

Il diritto alla salute di genere e la sindrome di Yentl: una fragile “effettività”

di Vanessa Manzetti

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La voce delle organizzazioni internazionali e delle istituzioni europee: il lungo viaggio verso un diritto alla salute di genere. – 3. Alla ricerca dei cardini costituzionali di un diritto alla salute di genere. – 4. I primi “timidi” passi verso il riconoscimento di un diritto alla salute di genere a legislazione invariata. – 5. Dal tentativo di una legge *ad hoc* all’art. 3 della legge 2018: meglio poco che nulla. – 6. Passi avanti per via amministrativa: il Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina digenere e la costituzione dell’Osservatorio dedicato alla medicina di genere. Input per il Piano nazionale di prevenzione (PNP). – 7. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e l’effettività del diritto alla salute di genere: opportunità e limiti. – 8. Il diritto alla salute di genere una chimera o una realtà?

1. Premessa

Il diritto alla salute, o meglio i limiti all’effettività di tale diritto che da sempre hanno interessato dottrina¹ e giurisprudenza, in particolare quella costituzionale², sono emersi in modo ancora più evidente in occasione dell’emergenza pandemica da Covid-19. La pandemia ha infatti imposto una riflessione su cosa significhi rendere effettivo il diritto alla salute in un dato momento storico, in relazione al livello scientifico delle conoscenze che di un tale diritto sono una determinante imprescindibile affinché il legislatore ne individui il reale perimetro³.

¹ Sul punto la letteratura è amplissima, tra i tanti si veda L. CARLASSARE, *L’art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L’amministrazione sanitaria*, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, a cura di R. ALESSI, Vicenza, 1967, 103; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, 21; E. CAVASINO, G. TULUMELLO, *La salute come diritto: l’effettività della tutela fra potere di organizzazione e logica della concorrenza*, in *Giur. it.*, 2005, 2000; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. CASSESE, Milano, 2006, 5393 ss.; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. RODOTÀ, ZATTI, vol. V, Milano, 2010, 60; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all’art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, n. 2, 2012, 455; A. D’ALOIA, *Una riflessione sulle trasformazioni del diritto alla salute*, in *Riv. BioDiritto*, 2014, 87 ss.; M. D’ANGELOSANTE, C. TUBERTINI, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in *Cittadinanza amministrativa*, a cura di A. PIOGGIA, A. BARTOLINI, vol. VIII, Firenze, 2016, 101; M. GEDDES DA FILICAIA, *La salute sostenibile*, Roma, 2019.

² Si veda *ex multis* Corte costituzionale, sent. n. 169 del 2017, n. 117 del 2018, n. 62 del 2020, n. 142 del 2021.

³ Sul punto si ricorda quanto sottolineato da F. MANGANARO, *Editoriale*, in *www.ildirittodelleconomia.it*, 1, 2021, “Se la competenza scientifica è necessaria, si pone comunque la questione di quali siano gli eventuali margini di decisione della politica, unica legittimata a contemperare interessi diversificati, complessi e contraddittori. Nell’emergenza sanitaria la competenza dei tecnici ha molto spesso sostituito la volontà della politica o comunque ne è entrata in conflitto. A livello internazionale, i principali provvedimenti, con effetti diretti sugli Stati nazionali, sono stati assunti

Ed infatti tra le molteplici criticità rilevate, l'esperienza pandemica ha dimostrato in modo eclatante quello che, dagli anni novanta in poi, era già emerso in rapporto alla medicina tradizionale su impulso del contesto internazionale, ovvero la necessità di un approccio innovativo volto a studiare l'impatto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socio-economiche determinate dal genere sulla fisiologia, sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie.

Approccio che già nel suo nascere palesava un cambio di paradigma rispetto a quello tradizionale caratterizzato da un'impostazione androcentrica che porta a considerare la donna come un "piccolo uomo", fatti salvi quegli aspetti specifici collegati alla riproduzione⁴.

Ed infatti ad oggi, lo sviluppo delle conoscenze e prassi mediche è basato prevalentemente su studi condotti su un solo sesso, quello maschile⁵, come

dall'OMS; a livello europeo, l'autorizzazione alla immissione sul mercato dei vaccini è stata deliberata dall'EMA ... Non si vuole affatto sminuire la necessità che, in vicende come queste, si debba tener conto delle fondate conoscenze scientifiche, ciò che in questa sede si vuole sottolineare è uno "spostamento" dell'asse delle decisioni politiche, che ripropone in maniera assai più vasta la questione generale del rapporto tra politica ed *expertise*. Gli studi di politologi ed esperti delle scienze sociali hanno da tempo sottolineato la pericolosità di una scienza di regime, tipica degli stati autoritari o, al contrario, la subordinazione di una politica troppo condizionata dalle valutazioni degli scienziati. Non è qui possibile proporre soluzioni se non l'esigenza che vi sia capacità di direzione della politica, tenendo conto delle indicazioni – peraltro non sempre univoche – della scienza, nella consapevolezza che scelte e responsabilità toccano sempre agli organi rappresentativi della volontà popolare". Per una disamina della correlazione tra SARS-CoV-2 e genere sulle due dorsali, delle quali una relativa al legame tra patologia e genere e una sulla correlazione tra patologia e genere in condizioni di fragilità e comorbidità, si veda Ministero della salute, *Medicina di genere e COVID-19- aggiornamento 2021*, in www.salute.gov.it, 4, 2021.

⁴ Fondazione ONDA, *Conosci la medicina di genere?*, in www.ondaosservatorio.it, 2020 "La donna è sempre stata considerata dalla medicina tradizionale un *piccolo uomo* e studiata nella sua specificità limitatamente all'apparato riproduttivo (seno, utero, ovaie): si dice che abbia quindi sofferto della cosiddetta *sindrome da bikini*. Gli uomini e le donne, invece, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione di malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro. Da qui la necessità di porre attenzione allo studio del genere inserendo questa *nuova* dimensione della medicina in tutte le aree mediche".

⁵ A. GIAMBELLUCA, *Sperimentazione e medicina di genere: nei trial 8 su 10 sono uomini*, in www.fondazioneveronesi.it, 28 settembre 2021 sottolinea che "nelle sperimentazioni cliniche le donne siano ancora sottorappresentate (intorno al 20%)". Anche se in alcuni casi si è in presenza di studi quasi esclusivamente basati sulle donne (comunque sempre su un solo sesso). Si pensi che ad esempio l'osteoporosi, e il conseguente aumento del rischio di frattura, vengono studiati prevalentemente nella donna, sebbene, con ritardo di 10 anni, anche l'uomo nella terza età sviluppi osteoporosi e rischio di frattura, con una mortalità dopo frattura dell'anca superiore nell'uomo rispetto alla donna. Ancora a titolo di esempio, l'allergia al colore nero della tintura per capelli dovuta all'allergene p-fenilendiammina interessa maggiormente la popolazione femminile. E addirittura comprendere l'impatto dei fattori ormonali sullo sviluppo e la progressione dei tumori potrebbe avere importanti risvolti terapeutici, così come già accaduto per i tumori della prostata e della mammella. Per approfondimenti si veda anche S. DE FRANCIA, *La medicina delle differenze. Storie di donne uomini e discriminazioni*, Milano, 2020.

risulta dalla c.d. *Evidence-Based Medicine* (EBM) e dalle corrispondenti Linee Guida⁶.

Ma se uomini e donne sono diversi alla nascita non può certo stupire (e la scienza lo sta dimostrando) che questi si ammalino in modo diverso, cosicché il non tenere conto delle differenze di genere rischia di dar vita ad un diritto alla salute non rispondente ai principi di uguaglianza, appropriatezza e ragionevolezza.

È sufficiente constatare, a conferma delle differenze di genere, come le donne, rispetto agli uomini, si ammalino di più per alcune specifiche patologie e come per la stessa malattia presentino, rispetto all'uomo, segni e sintomi diversi o diverse localizzazioni, ed ancora come, rispetto al consumo dei farmaci, esse presentino maggiori reazioni avverse⁷.

D'altro canto se, dagli studi sino ad ora fatti, risulta che gli uomini hanno un'aspettativa di vita alla nascita inferiore alle donne, una maggiore probabilità di morire di cancro, di incidenti stradali e di altre importanti cause come il fumo e il consumo di alcolici, aggravate da una diffusa resistenza ad accedere ai servizi sociosanitari; per converso risulta anche che la maggiore longevità del sesso femminile viene a vanificarsi in età avanzata quando il divario tra uomo e donna tende a ridursi per la ragione che le donne sono più gravate da disabilità, principalmente correlata alle conseguenze determinate da malattie croniche e scarsa qualità della vita⁸.

Da queste brevi e sintetiche constatazioni, emerge, dunque, che il genere

⁶ Dai primi anni '90 si sente parlare sempre più comunemente di *Evidence Based Medicine* (EBM). Benché i medici abbiano sempre utilizzato dati scientifici per curare i pazienti, la EBM è una metodologia formalizzata che rappresenta un approccio più rigoroso e sensibilmente diverso da quello storicamente praticato in precedenza. Il padre del metodo è David L. Sackett, e con EBM letteralmente "*Medicina fondata sulle prove di efficacia*", si fa riferimento a qual metodo clinico che utilizza l'uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze (cioè prove di efficacia) biomediche al momento disponibili, al fine di prendere le decisioni per l'assistenza e la cura del singolo paziente.

⁷ Inoltre, le donne possiedono un sistema immunitario in grado di attivare risposte immunitarie più efficaci rispetto agli uomini, e sono quindi più resistenti alle infezioni, ma nello stesso tempo mostrano una maggiore suscettibilità alle malattie autoimmuni.

