazione strutturale non è, pertanto, giuridicamente irrilevante: essa costituisce un inadempimento rispetto all'obbligo costituzionale di predisporre le condizioni affinché il diritto alla salute possa essere effettivamente goduto da tutti i soggetti in condizioni di eguaglianza sostanziale.

A questo proposito, occorre però valutare e comprendere che soggetto (o soggetti), eventualmente, possono – e devono – intervenire in questa direzione.

3.1 *Il ruolo delle Regioni tra legislazione antidiscriminatoria e organizzazione dei servizi*

Il quadro costituzionale che governa l'organizzazione dei servizi sanitari in Italia si fonda su un doppio titolo di intervento statale: la competenza esclusiva a determinare i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», da garantirsi uniformemente su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost., e la competenza concorrente in materia di «tutela della salute», ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.[59].

Questo assetto affonda le proprie radici nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad opera della legge n. 833 del 1978, che ha tradotto il dettato dell'art. 32 Cost. in un sistema organizzato di tutela della salute, definendo, all'art. 1, il SSN come «il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»[60].

Sin dalle sue origini, il sistema ha dunque incorporato una tensione costituzionale tra uniformità dei diritti e autonomia organizzativa regionale: se spetta allo Stato definire il contenuto minimo inderogabile delle prestazioni dovute a ciascun individuo, spetta alle Regioni – nell'esercizio della propria competenza concorrente – tradurre tali standard in scelte organizzative concrete, capaci di rispondere alle specificità dei territori e dei soggetti che li abitano.

Proprio su questo piano, tuttavia, l'ordinamento vigente rivela una delle sue lacune più significative.

---

[57] E. FERRARI, *I servizi sociali*, Milano, 1986, pp. 50 ss.

[58] E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, *cit.*, p. 23.

[59] Per un inquadramento del tema dopo la riforma del Titolo V, si v. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, pp. 11 ss.; A. CELOTTO, *La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost.*, in *L'Arco di Giano*, 2002; L. VIOLINI, *Costanti e variabili nell'organizzazione dei servizi sanitari. Per una prima valutazione delle riforme costituzionali in materia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

[60] Sul punto, si v. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, *cit.*, p. 43, che ricorda come in quel testo normativo uguaglianza e autonomia si contemperassero nel disegno di attuazione democratica di un diritto fondamentale.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – considerati come «la *cifra costituzionale* dell'uguaglianza nella determinazione dei tratti prestazionali del diritto alla salute»[61] – garantiscono, in linea di principio, l'accesso universale e non discriminatorio alle prestazioni sanitarie: tuttavia, il legislatore statale non ha sinora introdotto specificazioni relative alle categorie di soggetti identificabili attraverso l'orientamento sessuale o l'identità di genere[62]. Tale assenza non è priva di conseguenze giuridiche: nella misura in cui le persone omosessuali si trovano in una condizione di accesso strutturalmente compromessa – per effetto delle barriere individuali, interpersonali e organizzative già richiamate –, l'inerzia del legislatore statale si traduce in una mancata attuazione del principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, secondo comma, Cost., letto in combinato disposto con l'art. 32 Cost.

L'obbligo positivo dello Stato di rimuovere gli ostacoli che impediscono l'effettivo godimento del diritto alla salute impone, in questa prospettiva, un'interpretazione evolutiva dei LEA che tenga conto delle vulnerabilità strutturali dei gruppi minoritari[63].

In tale contesto di parziale inerzia statale, l'intervento regionale ha assunto una funzione costituzionalmente significativa. Diverse Regioni hanno adottato, in attuazione degli artt. 3, 32 e 117 Cost., leggi volte a contrastare le discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, estendendone l'applicazione all'accesso ai servizi di propria competenza, tra cui quello sanitario. Tali interventi normativi si articolano, tuttavia, secondo approcci differenti, che rivelano la persistente frammentarietà di una tutela ancora priva di un quadro unitario a livello nazionale.

Un primo modello – adottato da Calabria, Campania, Liguria, Marche, Sicilia e Umbria – si limita a vietare ogni forma di discriminazione nell'accesso ai servizi regionali in senso lato, senza introdurre misure specifiche con riguardo all'ambito sanitario[64]. Sebbene tali disposizioni abbiano un indubbio valore simbolico e un portato giuridico non trascurabile – in quanto fondano pretese azionabili nei

---

[61] E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni". Considerazioni sull'effettività della tutela*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013, p. 340.