⁸ In risposta all'andamento globale dell'invecchiamento, l'OMS alla fine degli anni '90 ha invitato a un cambiamento di paradigma, spingendo verso un concetto positivo dell'invecchiamento e definendo l'invecchiamento sano e attivo come un processo che "permette agli individui di realizzare il proprio potenziale per il benessere fisico, sociale e mentale attraverso l'intero corso dell'esistenza e di prendere parte attiva alla società, fornendo loro al contempo protezione, sicurezza e cure adeguate quando necessitano di assistenza". Si veda ad esempio OMS-Ufficio regionale per l'Europa, *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020*, in www.salute.gov.it, 2012, che delinea una proposta di strategia e piano d'azione per l'invecchiamento in Europa (2012-2020), dove si invita, tra l'altro, all'adozione di una prospettiva di genere nelle politiche per l'invecchiamento sano in tutte le aree strategiche e gli interventi prioritari. Nel documento si mette in luce come esistono importanti differenze tra uomini e donne in termini di ruoli rivestiti e di situazioni sperimentate nel corso dell'età avanzata. Orientamento confermato dall'Assemblea Generale

ha una sua rilevanza nell'ambito del diritto alla salute, quale prisma che scompone il "neutro maschile" rendendo visibili le differenze e, di riflesso, anche le diseguaglianze di salute causate dalla mancanza di conoscenza dell'impatto di determinanti genere-specifici⁹.

Questa emersione del *genere* nel diritto alla salute deve però essere correttamente inquadrata al fine di non ridursi alla semplicistica definizione di "medicina delle donne", posto che la rilevanza del "genere" comporta un approccio di diagnosi che considera i corpi di uomini e donne nella loro interezza e anche, in modo olistico, i fattori sociali e culturali che li influenzano, portando a considerare anche le criticità relative allo stato di salute delle persone transessuali e intersessuali che, pur condividendo molte delle esigenze sanitarie della popolazione generale, presentano particolari necessità specialistiche, oltre a porre l'amministrazione di fronte a peculiari profili pratici¹⁰.

In altre parole l'effettività del diritto alla salute sembra essere fortemente condizionata dalla rimediazione dei contenuti del diritto alla salute quale diritto "a geometrie variabili" per cui alcuni diritti fondamentali e di nuova generazione che vengono in considerazione in occasione della tutela della salute non sono "semplicemente *diritti altri* rispetto a questo, ma in qualche modo concorrono a definirne il contenuto"¹¹.

Emblematico di questo processo è proprio il diritto alla parità di genere, quale diritto che non coesiste "semplicemente *con*, ma vive *nel* diritto alla salute"¹².

dell'ONU il 14 dicembre 2020 con l'adozione della risoluzione A/75/L.47 che proclama il 2021-2030 come il "Decennio delle Nazioni Unite dell'Invecchiamento in Buona Salute".

⁹ O. GIOLO, M. G. BERNARDINI, *La medicina di genere nella prospettiva filosofico-giuridica: una "teoria critica" del sapere medico?*, in www.gendermedjournal.it, 2015, "nella letteratura sociologica e giuridica, il cosiddetto neutro viene inteso come "neutro-maschile". Sin dal suo emergere, la critica di genere ha tentato di rendere visibile proprio questo meccanismo, rivelando l'identità celata (maschile) della rappresentazione del soggetto nell'ambito del diritto (ma anche della politica e della cultura), al fine di ottenere una riforma di tale rappresentazione e, conseguentemente, l'inclusione della pluralità dei soggetti in ogni settore e ambito della vita delle persone".

¹⁰ Cfr. A. CICCARIELLO, *Transessualismo e discriminazioni basate sul cambiamento di genere. Affinche nella guerra tra soma e psiche non ne escano sconfitti i diritti (non solo) sociali*, in www.amministrazioneincammino.it, 2010; A. LORENZETTI, *Diritti in transito. La condizione giuridica delle persone transessuali*, Milano, 2013; N. POSTERARO, *Transessualismo, identità di genere ed effettività del diritto alla salute in Italia*, in *Dir. e soc.*, 2016, 4, 737-806; ID., *Il diritto alla salute delle persone transessuali e la rettificazione chirurgica del sesso biologico: problemi pratici*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 3, 2017, 1085-1105; ID., *Transessualismo, rettificazione anagrafica del sesso e necessità dell'intervento chirurgico sui caratteri sessuali primari: riflessioni sui problemi irrisolti alla luce della recente giurisprudenza nazionale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 4, 2017; M. FACCHINI, *Il diritto alla salute per le persone transgender non è ancora garantito*, in altreconomia.it, 2020; A. LORENZETTI, *La condizione giuridica del bambino e dell'adolescente transgender tra diritto alla salute, autodeterminazione e (in)certezza del diritto*, in *Ragion pratica*, 2, 2020; M. MOLINARI, *Identità di genere e diritto europeo di non discriminazione: quanto sono protette le persone trans?*, in insinitinere.it, febbraio 2021.

¹¹ A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2011, 18.

¹² *Ibidem*. Quale esempio di integrazione tra il diritto alla salute e il diritto di autodetermina-

Si tratta di un approccio dinamico ed evolutivo, posto che il diritto alla salute di genere è la trasposizione sul piano giuridico della c.d. medicina di genere, quale scienza multidisciplinare che mira ad indagare l'influenza delle variabili biologiche, psico-sociali, economiche e culturali sull'espressione clinica delle malattie e sulla risposta ad uno specifico protocollo terapeutico¹³.

Considerazioni che richiamano “coloro che ritengono che la spesso evocata immagine della fine del territorio rappresenti anche, sempre figurativamente, l'abbattimento dei confini tra i saperi e che il nostro tempo sia piuttosto l'epoca delle sovrapposizioni e delle contaminazioni disciplinari”¹⁴. Ed anzi l'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere è non solo interdisciplinare e trasversale riguardando ogni branca e specialità, ma è soprattutto pluridimensionale¹⁵.

Da qui la complessità di un approccio di genere al diritto alla salute, e dunque anche della sua declinazione nei corrispondenti servizi sanitari resi dalle amministrazioni. Il diritto alla salute di genere non dovrebbe infatti dipendere dalla condotta dei singoli professionisti, ma dovrebbe portare a “cambiare le regole del gioco”, incidendo su pratica e servizi¹⁶.

Una impostazione del genere significa però calare i servizi offerti all'utenza del servizio sanitario sulle specificità dei singoli utenti e sul percorso di cura, questo perché il diritto alla salute di genere, come il diritto alla salute (purtroppo) “ordinariamente” inteso, va a classificarsi “come diritto *condizionato*, a *prestazione*, il cui godimento è subordinato alla presenza di strutture organizzative in grado di soddisfarlo”¹⁷. Questo per dire che un approccio che tenga conto della galassia degli individui e delle loro specificità, deve fare i conti con le difficoltà organizzative (e finanziarie) di erogazione e gestione dei servizi. Difficoltà che sono emer-

zione, si veda A. PIOGGIA, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2011.

¹³ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *Riv. BioDiritto*, n. 2, 2019, “identificare la salute con un diritto in movimento significa sposare una concezione *dinamica* della sua tutela, in modo del tutto coerente con il dettato costituzionale. Il raggiungimento dell'eguaglianza sostanziale e del pieno sviluppo della persona umana, infatti, come pure la protezione della salute, richiedono continue rimozioni degli ostacoli e politiche attive per raggiungere questi scopi; per questo si può parlare di un'attività sempre *in fieri*”.

¹⁴ A. MASSERA, *Prefazione*, in *Lo Stato che contratta e che si accorda*, Pisa, 2012, 7.

¹⁵ Come specifica il Piano al punto “Importanza di un approccio di genere in sanità per una centralità della Persona”.

¹⁶ Si rinvia da ultimo alle considerazioni svolte nel Seminario di riflessione Centro delle Donne di Bologna, *Percorsi di cura ed equità. La medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale e regionale*, Bologna, 29 marzo 2022. In particolare V. Damen nel proprio intervento ha evidenziato come la medicina di genere nata grazie ai medici, vada declinata sui servizi, in modo da non farla dipendere dalla singola condotta dei professionisti, dunque “cambiare le regole del gioco”, ossia incidere su pratica e servizi, andando a cambiare appunto i servizi.

¹⁷ E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., 16.

se in modo dirompente in occasione dell'emergenza pandemica¹⁸, che ha posto il personale sanitario di fronte ad una inadeguatezza sia dei servizi sul territorio sia delle strutture ospedaliere che in piena pandemia hanno dovuto privilegiare le esigenze di cura e di salute dei pazienti Covid a scapito dei pazienti che avevano patologie diverse anche gravi¹⁹.

Il sistema sanitario nazionale si trova, dunque, oggi più che mai, di fronte a sfide complesse²⁰, dalla cura dei malati Covid, a quella di preservare la capacità di assistenza per le malattie legate ad altre patologie, assicurando la protezione dei ricoverati e degli operatori sanitari, fino all'introduzione di un approccio di genere in sanità, come previsto dall'art. 3 "Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale" della legge n. 3 del 2018, e dal conseguente Piano attuativo "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale".

Aspetto quest'ultimo che richiede percorsi di cura che tengano conto delle differenze di genere nell'ambito di un più generale progetto di riforma del servizio sanitario nazionale, i cui assi portanti non possono essere rimessi ai livelli locali ma richiedono un impegno ed un indirizzo politico del governo e del parlamento²¹.

Il diritto alla salute di genere rappresenta dunque un importante passaggio nella rimeditazione dei contenuti del diritto alla salute, interessando un importante processo definitorio a livello internazionale, europeo e nazionale, sul quale merita fare qualche riflessione.

2. *La voce delle organizzazioni internazionali e delle istituzioni europee: il lungo viaggio verso un diritto alla salute di genere*

Volendo ricercare i primi ancoraggi giuridici relativi al diritto alla salute di genere non è possibile non partire dal contesto internazionale e da quello europeo che, al fine di dare impulso a questo diverso approccio, ha normato la materia facendo emergere la natura composita e poliedrica del diritto alla salute, gettando le basi per una nuova disciplina anche a livello nazionale.