[62] Sul punto, si v. B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, p. 18. Si v., inoltre, A. LORENZETTI, *La parità fra uomo e donna nell'accesso ai servizi sanitari*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 3/2012, p. 14-15, la quale avanza una lettura del diritto all'accesso a beni e servizi sanitari – nello specifico, all'interruzione volontaria di gravidanza e contraccezione di emergenza – in funzione dell'uguaglianza intesa come antidiscriminazione: in particolare, attraverso la concreta sottrazione a soggetti terzi di qualsiasi volontà di intervento e intromissione sulle scelte della persona, individuali ed esclusive. Così, anche ID., *Le discriminazioni di genere nell'accesso a beni e servizi sanitari. Ovvero delle tensioni irrisolte del diritto antidiscriminatorio*, in *BioLaw Journal*, 2/2019, spec. pp. 97 ss., dove l'A. sottolinea come l'ambito sanitario rappresenti un caso in cui l'accesso e la fornitura di beni e servizi necessiti di tener conto delle differenze di genere, posta la rilevanza delle diversità corporee fra sesso maschile e sesso femminile.

[63] In ambito di parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura, centrale è la Direttiva 2004/113/CE, recepita nell'ordinamento italiano con una modifica al Codice delle Pari Opportunità, d.lgs. 198/2006. Per un inquadramento del tema, si v. A. LORENZETTI, *L'accesso a beni e servizi sanitari come prisma dell'uguaglianza, fra non discriminazione, parità e diritto alla differenza: verso la formulazione di un principio di antisubordinazione di genere*, in B. PEZZINI, A. LORENZETTI (a cura di), *70 anni dopo, tra uguaglianza e differenza*, *cit*., pp. 243 ss.; ID., *La parità fra uomo e donna nell'accesso ai servizi sanitari*, *cit.*, pp. 12 ss.; ID., *Le discriminazioni di genere nell'accesso a beni e servizi sanitari*, *cit.*

[64] Legge regionale Calabria 11 febbraio 2010, n. 8, *Disposizioni contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere*, art. 1, comma 2; Legge regionale Campania 7 agosto 2020, n. 37, *Norme contro la violenza e le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dell'identità di genere*, art. 2, lett. d); Legge regionale Liguria 10 novembre 2009, n. 52, *Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere*, art. 7, primo comma; Legge regionale Marche 11 febbraio 2010, n. 8, art. 2; Legge regionale Sicilia 20 marzo 2015, n. 6, art. 4, quarto comma; Legge regionale Umbria 11 aprile 2017, n. 3, art. 1, quarto comma.

confronti delle amministrazioni regionali –, esse restano sul piano del divieto formale, senza tradursi in obblighi positivi di adeguamento organizzativo o di formazione del personale. Sotto il profilo costituzionale, un divieto di discriminazione privo di misure di attuazione rischia di rimanere norma programmatica, incapace di incidere sulle condizioni materiali che determinano lo scarto tra accesso formale e accesso sostanziale alle cure.

Un secondo modello – espresso in modo più compiuto dalle leggi di Emilia-Romagna e Puglia – introduce disposizioni più dettagliate, prevedendo esplicitamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie inclusive nei confronti della popolazione LGBTQ+, nonché l'attivazione di servizi di informazione, consulenza e sostegno dedicati[65]. Questo approccio si avvicina maggiormente all'idea di obblighi positivi in capo ai poteri pubblici che la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente elaborato in materia di diritti sociali[66]: non basta garantire l'assenza di discriminazione, poiché occorre predisporre le condizioni organizzative affinché il diritto possa essere effettivamente esercitato.

In questa prospettiva, la previsione di servizi dedicati e di percorsi di presa in carico specifici non costituisce un privilegio, ma la declinazione concreta del principio di eguaglianza sostanziale applicato all'accesso alle cure.

Un terzo modello, rappresentato dalla Regione Toscana, insiste in modo specifico sulla dimensione formativa del personale sanitario, prevedendo l'adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate al rispetto di ogni orientamento sessuale e identità di genere[67]. Tale scelta legislativa intercetta una delle cause strutturali della discriminazione sanitaria: la carenza di formazione specifica sulle esigenze di salute delle persone LGB, che genera prassi eteronormative implicite e un clima di

---

[65] Legge regionale Emilia-Romagna 1° agosto 2019, n. 15, *Legge regionale contro le discriminazioni e le violenze determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere*, art. 5, primo comma; Legge regionale Puglia 19 luglio 2024, n. 25, *Disposizioni per garantire il principio di pari opportunità e di parità di trattamento in riferimento all'orientamento sessuale, all'identità di genere e alle variazioni nelle caratteristiche di sesso*, art. 1, undicesimo comma.