A venire in rilievo sono gli interventi delle istituzioni internazionali ed

¹⁸ Per una disamina delle misure sanitarie adottate per dare risposta all'emergenza pandemica, e il conseguente finanziamento delle stesse, si veda Camera dei deputati, Servizio studi, *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, in www.camera.it, 15 marzo 2022.

¹⁹ C. POLITI, *I pazienti NO-COVID: figli di un Dio minore?*, in *Medicina di Genere Newsletter*, Luglio 2020, 8.

²⁰ Per una riflessione sul diritto alla salute quale politica e strumento di intervento pubblico di contrasto alla povertà, si veda C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, Napoli, 2021, 107-110.

²¹ V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in federalismi.it, 7, 2018.

europee che, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, hanno cominciato a prestare attenzione alla materia²².

Tra questi, il primo che merita attenzione è senza dubbio la “Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne” (CEDAW), entrata in vigore il 3 settembre 1981, in tempi *record* rispetto ad ogni altro precedente trattato sui diritti umani, e ratificata dall’Italia il 10 giugno 1985 (aderendo anche al Protocollo opzionale il 29 ottobre 2002)²³, anche se le ratifiche sono state accompagnate da un amplissimo numero di riserve da parte dei vari Stati firmatari²⁴.

A questa convenzione va il merito di aver richiamato espressamente all’art.11, lett. f) “il diritto alla tutela della salute ed alla sicurezza delle condizioni di lavoro, compresa la tutela della funzione riproduttiva”, e di aver dedicato al successivo art. 12, una esplicitazione del cosa si intenda per misure appropriate idonee ad eliminare la discriminazione contro le donne nel settore dell’assistenza sanitaria, sulla base della

²² Senza dubbio, infatti, gli orientamenti delle organizzazioni internazionali come le Nazioni Unite, l’Organizzazione Mondiale della Sanità, e delle Istituzioni europee, hanno assunto un ruolo anticipatore e cruciale per dare al diritto alla salute previsto dalla nostra Costituzione la “maggior ampiezza ed espansione possibile”, secondo una concezione dinamica del diritto in grado di dare risposte ai mutamenti sociali e ai costanti ed ineludibili cambiamenti culturali. Cfr. M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. Soc.*, 1980, 773.

²³ La *Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women* – CEDAW, adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18.12.1979, in vigore dal 3.09.1981 e ratificata dall’Italia il 10.06.1985 (ordine d’esecuzione dato con legge 14.03.1985 n. 132 – in vigore in Italia dal 10.07.1985), viene spesso descritta come una carta internazionale dei diritti per le donne. Si compone di un preambolo e 30 articoli, e definisce la discriminazione contro le donne come “... ogni distinzione, esclusione o limitazione effettuata sulla base del sesso e che ha l’effetto o lo scopo di compromettere o annullare il riconoscimento, il godimento o l’esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato civile, sulla base della parità dell’uomo e della donna, dei diritti umani e delle libertà fondamentali nel settore politico, economico, sociale, culturale, civile, o in ogni altro settore” (art. 1). La Convenzione fornisce la base per realizzare la parità tra la donna e l’uomo, assicurando pari accesso e pari opportunità alle donne nella vita politica e pubblica – tra cui il diritto di voto e di eleggibilità – così come nei settori dell’istruzione, della salute e dell’occupazione. Gli Stati parti convengono di prendere tutte le misure appropriate, tra cui disposizioni legislative e misure temporanee speciali, al fine di garantire alle donne la possibilità di godere effettivamente di tutti i diritti umani e libertà fondamentali. Ratificando la Convenzione gli Stati si impegnano, dunque, ad avviare una serie di misure per porre fine alla discriminazione contro le donne in tutte le forme, ed in particolare ad affermare in modo esplicito il principio dell’uguaglianza dell’uomo e della donna nei loro sistemi giuridici; abolire tutte le leggi discriminatorie e adottare leggi che vietano qualsiasi discriminazione contro le donne, assicurando l’eliminazione di tutti gli atti di discriminazione contro le donne da parte di persone, organizzazioni o imprese; istituire tribunali e altre istituzioni pubbliche per assicurare l’effettiva protezione delle donne dalla discriminazione. Il Comitato sull’eliminazione delle discriminazioni contro le donne (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women* – CEDAW) è l’organo di esperti indipendenti che monitora l’attuazione della Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (art. 17).

²⁴ M. BALBONI, *Gli strumenti di protezione internazionale e comunitaria dei diritti delle donne*, in www.cedaw30.files.wordpress.com, 2010.

parità dell'uomo e della donna, facendo un esplicito riferimento all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, compresi quelli relativi alla pianificazione familiare, nell'ambito dei quali un ruolo centrale viene riconosciuto alla necessità di assicurare servizi appropriati in relazione alla gravidanza, al parto ed al periodo *post partum*.

Si tratta, pertanto, di iniziative volte a favorire l'inclusione della prospettiva sesso/genere nell'alveo più specifico della tutela della salute delle donne.

Ed in effetti volendo seguire un percorso ricostruttivo, un importante "passo avanti" per l'affermazione in ambito internazionale del diritto alla salute di genere, dopo la Convenzione CEDAW, è rinvenibile nella Quarta Conferenza ONU sulle Donne (Pechino 1995)²⁵, in cui è stata adottata da 189 Paesi membri la c.d. Dichiarazione di Pechino sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, e che ancora oggi rappresenta il principale testo giuridicamente vincolante sui diritti delle donne. Testo a cui è correlata la c.d. Piattaforma d'Azione da cui è derivato un testo politico di fondamentale importanza articolato in 12 "aree critiche", per le quali gli Stati firmatari, tra cui l'UE e i suoi Stati membri, si sono impegnati a conseguire obiettivi concreti, ponendo al centro di tutto la qualificazione dei diritti delle donne tra i principali diritti umani²⁶, ed adottando la c.d. "strategia di *gender mainstreaming*"²⁷.

Ebbene grazie a questo contesto è emerso che una delle criticità rilevanti è proprio il rapporto tra "donna" e "salute", tant'è che il documento dedica a questo aspetto una specifica sezione non limitandosi ad evidenziarlo, ma dando anche indicazioni per superare le criticità, con l'indicazione di una lista di obiettivi strategici che governi, organizzazioni internazionali e società civile devono perseguire al fine di rimuovere sia le "disuguaglianza tra uomini e donne e tra donne di differenti aree geografiche, classi sociali, gruppi indigeni ed etnici", sia il "più grave ostacolo che impedisce alle donne di raggiungere il più alto livello possibile di salute"²⁸.

Centrale a tal fine è il richiamo, nella Convenzione, alla definizione di salute già adottata nella "Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" nel 1948, in quanto viene qualificata non più soltanto come assenza di malattia o infermità, ma anche come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale".

²⁵ La Conferenza di Pechino è stata la quarta di una serie di conferenze mondiali sulle donne organizzate dalle Nazioni Unite, ed ha rappresentato la conclusione di un lungo processo preparatorio, internazionale e regionale.

²⁶ Si veda Dichiarazione, par. 9 "Garantire la piena realizzazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine in quanto parte inalienabile, integrante e indivisibile di tutti i diritti umani e libertà fondamentali". Come affermava Hillary Clinton alla Conferenza di Pechino nel 1995 "*Women rights are human rights*".

²⁷ La strategia di *gender mainstreaming* rappresenta il processo attraverso cui sono valutate tutte le implicazioni per le donne e per gli uomini di ogni azione progettata, in tutti i campi e a tutti i livelli, compresa l'attività legislativa, politica e di programmazione.

²⁸ Sezione C "Donne e salute", par. 18-23.

In questa prospettiva la Convenzione oltre a dedicare particolare attenzione ai diritti delle donne in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alla libera scelta rispetto alla loro sessualità, sancisce altresì che le donne devono poter accedere ai più alti *standard* di salute durante l'intero ciclo della loro vita, prevenendo la necessità di un aumento delle risorse per la ricerca e il monitoraggio sulla salute delle donne, quale passaggio ineludibile.

Ed infatti la Convenzione individua il problema delle risorse come uno dei principali nodi critici da superare per una piena affermazione di un effettivo approccio di genere in sanità, tant'è che lo individua come specifico obiettivo strategico C.5 "Incrementare le risorse e verificare gli sviluppi successivi per la salute delle donne".

Ed anche se tali affermazioni sono rimaste sostanzialmente a livello di mera enunciazione, va riconosciuto che l'approccio seguito dalla Conferenza di Pechino ha avuto il merito, tra l'altro²⁹, di portare all'aggiornamento della CEDAW (nel 1999) nella direzione di un necessario ampliamento del ruolo degli Stati nel riconoscimento del diritto alla salute di genere quale espressione delle differenze sullo stato di salute e sull'esistenza di fattori della società determinanti dello stato di salute³⁰.

Non si è trattato, ovviamente, di un processo facile, dato che si è dovuto superare le rilevanti criticità che persistevano nell'implementazione di un approccio di genere in sanità. Lo dimostrano i numerosi interventi delle organizzazioni internazionali che, a più riprese, hanno dovuto sottolineare la necessità di eliminare le disegualianze di salute, in particolare quelle genere-correlate. Tra queste merita ricordare gli interventi posti in essere dall'agenzia delle Nazioni Unite – OMS a partire dalle fine del secolo scorso³¹, sfociati nel 2007 nella Risoluzione sulla "Strategia per integrare azioni e analisi di genere nel lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità", nel 2008 nella Carta di Tallin in cui si esortava a "raggiungere l'obiettivo del miglioramento della salute su una base di *equità*, tenendo conto delle esigenze specifiche di salute correlate al genere", nonché, nella istituzione, nel 2009, di un dipartimento dedicato alla salute delle donne e alle differenze di genere, quale tema imprescindibile della programmazione sanitaria.

Il maturarsi di una consapevolezza della rilevanza del diritto alla salute di genere, porta dal 2014 in poi alla redazione di vari *Action Plan* dell'OMS³², in cui

²⁹A questa è seguito il riconoscimento nel 1998 da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dell'inserimento della medicina di genere nell'*Equity Act* a testimonianza che il principio di equità doveva essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità.

³⁰ CEDAW, Raccomandazione generale n. 24 (20a sessione, 1999) – Articolo 12: Donne e salute.

³¹ L'attenzione dell'Organizzazione mondiale per la sanità con riferimento al genere è risalente; infatti, già nel 1998 l'OMS con il programma *Health for all in the 21st century* aveva riconosciuto l'importanza del genere nel campo della salute.

³² Inoltre, il Rapporto OMS *World Health Statistics 2019* "Monitoring Health for the Sustainable

l'Organizzazione si impegna a “sviluppare norme basate su evidenze scientifiche, *standards* e strumenti per favorire l'uguaglianza di accesso a servizi di cura di qualità dentro a un *framework* basato sulla prospettiva di genere e dei diritti umani”³³.

Così nel tredicesimo programma generale di lavoro 2019-2023 (GPW 13) se ne è ricondotta la realizzazione al perseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 che, all'obiettivo 3, invita tutte le parti interessate a “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per *tutti* a tutte le età”. Sulla stessa linea si è posto anche il piano d'azione “per la salute sessuale e riproduttiva finalizzato al raggiungimento dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile in Europa senza lasciare indietro nessuno” dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, che presenta tre obiettivi strettamente interconnessi: “consentire a tutte le persone di prendere decisioni informate sulla propria salute sessuale e riproduttiva e assicurare che i loro diritti umani siano rispettati, tutelati e garantiti”, “assicurare che tutte le persone possano beneficiare del livello più alto possibile di salute sessuale e riproduttiva e benessere”, nonché “garantire un accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze”.

Parallelamente al contesto internazionale si è mosso anche quello europeo, con una serie di documenti volti ad integrare il diritto alla parità di genere nel diritto alla salute, considerando che “nelle sue azioni l'Unione mira ad eliminare le disuguaglianze, nonché a promuovere la parità, tra uomini e donne” (art. 8 TFUE, ex art. 3, par. 2, TCE), e dunque anche di quelle legate alla tutela e miglioramento della salute umana (art. 168 TFUE, ex art. 152 TCE).

Ed infatti sin dal 1997 la Commissione Europea³⁴ si è interessata della materia con la Relazione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni “*sulla situazione della salute delle donne nella Comunità Europea*”, nella quale per la prima volta si riferisce al diritto alla salute affrontando come argomento specifico quello della “salute delle donne”, sottolineando altresì come la disuguaglianza in essere costituisca un fattore di preoccupazione impor-

Development Goal”, sullo stato di salute globale, per la prima volta disaggrega i dati per sesso, evidenziando come lo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari sia determinato anche da differenze relative al sesso e al genere. Nello specifico il Rapporto 2019 divide i dati per regione, reddito e sesso, analizzando le differenze nello stato di salute e nell'accesso ai servizi preventivi e curativi, ed indicando i ruoli del *sesso*, come *determinante biologica*, e del *genere*, come *costrutto sociale*. Infine il Rapporto promuove l'aumento della consapevolezza di alcune differenze critiche di sesso e di genere all'accesso alle cure, evidenziando l'importanza di queste differenze nel raggiungimento degli SDG.

³³ OMS “*Roadmap for action 2014-2019. Integrare equità, genere, diritti umani e determinanti sociali nel lavoro dell'OMS*”.

³⁴ Si consideri che l'attenzione della Commissione europea per la parità di genere in generale risale al 1957 e con il Trattato di Amsterdam del 1997 si sanciva la parità di genere tra uomini e donne e la necessità di realizzare tale principio.

tante non solo per il pubblico in generale, ma in particolare per gli enti di assistenza sanitaria e per gli addetti alla programmazione nella Comunità europea.

A tal fine la Relazione pone in luce la necessità, ancora attuale, di approfondire il tema degli indicatori di salute specifici per il sesso femminile, proprio al fine di focalizzare l'attenzione su una specificità di analisi in campo sanitario³⁵.

Non irrilevante è il substrato "attendibile" su cui si è basata tale Relazione, vale a dire sui dati di "La salute per tutti" dell'OMS, sulle varie relazioni e sui dati forniti dall'istituto statistico europeo EUROSTAT, nonché sull'indagine Eurobarometro contenente vari quesiti sulla salute delle donne relativa a tutta la CE, patrocinata dalla DG V ed effettuata all'inizio del 1996.

A rafforzare i rilievi messi in evidenza nella Relazione, è intervenuto nel 1998 anche il Comitato dei Ministri con un messaggio allo *Steering Committee* del Consiglio d'Europa in cui si sottolinea che il *gender mainstreaming* rappresenta una strategia importante per la promozione dell'uguaglianza, oltretutto per rendere visibile la dimensione di genere di ogni politica e attività.

Queste indicazioni sono state in sostanza recepite dalla Commissione Europea, con l'adozione, nel 2007, di una "Strategia per la Salute – *Together for Health EU 2008-2013*" intesa come un *framework* coerente per indirizzare le attività sulla salute all'interno dell'Unione Europea, tenendo conto anche della dimensione di genere nelle politiche sanitarie. A questa ha fatto seguito nel 2010 la Strategia per l'Eguaglianza tra Donne e Uomini 2010-2015 in cui la Commissione ha sottolineato ulteriormente l'esistenza di disuguaglianze di genere nell'accesso alle cure per specifiche patologie e, quindi, la necessità di adattare i servizi sanitari ai bisogni specifici di uomini e donne³⁶. Approccio che vede ancora la Commissio-

³⁵Si veda Commissione delle comunità europee, Relazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni, sulla situazione della salute delle donne nella Comunità europea, Bruxelles, 22.05.1997 COM(97) 224 def. Si consideri che tale Relazione è la seconda, infatti la prima (COM(95) 357 def.) costituiva un compendio della situazione della salute nella CE nel 1994 e comprendeva una descrizione delle principali tendenze demografiche e dei modelli di mortalità e morbosità, nonché una discussione sui principali determinanti della salute. La seconda Relazione oltre a contenere un compendio delle principali tendenze della salute, modelli di mortalità e morbosità e determinanti della salute pertinenti, descrivendo anche con dettagli questioni sanitarie particolari delle donne di età diverse e presentando informazioni sui determinanti, pone anche l'accento sulle relative strategie elaborate negli Stati membri. La Relazione evidenziava così come la salute delle donne fosse migliorata significativamente nel corso del secolo, come si evince dalla notevole crescita dell'aspettativa di vita e dal declino della mortalità precoce, tra cui la mortalità materna e infantile e come nella CE, le donne avessero un'aspettativa di vita maggiore di quella degli uomini, con una differenza media da 5 a 7 anni. Si rilevava altresì una rivalutazione delle politiche e dei servizi sanitari destinati alla salute delle donne, sulla base della maggiore consapevolezza del fatto che le esigenze e i problemi sanitari delle donne sono *diversi* da quelli degli uomini.

³⁶ Si ricorda il "Rapporto 2011 sullo stato di salute degli uomini d'Europa" con cui si è contribuito a mettere in luce le grandi disparità di salute tra gli uomini di nazioni diverse.

ne europea sostenere, sempre nel 2010, nel documento sulla “Strategia Europa 2020” la necessità di una strategia dell’innovazione che inquadri l’uguaglianza di genere nell’ambito del progresso sociale³⁷.

Analoga attenzione si riscontra nelle posizioni assunte dal Parlamento europeo che nel 2011 approva una Risoluzione sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell’UE in cui “invita l’UE e gli Stati membri a includere lo stato di salute delle donne e la questione dell’invecchiamento delle donne quali fattori di integrazione della dimensione di genere, nonché ad applicare il *gender budgeting* alle politiche, ai programmi e alle ricerche attinenti alla salute³⁸, dalla fase di sviluppo e progettazione fino alla valutazione d’impatto”³⁹. Il tutto al fine, sottolinea il Parlamento, di sostenere un “cambiamento di strategia”.

A rafforzare il riferimento all’approccio di genere in sanità è poi intervenuta nel 2013 la pubblicazione del Consiglio d’Europa “Strategia per l’Uguaglianza di Genere 2014-2017”, un importante documento programmatico nel quale vengono definite delle raccomandazioni e degli interventi per l’applicazione del *gender mainstreaming* in tutte le politiche e misure legislative, comprese quelle riguardanti la salute.

In particolare, la Strategia evidenzia quale elemento positivo, l’adozione da parte degli Stati membri di nuove leggi e politiche volte a prevenire e combattere la violenza contro le donne e la violenza domestica, come previsto dalla Convenzione di Istanbul⁴⁰, non sottacendo però quale elemento di criticità, la riduzione delle risorse destinate all’uguaglianza di genere dovuta ai tagli di bilancio e alle misure di austerità.

A chiudere questo breve *excursus* sovra-nazionale, non poteva mancare anche un riferimento alle posizioni assunte a favore della medicina di genere, da parte di organismi quali l’Agenzia Europea per il Farmaco (EMA) e l’Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (OSHA). Tali organismi hanno, infatti, intrapreso azioni specifiche che mirano a: 1) riconoscere il genere come

³⁷ Comunicazione della Commissione “Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva – COM 2010/2020”.