[66] Sul punto, si v. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, *cit.*; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, *cit.*, p. 22; M.C. CAVALLARO, *Autodeterminazione del paziente, obiezione di coscienza e obblighi di servizio pubblico: brevi considerazioni sulla struttura del diritto alla salute*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, 2022, pp. 198 ss., la quale sottolinea come la garanzia della dignità della persona costituisca il denominatore comune della tutela della salute e come da essa discendano precisi oneri organizzativi in capo all'amministrazione sanitaria; R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. SESTA (a cura di) *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, il quale evidenzia come le dirette linee di collegamento tra l'art. 32 Cost. e i valori di dignità, eguaglianza e solidarietà rendano «ancor più motivata e stringente la richiesta di realizzazione dell'impegno costituzionale»; A. MAZZOLA, *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, in *Consulta Online*, 4/2021, pp. 572 ss.

[67] Legge regionale Toscana n. 63 del 2004, *Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere*, art. 06. La medesima legge prevede, all'art. 07, ultimo comma, che «la richiesta di un trattamento sanitario, che abbia ad oggetto la modificazione dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere per persona maggiore degli anni diciotto, deve provenire personalmente dall'interessato». La previsione merita un'osservazione critica che va oltre il dato testuale: consentire l'accesso volontario a trattamenti volti alla modificazione dell'orientamento sessuale per i soggetti maggiorenni – posta l'impossibilità, in ogni caso, di modificare una caratteristica essenziale della personalità umana con metodi invasivi della sfera intima e privata del soggetto – presuppone che il consenso prestato da una persona omosessuale adulta in tale contesto sia un consenso libero e autodeterminato in senso pieno. Tale presupposto è però difficilmente sostenibile alla luce di quanto si è osservato in materia di *minority stress*: se l'omofobia interiorizzata costituisce uno dei principali fattori prossimali attraverso cui lo stigma sociale si traduce in danno individuale – orientando negativamente la percezione di sé e alimentando il "desiderio" di conformarsi alla norma eterosessuale –, allora il consenso prestato a una terapia di conversione non è il prodotto di una scelta autonoma, ma l'esito di una struttura discriminatoria che l'ordinamento non ha ancora rimosso. In altri termini, la legge toscana riconosce da un lato che il sistema sanitario produce discriminazione strutturale e che il personale deve essere formato per eliminarla, e dall'altro legittima (o sembra legittimare) una pratica il cui consenso è precisamente il prodotto di quella stessa struttura che si dichiara di voler combattere.

sfiducia sistemica. Intervenire sulla formazione del personale significa, in questa prospettiva, agire sulle condizioni di produzione della discriminazione, prima ancora che sui suoi effetti.

La disomogeneità degli interventi regionali riflette, sul piano dell'organizzazione dei servizi, una frammentarietà che, a seconda dei contesti di vita, comporta forme di discriminazione indirette. In assenza di una disciplina statale organica che definisca standard uniformi di tutela, il godimento effettivo del diritto alla salute delle persone omosessuali dipende, in misura significativa, dalla Regione in cui si risiede: una condizione che si pone in tensione con il principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost. e con la funzione perequativa assegnata ai LEA dall'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost.

La pluralità di modelli regionali può, certamente, costituire un laboratorio di soluzioni normative innovative; essa non può, tuttavia, supplire all'esigenza di un intervento statale che assuma la condizione di accesso strutturalmente compromessa delle persone omosessuali come oggetto di specifica regolazione, traducendo in obblighi positivi concreti il principio costituzionale di eguaglianza sostanziale[68].

4. *Considerazioni conclusive. Universalismo, differenze e obblighi costituzionali di trasformazione*

L'interrogativo da cui ha preso avvio questa analisi – se possa ritenersi realmente effettivo un diritto sociale fondato sull'eguaglianza sostanziale quando l'accesso alle prestazioni mediche e sanitarie da parte di un gruppo strutturalmente vulnerabile continui ad essere condizionato da assetti organizzativi e culturali implicitamente eteronormativi – trova, al termine del percorso svolto, una risposta che non può essere elusiva. Si deve escludere che tale diritto sia effettivo, ma la sua ineffettività non riguarda singole disfunzioni del sistema, quanto la sua struttura complessiva.