³⁸ All’inizio degli anni 2000 sono state adottate le prime linee guida per l’inserimento del genere nei progetti di ricerca finanziati dalla CE, a cui è seguita l’istituzione nel 2011 di un gruppo di esperti con il compito di fornire una revisione dettagliata sull’innovazione “attraverso il genere”, che ha portato nel 2013 alla pubblicazione del rapporto “*Gendered Innovations?*” che ha posto le basi per rafforzare la “dimensione genere” nel nuovo programma di ricerca Horizon 2020 (2014-2020). Nel 2016 è stato poi presentato un ulteriore “*position paper*” che ha proposto nuove modalità per una migliore integrazione della dimensione genere nel Programma Quadro 2018-2020. Un rafforzamento dell’importanza del genere come tema trasversale negli organismi pubblici europei è dato anche dall’obbligatorietà di dotarsi di un *Gender Equality Plan* (GEP) per tutti quegli enti che desiderano richiedere finanziamenti tramite Horizon Europe (2021-2027), a partire dalle *call* con scadenza nel 2022, documento peraltro necessario anche per accedere ai fondi del PNRR.

³⁹ Parlamento Europeo, Risoluzione sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell’UE (2010/2089(INI)), 8 marzo 2021.

⁴⁰ Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul 11 maggio 2011.

determinante fondamentale di salute, 2) eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario, 3) fornire indicazioni sull'interfaccia farmaci/dispositivi medici e differenze di genere, 4) ridurre i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne, nonché 5) garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici, una rappresentanza paritetica delle donne, ancora classificate come "sottogruppo demografico".

Tutti interventi, dunque, che dimostrano un crescente interesse sulla medicina di genere delle organizzazioni europee ed internazionali che hanno stimolato anche le società scientifiche internazionali, quali la Associazione Internazionale per la salute dell'uomo (IAMH)⁴¹ e la Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM)⁴², a cui hanno fatto da *pendant* gli importanti studi relativi alla medicina di genere pubblicati da riviste scientifiche prestigiose quali *Nature* e *New England Journal of medicine*.

Ebbene, nonostante questo attivismo a livello internazionale ed europeo, l'emergenza Covid ha messo a nudo la fragilità del diritto alla salute di genere e soprattutto la sua scarsa effettività in tutti gli Stati membri, inducendo le istituzioni internazionali ed europee ad intervenire nuovamente non solo sulla effettività del diritto alla salute ma anche sul suo diverso atteggiarsi in relazione al genere⁴³.

Così l'Europa è intervenuta con il Regolamento (UE) n. 2021/522 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 che istituisce un "Programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 *Programma UE per la salute* (EU4Health) e che abroga il regolamento (UE) n. 282/2014", in linea con "la strategia dell'Unione Europea per l'uguaglianza di genere 2020-2025", in cui sono stati evidenziati i rischi per la salute specifici relativi al genere, prevedendo, altresì, l'agevolazione di scambi regolari di buone pratiche tra gli Stati membri e le parti interessate sugli aspetti di genere della salute, inclusi i diritti sessuali e riproduttivi⁴⁴.

Sembrerebbe dunque che il nuovo programma EU4Health 2021-2027 voglia andare oltre la risposta all'emergenza per affrontare la resilienza dei sistemi sanitari, individuando l'ottica di genere quale parte integrante del Programma. A tal fine nel Regolamento è evidenziato come, ai sensi dell'articolo 8 TFUE, l'Unione

⁴¹ Nata nel 2001, sin dalla sua costituzione denuncia come le disuguaglianze di salute siano causate dalla mancanza conoscenza dell'impatto di determinanti genere-specifici sulla salute.

⁴² Nata nel 2005 e che nel 2022 ha programmato il decimo congresso internazionale.

⁴³ Si veda Istat, *Speciale emergenza Covid 19*, in *www.istat.it*, 2021 laddove si evidenzia come l'emergenza generata dall'epidemia di coronavirus ha accresciuto il rischio di violenza sulle donne, poiché molto spesso la violenza avviene dentro la famiglia. Si precisa inoltre che le disposizioni normative in materia di distanziamento sociale introdotte al fine di contenere il contagio si sono rivelate un elemento che ostacola l'accoglienza delle vittime, con conseguenti e reiterate situazioni di disagio fisico e psicologico.

⁴⁴ Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni "Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025", COM(2020) 152 final, Bruxelles, 5 marzo 2020.

in tutte le sue azioni miri ad eliminare le disuguaglianze, nonché a promuovere la parità, tra uomini e donne, traducendosi nella necessità di tenere conto della parità di genere, durante l'intera valutazione, preparazione, attuazione e sorveglianza dei programmi pertinenti. Ed infatti tra gli "obiettivi generali" è previsto all'art. 3 del Reg, la riduzione delle "disuguaglianze sanitarie", mentre all'art. 4 del Reg, vengono indicate, tra le azioni ammissibili al finanziamento, gli interventi concernenti l'integrazione dell'ottica di genere in sanità, richiamando espressamente nell'elenco delle possibili azioni ammissibili (All. I Reg.) il "sostegno alla realizzazione e all'ulteriore sviluppo di indagini, studi, raccolta di dati e statistiche comparabili, compresi dati *disaggregati per genere* ed età, metodologie, classificazioni, micro simulazioni, studi pilota, indicatori, intermediazione di conoscenze e valutazioni comparative". Non solo, il regolamento introduce all'Allegato II gli "Indicatori per la valutazione del programma", prevedendo espressamente una serie di *indicatori genere-specifici*, come quelli dei punti 9 "percentuale di sopravvivenza netta, standardizzata per età, dopo cinque anni dalla diagnosi ... per ...età, *genere* ... (nella misura in cui tali dati siano disponibili)", 10 "percentuale di copertura dei programmi di screening per ...età, *genere* e Stato membro", 12 "numero di azioni riguardanti la prevalenza delle principali malattie croniche per Stato membro, per malattia, *genere* ed età", 13 "numero di azioni riguardanti la prevalenza per età del consumo di tabacco, se possibile differenziata per *genere*", 14 "numero di azioni concernenti la prevalenza del consumo nocivo di alcol, se possibile differenziata per *genere* ed età".

Tutto questo a dimostrazione di come il recente Programma sottolinei in modo più netto, sia a livello europeo che a livello nazionale (dei singoli Stati membri), la necessità di promuovere studi sull'influenza del genere sulle caratteristiche delle malattie, allo scopo di contribuire a migliorare le conoscenze e l'educazione in tale ambito, per la prevenzione, la diagnosi, il monitoraggio e le cure.

A ricordare, infine, l'importanza del riconoscimento del diritto alla salute di genere nella dimensione globale, europea e nazionale è intervenuto di recente anche l'ultimo incontro del G20, nell'anno di presidenza italiana, in cui il *Women 20*, insieme alle delegate di 19 Paesi, nel trattare tutti i temi dell'*empowerment* femminile, ha posto per la prima volta l'attenzione anche sulla medicina di genere in tutti i suoi aspetti. In particolare si è sottolineata l'importanza di un approccio che tenga conto delle differenze di genere nella pratica clinica per l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure, in una prospettiva riferita anche alla tutela della salute delle generazioni future.

Ed a questi principi dovrebbe anche ispirarsi il processo di elaborazione e negoziazione di un Trattato internazionale sulla prevenzione e sulla preparazione in materia di pandemie su cui i 194 membri dell'OMS hanno raggiunto il consenso il 1° dicembre 2021.

Certo è che se i ripetuti interventi internazionali ed europei continuano a rivolgere l'attenzione al diritto alla salute di genere, la ragione è da ritrovarsi nel fatto che, nonostante l'impegno ed il riconoscimento, almeno formale, del

diritto, il percorso per una effettività che sia sganciata dalla impostazione medica tradizionale radicata sul “neutro-maschile” appare ancora lungo e non scevro da resistenze anche psicologiche e metodologiche di analisi.

Ecco perché occorre più che mai verificare se, calando tale diritto nel nostro ordinamento, sia ravvisabile nella Costituzione una forte base giuridica che ne sancisca la rilevanza nell’ambito del diritto alla salute tradizionalmente inteso. Ed ancora se, a livello legislativo, l’attenzione prestata al diritto alla salute quale diritto inscindibilmente connesso alla protezione della dignità umana, richieda, dunque, in ragione del suo essere un diritto fondamentale, la capacità di offrire uno *standard* di tutela adeguato, declinato anche in riferimento al diritto alla salute di genere.

3. *Alla ricerca dei cardini costituzionali di un diritto alla salute di genere*

Le considerazioni che precedono hanno evidenziato, quanto meno a livello internazionale ed europeo, che è possibile configurare un “diritto alla salute di genere”. Resta ora da verificare se a livello nazionale, l’affermazione del diritto alla salute quale enunciato nella Carta costituzionale, consenta di individuare al suo interno quella autonoma declinazione riferita al genere, anche se non espressamente menzionata.

La risposta non può che essere positiva, poiché, diversamente, si verrebbe a disconoscere quel carattere di “Costituzione vivente”⁴⁵ che la contraddistingue e che ne consente il raccordo con l’evolversi della società, per quella componente dinamica che la rende un’opera “viva”, cioè “riplasmabile di continuo”⁴⁶, ispirata al principio cardine dell’uguaglianza sostanziale⁴⁷, che tende alla costruzione di una società nuova e più giusta⁴⁸.

⁴⁵ L’idea di “Costituzione vivente” è stata elaborata per la prima volta in America e proposta in Italia da Paladin al fine di indicare l’insieme dei precetti costituzionali attualizzati e concretamente applicati ad opera della giurisprudenza costituzionale.

⁴⁶ R. BIN, *Mutamenti costituzionali: un’analisi concettuale*, in *www.robertobin*, 2020, 17 “Anche per questo la «costituzione vivente» è un’opera collettiva, ed è un’opera che garantisce agganci solidi con il testo costituzionale: solidi ma elastici. È un’opera “viva” anche nel senso che si può riplasmare di continuo, anche quando le prassi o i percorsi giurisprudenziali sembrano allontanarsi di più dal “testo”, che però, proprio per la sua rigidità, può far riavvolgere lo sviluppo anomalo e riportare il percorso indietro”.

⁴⁷ Si ricorda che l’art. 3 fu suggerito da Massimo Severo Giannini, che nella relazione del 16 aprile 1946 svolta al congresso del Partito socialista italiano su “lo Stato democratico repubblicano” sottolineava come nella Costituzione “sarebbe [...] importante poter enunciare un principio generale, il quale dica che spetta all’azione dello Stato eliminare le disuguaglianze che si producono nella collettività e che siano imputabili a fatti attinenti al corpo sociale stesso. Sviluppando questo principio poi, potrebbero porsi delle enunciazioni tendenti a stabilire che l’azione dello Stato si svolgerà nel senso di fornire a chiunque gli elementi di base, di fornire abitazioni civili, di organizzare ed assicurare un’adeguata protezione sociale. In taluni casi, come per esempio per l’educazione, potrebbe perfino riconoscersi al cittadino un vero e proprio diritto pubblico subbietivo verso lo Stato ad ottenere un’adeguata prestazione”.

⁴⁸ U. ROMAGNOLI, *Art. 3, 2° comma*, in *Commentario della Costituzione. Art. 1-12. Principi fondata-*

In questa prospettiva la Costituzione, e quindi i diritti in essa affermati, sono la risultante della continua evoluzione della società che cambia e si evolve con i nuovi bisogni che via via emergono, implicando così un percorso ambizioso e “senza fine”, per la realizzazione del quale è compito della Repubblica far sì che *tutti* gli ostacoli siano rimossi, e dunque “non solo quelli posti sulla via solenne del diritto, ma anche quelli creati dal costume, dalla tradizione, dalla mentalità corrente del nostro Paese”⁴⁹.

Peraltro, basta leggere i lavori dell’Assemblea costituente, nella parte relativa ai rapporti etico sociali, per comprendere come i nostri padri costituenti abbiano normato tale diritto riconoscendogli la rilevanza di diritto “fondamentale”⁵⁰.

Attribuzione da cui conseguono effetti significativi in quanto “la qualifica di diritto fondamentale ha pur sempre un significativo contenuto precettivo, nel senso che il suo riconoscimento, per un verso, esplicita l’appartenenza della salute al novero di quei *diritti inviolabili* dei quali parla genericamente l’art. 2 Cost.; per l’altro, ne indica una sorta di priorità (non assiologica, è bene ripetere, ma solo) logica, nel senso che la privazione della salute ostacola il pieno godimento anche degli altri diritti costituzionali”⁵¹.

Considerazioni che evidenziano lo stretto collegamento con la necessità di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano “di fatto” l’uguaglianza dei cittadini⁵², come nel caso delle “disuguaglianze di genere” che ancora inficiano in diversi ambiti i diritti e che trovano purtroppo riscontro anche nell’ambito del diritto alla salute. Infatti il diritto alla salute, ad oggi, è ancora inquadrato in una visione del neutro-maschile, retaggio di ostacoli socio-culturali quale il non adeguamento delle prassi mediche alle consolidate evidenze scientifiche, nonché di ostacoli economici quali gli elevati costi connessi ad un adeguamento degli studi, e ad una conseguente riorganizzazione dei servizi di cura.

tali, a cura di G. BRANCA, Bologna-Roma, 1975, 162, “Il 2° comma dell’articolo 3 assegna così un posto di rilievo primario al contenuto minimo e indispensabile del modello di società prefigurata”.

⁴⁹ TERESA MATTEI, *Assemblea costituente*, seduta del 18 marzo 1947. Preme qui evidenziare come fu Teresa Mattei a chiedere e ottenere l’inserimento della locuzione «di fatto» in vista della rimozione degli ostacoli all’uguaglianza sostanziale, affermando che “nessuno sviluppo democratico, nessun progresso sostanziale si produce nella vita di un popolo se esso non sia accompagnato da una piena emancipazione femminile”.

⁵⁰ Preme sottolineare che il progetto originario non prevedeva il riconoscimento della qualifica “fondamentale”, introdotta proprio allo scopo di garantire la salute in modo più chiaro e incisivo. Si veda Discussione tenutasi nella seduta del 24 aprile 1947 (Atti Ass. cost., I ed., 3295 ss.).

⁵¹ M. LUCIANI, *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato*, in www.europarl.europa.eu, 2022, 7.

⁵² A. SIMONATI, *La costituzione «dimenticata» la parità di genere*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2021, 11, “L’apporto delle donne in Assemblea fu decisivo, innanzitutto, per quanto concerne la disposizione dell’art. 3 Cost. Non solo, infatti, si deve a Lina Merlin l’aggiunta del sesso fra le condizioni personali che non possono costituire fonte di discriminazione; fu Teresa Mattei a chiedere e ottenere l’inserimento della locuzione «di fatto» in vista della rimozione degli ostacoli all’uguaglianza sostanziale”.

Il diritto alla salute sembra, dunque, presentare risvolti critici sul piano della sua effettività, quando a venire in rilievo è il diritto alla parità di genere “nel” diritto alla salute.

Perché il diritto alla salute, in questa nuova declinazione di genere, sia garantito “a tutti” gli individui, una strada percorribile appare quella di una rilettura dell’art. 32 della Costituzione, in combinato disposto con il diritto alla parità di genere di cui all’art. 51, quale “diritto di nuova generazione”, da considerare non nel dettato “letterale” della Costituzione riferito all’accesso agli uffici pubblici e alle cariche elettive, ma nella sua poliedrica applicazione⁵³.

In altre parole, i noti ritardi e le incertezze nell’attuazione del principio di parità di genere hanno sortito, accanto all’indiscutibile ritardo nel raggiungimento dei risultati auspicati dai costituenti (e soprattutto dalle costituenti)⁵⁴, anche un grave *vulnus* al diritto alla salute, collocato, non a caso, nel titolo II della parte prima della Costituzione, dedicato ai “rapporti etico-sociali”.

L’approccio alla salute non può dunque essere visto, né in un’ottica di “parità” dell’accesso agli uffici pubblici e alle cariche elettive, né in un’ottica soltanto biologica, posto che il valore etico e sociale chiama in causa l’idea forte del “diritto diseguale”, che non “soffoca” le differenze ma le valorizza come elementi di ricchezza per l’intera società e il suo progresso⁵⁵.

In buona sostanza, la *raison d’essere* della rimeditazione dei contenuti del diritto alla salute in un’ottica di genere *dovrebbe* (il condizionale è d’obbligo) portare a superare quelle discriminazioni che le conoscenze scientifiche hanno dimostrato inficiare il diritto alla salute, dalla ricerca alle cure, laddove va riconosciuto che non possono essere trattate in maniera uguale situazioni differenti, quali sono le variabili sessuali, sociali e culturali, in una parola le “variabili di genere”.

Il diritto alla salute di genere è infatti intrinseco alla definizione di “salute” intesa, come “uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità”, divenendo per queste ragioni un carattere distintivo del diritto alla salute.

In questa prospettiva il diritto alla salute è un diritto “insaziabile”⁵⁶, vale a dire capace di espandersi al progredire delle possibilità scientifiche e, altresì, del progresso e delle sensibilità culturali e sociali, posto che il carattere trasversale del diritto alla parità di genere fa sì che tale diritto non coesista “con” i vari diritti fondamentali, ed in particolare con quelli sociali, ma si integri in questi, secondo “l’assunzione di una visione olistica”⁵⁷.

⁵³ M. D’AMICO, *Una parità ambigua. Costituzione e diritti delle donne*, Milano, 2020.

⁵⁴ *Ivi*, 51-74.

⁵⁵ A. D’ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e diritto diseguale. Contributo allo studio delle azioni positive nella prospettiva costituzionale*, Padova, 2002.

⁵⁶ A. PINTORE, *Diritti insaziabili*, in *Teoria Politica*, 2000, 3-20.

⁵⁷ A. SIMONATI, *La costituzione «dimenticata» la parità di genere*, cit., 17.

L'art. 32 così declinato continua, dunque, ad avere quel carattere “precettivo” immediato⁵⁸ che di per sé non ha necessariamente bisogno di ulteriori norme per la sua applicabilità in ottica di genere⁵⁹, anche perché lo stesso diritto alla parità di genere, non deve, o meglio, non dovrebbe, essere anch'esso considerato come una norma meramente programmatica, ma come una norma a carattere precettivo⁶⁰.

Si tratti infatti di unaendiadi di intenti connessi sia alla tutela dei diritti individuali, sia all'interesse della collettività, quali due facce della stessa medaglia, *rectius* del pluralismo che è proprio del nostro ordinamento.

Va da sé che l'effettività del diritto alla salute di genere è perseguibile nella misura in cui il legislatore dia alla norma costituzionale la “maggiore ampiezza ed espansione possibile”⁶¹. Ragione per la quale, combinando questa necessità di ampiezza ed espansione connaturale al diritto alla salute con “l'ispirazione di fondo di una politica del diritto” retta dal principio di uguaglianza sostanziale⁶², si può affermare che un elemento imprescindibile di tutto il ragionamento sia anche quello dell'amministrazione, ossia la definizione in ottica di genere dell'organizzazione dei servizi pubblici ed il ruolo dei pubblici poteri nell'erogazione delle relative prestazioni⁶³.