La discriminazione sanitaria delle persone omosessuali non è il prodotto di norme esplicitamente discriminatorie, né di condotte individuali isolate. Essa è, come si è cercato di mostrare, il prodotto di due ordini di fattori tra loro intrecciati: un'eredità patologizzante sedimentata nel corso di secoli che continua a riverberarsi nelle pratiche cliniche, nei linguaggi diagnostici e negli atteggiamenti del personale sanitario; e un paradigma medico che, nella sua pretesa neutralità, ha codificato l'eteronormatività come standard invisibile, trattando ogni identità non conforme come variante anomala. L'interazione di questi due fattori produce una forma di discriminazione strutturale che si manifesta tanto nella negazione attiva del diritto alla salute quanto nella sua compressione diffusa e sistemica.

Questa natura strutturale della discriminazione ha una conseguenza giuridica precisa: una discriminazione strutturale non è rimovibile per via giurisdizionale caso per caso. Lo strumento giurisdizionale – per quanto prezioso nella tutela delle situazioni soggettive individuali – non è in grado di incidere sulle condizioni di produzione della discriminazione, perché esse non risiedono in un atto o in una norma impugnabile, ma nell'organizzazione stessa del sistema. In quanto diritto a prestazione, del resto, l'effettività del diritto alla salute dipende strettamente dalle scelte organizzative, le quali conformano non solo le modalità di godimento del diritto, ma, ancor prima, la

[68] Sul ruolo dell'organizzazione sanitaria nel farsi carico della dimensione complessiva della persona, si v. altresì F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2020, pp. 100 ss.

sua esigibilità e la sua stessa consistenza[69]: se la struttura organizzativa è essa stessa discriminatoria, il rimedio non può che essere strutturale.

In questo senso, il quadro esaminato permette di ragionare non soltanto di obbligo positivo di rimozione degli ostacoli, quanto piuttosto di obbligo di "trasformazione", che richiede ed esige la modificazione strutturale degli assetti organizzativi, culturali e normativi che riproducono, seppur indirettamente e in modo non intenzionale, differenti forme di discriminazione.

Un obbligo di trasformazione così immaginato richiede l'azione di più soggetti e di più piani, posto che la natura strutturale e multiforme della discriminazione sanitaria non consente di isolare un unico punto di intervento risolutivo: un'azione limitata a uno solo di questi piani lascia intatti gli altri, consentendo alla discriminazione di riprodursi attraverso i canali che la norma non ha raggiunto.

Per questo motivo, è possibile immaginare l'intervento su tre piani.

Sul piano legislativo-normativo, l'obbligo di trasformazione impone al legislatore statale interventi che la mera logica dell'effettività – intesa come adeguamento progressivo del sistema alle risorse disponibili – non è in grado di produrre autonomamente. Come è stato più volte ribadito, l'effettività dei diritti sociali non può essere affidata esclusivamente al circuito giurisdizionale, ma richiede una decisione politica che assuma la condizione di accesso strutturalmente compromessa delle persone omosessuali come oggetto di specifica regolazione.

Con riguardo ai temi affrontati in questa sede, tale decisione si articola in due direzioni necessarie: l'adozione di una fattispecie autonoma di reato per le terapie di conversione – che ne colga il disvalore specifico indipendentemente dal consenso della vittima e dal contesto in cui si realizzano – e l'integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con specificazioni relative alle categorie di soggetti identificabili attraverso l'orientamento sessuale[70].

Sul piano amministrativo-organizzativo[71], l'obbligo di trasformazione si rivolge alle Regioni e alle aziende sanitarie, le quali sono chiamate a trasformare i propri protocolli, i propri percorsi di presa in carico e i propri criteri di accreditamento in modo da rimuovere il paradigma eteronormativo implicito. L'amministrazione sanitaria, in questo senso, non è un soggetto neutro che si limita a erogare prestazioni predeterminate: essa è chiamata a bilanciare l'interesse pubblico alla salute collettiva con i diritti individuali dei soggetti che accedono alle cure, e tale bilanciamento non può prescindere dal riconoscimento delle specificità strutturali dei gruppi vulnerabili.

La rassegna degli interventi regionali esaminata nel paragrafo precedente mostra che alcuni ordinamenti regionali si sono già mossi in questa direzione; tuttavia, la persistente disomogeneità di tali interventi rivela che l'obbligo di trasformazione non può essere soddisfatto per via di supplenza regionale: esso richiede un quadro normativo nazionale che lo renda cogente e uniforme su tutto il

---

[69] A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, *cit.*, p. 40.

[70] In questa stessa direzione, la legge 11 gennaio 2018, n. 3, all'art. 3, comma primo, ha demandato al Ministro della Salute la predisposizione di un piano per la diffusione della medicina di genere nel SSN, attuato con i decreti ministeriali del 13 giugno 2019 e dell'11 aprile 2023; tuttavia, anche in questo contesto, la nozione di "genere" è declinata prevalentemente in termini di differenze biologiche e sociali tra uomini e donne, senza che l'orientamento sessuale venga esplicitamente riconosciuto come determinante autonomo di salute rispetto al quale calibrare le prestazioni erogate. La lacuna è tanto più significativa se si considera che proprio la medicina di genere – come osservano M. D'AMICO, B. LIBERALI, *Manuale di diritto delle donne*, *cit.*, pp. 461-462 – è «suscettibile di ricomprendere tutta una ulteriore serie di fattori […] che possono giungere a ricomprendere anche l'identità di genere e l'orientamento sessuale».

[71] *Ibidem*, pp. 63 ss., dove l'A. ragiona di quale sia l'uniformità necessaria, escludendo che debba riguardare solo la qualità della prestazione, la quantità e i tempi di erogazione e affermando piuttosto che «occorre […] tornare a discutere della relazione fra modalità organizzative di un servizio e diritto della persona, non solo a godere delle prestazioni fornite, ma anche al pieno sviluppo della propria personalità, affrontando […] [il tema] della strumentalità del servizio pubblico al disegno costituzionale e all'idea di società che prefigura.

territorio, traducendo in obblighi positivi concreti il principio costituzionale di eguaglianza sostanziale.

Sul piano culturale-professionale, l'obbligo di trasformazione produce effetti che si riverberano sulle organizzazioni professionali dei medici e degli operatori sanitari, sulla formazione universitaria e specialistica, sugli standard deontologici e sui modelli culturali che orientano la pratica clinica. Questo terzo livello non è direttamente coercibile per via legislativa; non è, tuttavia, giuridicamente irrilevante. Lo Stato ha il compito di crearne le condizioni attraverso requisiti formativi cogenti, obblighi di aggiornamento professionale e criteri di accreditamento delle strutture sanitarie che incorporino il rispetto dell'orientamento sessuale del paziente come standard di qualità dell'assistenza e non come opzione volontaria rimessa alla sensibilità del singolo operatore.

L'universalismo che fonda il diritto alla salute non è, dunque, un punto di partenza da cui trarre conseguenze automatiche, ma un orizzonte da costruire attraverso il riconoscimento delle differenze[72].

Un sistema sanitario che *ignora* l'orientamento sessuale del paziente non è un sistema neutro: è un sistema che assume l'eterosessualità come norma e tratta ogni deviazione da essa come irrilevante o, peggio, come problema del soggetto. Riconoscere le differenze non significa rinunciare all'universalismo, ma adempiere al disegno e al compito dell'eguaglianza sostanziale degli individui iscritto nell'architettura costituzionale.

[72] In questa prospettiva, è utile richiamare la riflessione di M. D'AMICO, *I diritti dei "diversi"*, *cit.*, la quale, interrogandosi sul "punto di vista" dal quale il diritto costituzionale ha finora ragionamento di orientamento sessuale, denuncia come l'interpretazione "storica" adottata dalla Corte costituzionale nella sent. n. 138 del 2010 – che ha ancorato il significato dell'art. 29 Cost. alla concezione del matrimonio vigente al momento della redazione della Carta fondamentale – costituisca una interpretazione «sbagliata» nella misura in cui vorrebbe impedire al principio costituzionale di adattarsi ad una realtà (ormai) mutata. Tale rilievo critico assume una valenza che trascende il tema specifico del matrimonio omosessuale: esso segnala piuttosto una tendenza della giurisprudenza costituzionale a operare, in materia di orientamento sessuale, con una logica cristallizzatrice, che contraddice la natura aperta e dinamica dei principi costituzionali. In questo senso, l'obbligo di trasformazione che si vuole qui proporre – e che richiede la modifica strutturale degli assetti organizzativi, culturali e normativi che riproducono forme di discriminazione – si colloca in direzione opposta rispetto a tale logica: esso presuppone, e al tempo stesso sollecita, una lettura evolutiva del combinato disposto degli artt. 3 e 32 Cost., capace di "tenere il passo" con i mutamenti sociali e scientifici che ridefiniscono continuamente il contenuto *effettivo* del diritto alla salute.