Il riferimento agli aspetti organizzativi dell'amministrazione chiama ovviamente in causa l'art. 97 della Costituzione, nella sua interezza, nel senso, cioè, che anche il primo comma dedicato agli aspetti finanziari, rileva ai fini della effettività

⁵⁸ È opportuno, tuttavia, ricordare che, anche nelle prime fasi di vita costituzionale della Repubblica vi fu chi, in dottrina, sostenne sin da subito il valore direttamente precettivo dell'art. 32 della Costituzione. Cfr. C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1961, 1 ss. Come anche le considerazioni di L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, cit., 114, per cui se ad una disposizione è attribuito un carattere programmatico, non vuol dire che ne è indebolita necessariamente la forza normativa, dal momento che i precetti in essa contenuti comprendono pur sempre dei vincoli che, invece che intervenire in modo diretto su una materia, pongono un obbligo per i poteri pubblici a regolare il tema, incidendo in modo significativo sulla materia stessa. La violazione da parte del legislatore di un precetto costituzionale, anche se di valore programmatico, determinerebbe comunque l'incostituzionalità dell'intervento. Si veda *ex multis* anche A. BALDASSARRE, *voce Diritti sociali*, in *Enc. Giur. Treccani*, Roma, 1989, 26; GROSSI, *Introduzione ad uno studio sui diritti inviolabili nella Costituzione italiana*, Padova, 1972, 176; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998; L. PRINCIPATO, *L'immediata perattività dei diritti sociali ed il «contenuto minimo del diritto fondamentale alla salute»*, in *Giurisprudenza costituzionale*, Milano, 1998, 3853 ss.

⁵⁹ Si veda E. CATELANI, *La medicina di genere: profili giuridici* – Focus di approfondimento, in www.cug.unipi.it, maggio 2021.

⁶⁰ A. SIMONATI, *La costituzione «dimenticata» la parità di genere*, cit., 17 sottolinea come “l'attuazione immediata delle disposizioni costituzionali sulla parità di genere avrebbe permesso di cogliere prima la portata onnicomprensiva di questo principio”.

⁶¹ In questo senso M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, cit., 773.

⁶² U. ROMAGNOLI, *Art. 3, c.2 Cost.*, cit., 163 e 171 ss.

⁶³ Si veda F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990.

del diritto alla salute in generale e di quello di genere in particolare, essendo la sostenibilità finanziaria una delle condizioni necessarie per rendere effettivo un diritto.

A tale riguardo preme ricordare come negli ultimi due decenni l'OMS, nel porre l'attenzione sull'approccio di "genere" in salute, è giunta a definire tale dimensione una necessità di metodo e di analisi che deve rivestire un ruolo cruciale nella programmazione sanitaria, al fine di tutelare e promuovere la salute. Programmazione che, come è noto, non può prescindere dal dato finanziario⁶⁴. Sicché ogni differenziazione in ragione del genere non può che risultare oggettivamente discriminatoria, diminuendo per taluni individui il contenuto concreto del diritto fondamentale "salute di genere".

Se dunque le fondamenta costituzionali del diritto alla salute di genere appaiono complesse ma solide, è la stessa Costituzione all'art. 117 a chiamare in causa il legislatore statale e quello regionale.

Sul versante statale, infatti, la Corte costituzionale ha avuto modo di sottolineare come "il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica [...] deve essere garantito in condizione di uguaglianza in tutto il Paese, attraverso una *legislazione generale dello Stato* basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale"⁶⁵, spettando allo Stato garantire i livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale e dunque i livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire, anche finanziariamente, ai cittadini.

Sul versante regionale, trattandosi di un sistema di tutela della salute articolato su due livelli di governo, sempre la Corte sottolinea come alla Regione pertenga il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei suddetti LEA.

È evidente che un modello articolato su due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze, e guardi al diritto alla salute nella sua prospettazione composita, vale a dire nell'inclusione *nel* diritto alla salute del diritto alla salute di genere⁶⁶. Ma perché questa costruzione abbia un senso è necessario verificare se e come tale diritto venga ad essere garantito, posto che

⁶⁴ Ministero della Salute, *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, in www.salute.gov.it, VIII.

⁶⁵ Corte cost., sent. n. 5 del 2018.

⁶⁶ Corte cost., sent. n. 142 del 2021. La Corte aggiunge anche che tale sistema è finalizzato a "realizzare una gestione del sistema sanitario efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi necessari, inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica".

la condizione dell'effettività del diritto dipende, oltretutto dalla consapevolezza politica della sua rilevanza, dalle disponibilità finanziarie che a livello centrale ed a livello regionale sono messe a disposizione per la copertura dei relativi costi. Non resta quindi che andare a verificare se, e come, il diritto alla salute di genere sia stato recepito e finanziato nella legislazione nazionale e regionale.

4. *I primi "timidi" passi verso il riconoscimento di un diritto alla salute di genere a legislazione invariata*

Passando ad esaminare il lungo *iter* che ha portato all'approvazione di una legislazione nazionale sul diritto alla salute di genere, non è possibile non rilevare come questo sia il frutto di interventi di varia natura sia sul versante amministrativo che su quello legislativo.

Il perché è forse rinvenibile nel fatto che un tale riconoscimento rappresenta una sfida assai rilevante che non si ferma al livello legislativo ma che coinvolge anche e, soprattutto, il profilo organizzativo dell'amministrazione.

A livello legislativo, il legislatore deve, infatti, riuscire a rendere effettivo il diritto alla salute tenendo conto sia del necessario bilanciamento con gli altri diritti sia delle risorse disponibili, e questo perché "una volta normativamente identificato il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto, questo non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali", come è stato ribadito da una costante giurisprudenza costituzionale "...è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione"⁶⁷.

A livello amministrativo tutto ciò passa poi per scelte che investono la riorganizzazione sanitaria sia a livello regionale che a livello di indirizzo centrale, al fine di rinforzare un sistema sanitario secondo percorsi di cura adeguati a tutti i cittadini che tengano conto delle differenze di genere. Dunque, un percorso legislativo ed amministrativo non immediato.

Ecco perché il diritto alla salute in un'ottica di genere, ha mosso i primi passi nel nostro ordinamento con interventi settoriali, rivolti all'ambito specifico della tutela della salute delle donne.

A venire in rilievo al riguardo è l'iniziativa che, nel 1998, il Ministro delle pari opportunità, di concerto con il Ministro della salute, hanno promosso con "Una salute a misura di donna", un progetto dal nome significativo, che pur riferendosi ad un diritto, come quello alla salute cardine della nostra Costituzione, evidenzia il suo essere diseguale e intrinsecamente poliedrico⁶⁸.

⁶⁷ Corte cost., sent. n. 275 del 2016.

⁶⁸ Tale progetto ha portato alla costituzione nel settembre 1999, presso il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio del gruppo di lavoro interdisciplinare, rappresen-

A questa iniziativa è seguita, nel 2005, l'istituzione presso il Ministero della Salute di un Tavolo di lavoro "Salute delle donne e farmaci per le donne", cui hanno partecipato l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) e la Società Italiana di Farmacologia (SIF). L'iniziativa ha avuto poi un seguito con la istituzione, su impulso dell'allora Ministro della Sanità, di una Commissione sulla "salute delle donne" i cui lavori hanno trovato esito nella pubblicazione di un Rapporto su "Stato di salute delle donne in Italia", in cui si raccomanda di raccogliere i dati di genere sulla salute, definire percorsi di formazione specifica a livello universitario per gli operatori del SSN e promuovere programmi di ricerca in una prospettiva di genere⁶⁹.

Ma quello che più rileva è che da questo Rapporto emerge una fotografia della salute delle donne italiane che rivela la necessità di interventi adeguati sia in riferimento al miglioramento della salute intesa come benessere fisico, psichico, sociale ed economico, sia in riferimento a finanziamenti *ad hoc* per progetti di ricerca nel campo della medicina di genere⁷⁰.

A questo primo passo, ne sono seguiti altri, tra cui merita segnalare quello del Comitato Nazionale di Bioetica⁷¹ con la pubblicazione del rapporto "La

tativo sia del mondo della ricerca che di quello clinico. Le attività del gruppo durate tre anni, hanno portato alla redazione del report "Una salute a misura di donna" (presentato nel febbraio 2002 alla Camera), che documentava la sistematica mancanza di attenzione alla dimensione di genere nella raccolta dati, la sottovalutazione dei rischi nelle patologie a carico delle donne e le conseguenti risposte inadeguate nei diversi settori indagati. Cfr. Dipartimento per le Pari Opportunità – Presidenza del Consiglio dei ministri, *Una salute a misura di donna*, Roma, 2001. Inoltre, sempre lo stesso gruppo ha realizzato la pubblicazione del volume "Guida alla salute delle donne" che presenta, per la prima volta, delle linee guida volte a "svelare i pregiudizi", a evidenziare i fattori di rischio e a "sviluppare le informazioni per promuovere la salute". Si veda Commissione Nazionale di Parità, Pari Opportunità – Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei ministri, *Guida alla salute delle donne*, Roma, 2003.

⁶⁹ Nel 2007 con decreto del 6 giugno è stata istituita presso il Ministero della Salute, la "Commissione salute delle donne" con durata triennale, con l'obiettivo di elaborare il "Piano strategico inter-settoriale per la promozione e tutela della salute psico-fisica delle donne" e approfondire temi come la medicina di genere, la salute riproduttiva, il percorso nascita, gli aspetti preventivi nelle varie fasi della vita delle donne. Viene anche approvato il "Piano di azioni per la salute della donna e del bambino" dove la salute delle donne viene considerata come "l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute, e per rimuovere tutte le disuguaglianze, non solo quelle economiche e sociali, ma anche quelle fra uomini e donne". Nel maggio 2008 viene presentata la pubblicazione "La salute delle donne: un diritto in costruzione" che contiene la descrizione delle azioni di governo, i relativi documenti e, nella terza parte, un articolato *report* dei lavori della Commissione ministeriale "Salute delle Donne". Ministero della Salute. *La salute delle donne: un diritto in costruzione*, Roma, 2008

⁷⁰ Progetti finanziati sia dal Ministero della Salute che dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

⁷¹ Il Comitato nazionale per la bioetica (spesso abbreviato in CNB) è stato istituito con decreto del presidente del Consiglio dei ministri il 28 marzo 1990 quale organo consultivo della Presidenza del Consiglio dei ministri, che svolge altresì funzioni di consulenza presso il Governo,

sperimentazione farmacologica sulle donne”, in cui partendo dall’analisi dei dati sulla sperimentazione clinica delle donne viene evidenziata la *sotto rappresentatività* nell’arruolamento, nonché la scarsa elaborazione differenziata dei risultati soprattutto per le patologie non prettamente femminili⁷², aspetti che trovano, poi, riscontro nella pubblicazione dell’indagine conoscitiva della 12a Commissione permanente del Senato (Igiene e Sanità) nella quale viene evidenziata la necessità di considerare il determinante genere per programmare nuovi interventi in sanità.

Passi dunque importanti che portano l’Agenzia Italiana del Farmaco a formalizzare nel 2011 il “Gruppo di Lavoro su Farmaci e genere” per approfondire le problematiche inerenti agli aspetti regolatori e farmacologici della medicina di genere, richiedendo alle aziende farmaceutiche di sviluppare disegni di ricerca orientati al genere, oltrech  ad elaborare i dati ottenuti considerando la variabile sesso⁷³.

Si afferma, in sostanza, il suo riconoscimento a livello della *lobby* delle case farmaceutiche, e non   un caso che l’AIFA sia la prima organizzazione ad includere nel 2016 la medicina di genere come area tematica nel bando pubblicato per la ricerca indipendente sui farmaci⁷⁴.

Ma se sul versante farmaceutico si segnano questi primi passi importanti,

il Parlamento e le altre istituzioni, e con funzioni di informazione nei confronti dell’opinione pubblica sui problemi etici emergenti.

⁷² Presidenza del Consiglio dei ministri – Comitato Nazionale per la Bioetica, *La sperimentazione farmacologica sulle donne*, Roma, 2007.

⁷³ L’Agenzia Italiana del Farmaco (la cui istituzione risale all’art. 48 del d.l. n. 269 del 2003, convertito in legge n. 326 del 2003, che ha rappresentato il collegato alla legge finanziaria 2004) “  un ente pubblico che opera in autonomia, trasparenza e economicit , sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell’Economia. Collabora con le Regioni, l’Istituto Superiore di Sanit , gli Istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i medici e le Societ  scientifiche, il mondo produttivo e distributivo. Nello specifico: garantisce l’accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute; assicura la unitariet  nazionale del sistema farmaceutico d’intesa con le Regioni; provvede al governo della spesa farmaceutica in un contesto di compatibilit  economico-finanziaria e competitivit  dell’industria farmaceutica; assicura innovazione, efficienza e semplificazione delle procedure registrative, in particolare per determinare un accesso rapido ai farmaci innovativi ed ai farmaci per le malattie rare; rafforza i rapporti con le Agenzie degli altri Paesi, con l’Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e con gli altri organismi internazionali favorisce e premia gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) in Italia, promuovendo e premiando la innovativit ; dialoga ed interagisce con la comunit  delle associazioni dei malati e con il mondo medico-scientifico e delle imprese produttive e distributive; promuove la conoscenza e la cultura sul farmaco e la raccolta e valutazione delle *best practices* internazionali”. (Cos  descrizione del ruolo dell’Agenzia in www.aifa.gov.it). Si veda L. CASINI, *L’Agenzia del farmaco: ufficio-agenzia o agenzia-ente pubblico?*, in *Gior. Dir. amm.*, 2004, 132-139.

⁷⁴ Ci  a dimostrazione di come l’effettivit  del diritto alla salute di genere passi anche per il suo riconoscimento a livello delle *lobby* delle cause farmaceutiche.

non meno importanti sono quelli dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) che, nell'affrontare la materia, elabora ed introduce la c.d. sesso-stratificazione come strumento metodologico per talune indagini epidemiologiche⁷⁵.

A completare il quadro degli interventi "istituzionali" a sostegno di un approccio della medicina che tenga conto del diritto alla salute di genere, interviene anche l'Istituto Superiore di Sanità⁷⁶, che nel 2011 attiva il Reparto *Malattie degenerative, Invecchiamento e Medicina di genere*, all'interno del Dipartimento del Farmaco⁷⁷ istituendo nel 2017 il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, che svolge attività di ricerca biomedica, di formazione e comunicazione, oltreché attività istituzionale in un'ottica di genere.

In questo complesso percorso nel quale la componente scientifica e sociale è rilevante, era inevitabile che il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS dovesse rivolgersi anche alle Università ed al Terzo settore.

Ed in verità l'apporto delle Università allo studio della medicina di genere è sempre stato molto significativo, per la semplice ragione che il decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca dell'ottobre 2000 ha posto la prospettiva *gender sensitive* tra gli obiettivi formativi di alcuni corsi di laurea delle professioni sanitarie, al fine di garantire la conoscenza e l'applicazione di una visione di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura⁷⁸.

⁷⁵ Ci si riferisce in particolare alla sesso-stratificazione come strumento metodologico per l'analisi dei dati epidemiologici per individuare caratteristiche differenti secondo indicatori specifici di genere.

⁷⁶ L'Istituto superiore di sanità (ISS), costituito nel 1934 con il nome di Istituto di sanità pubblica, nel 1941 ha assunto l'attuale denominazione, con la riforma del 2001 (decreto del presidente della Repubblica n. 70) l'ISS ha cambiato il suo stato giuridico, diventando ente di diritto pubblico che opera come agenzia autonoma, sotto la sorveglianza del Ministero della salute, in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale in Italia, svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

⁷⁷ A questo, nel 2011, viene affidato lo sviluppo e l'applicazione di un approccio di genere per lo studio di patologie volto a una migliore diagnosi e cura delle differenze di genere in determinate patologie.

⁷⁸ Specificamente in sei classi di corso di laurea triennale (tra cui scienze delle attività motorie e sportive) su ventisei e in undici classi di laurea magistrale (tra cui medicina e chirurgia e scienze delle attività motorie e dello sport) su cinquantadue. Cfr. Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2000 "Settori scientifici disciplinari dichiaratoria". Si ricorda al riguardo quanto rilevato nel 2013 nel corso del Convegno nazionale "Genere, sociologia e Università" promosso dall'Università di Roma Tre, in cui è stata presentata la ricerca "La formazione universitaria e post-universitaria *gender sensitive* in Italia", nella quale veniva messo in luce che dai dati riferiti all'anno accademico 2011-12 su un campione di 57 Atenei pubblici solamente 16 Atenei avevano attivato corsi "sul genere" (ovvero il 0,001% dell'intera offerta formativa universitaria italiana), il 20% dei quali nell'area della medicina. Va precisato a tale riguardo però che negli anni successivi si è assistito alla nascita di insegnamenti facoltativi, ne sono un esempio, dopo la Cattedra di Medicina di genere dell'Università di Padova (a.a. 2013-14), quella di Siena (a.a. 2014-15), e l'Università di Ferrara (a.a. 2015-16) che approva un insegnamento specifico. Inoltre negli anni si sono attivati Centri universitari di ricerca

Il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS ha così sottoscritto un accordo con diverse Università, mentre sul versante del Terzo settore ha stabilito rapporti con le più significative anime del Terzo settore interessate alla medicina di genere quali – associazioni Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG) – dando vita alla Rete Italiana per la Medicina di Genere.

La Rete frutto di una *partnership* pubblico-privato ha come obiettivo quello di sviluppare la ricerca scientifica, di promuovere la formazione di medici e operatori sanitari e l'informazione della popolazione⁷⁹. È un passo importante per la medicina di genere e per il riconoscimento del relativo diritto posto che, attraverso la Rete, si sono avviate collaborazioni con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), che ha costituito un gruppo di lavoro specifico con l'obiettivo di sensibilizzare tutti gli Ordini dei medici italiani all'approfondimento e alla formazione della medicina di genere; con la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Medici Internisti (FADOI) che ha una Sezione di medicina di genere; con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), che ha un'area "Salute della Donna" che si occupa di medicina di genere. In sostanza questi rapporti oltre a costituire una Rete italiana sulla medicina di genere hanno aperto la strada a collaborazioni con la Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM), pervenendo anche alla istituzione nel 2015 del *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, strumento di fondamentale importanza nella diffusione della ricerca e della cultura di genere.

L'influenza del Terzo settore ha poi portato alla costituzione dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere (ONDA), volto a promuovere a livello istituzionale, sanitario-assistenziale, scientifico-accademico e sociale un approccio al diritto alla salute orientato al genere, con particolare attenzione a quella femminile, secondo principi di equità e pari opportunità⁸⁰.

sul genere, solitamente interdipartimentali, anche declinati sulla salute (Milano, Bologna, Trento, Sassari, Foggia, Pavia, Napoli e Bari).

⁷⁹ Tale Rete è stata presentata dal Ministero della Salute con la pubblicazione "Quaderni del Ministero della Salute – Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura", n. 26, aprile 2016, che evidenzia come la medicina di genere si interessi delle differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne, della loro influenza sullo stato di salute e di malattia rappresentando un punto fondamentale per il Servizio sanitario nazionale. Il lavoro affronta questa tematica da vari punti di vista tenendo conto delle peculiarità del sistema-paese, delle varie specialità mediche interessate e delle possibili ricadute per il cittadino.

⁸⁰ Osservatorio costituito nel 2005 (ed oggi qualificato come Fondazione), volto alla disseminazione di una corretta informazione presso la popolazione per promuovere la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e l'aderenza terapeutica, anche avvalendosi della collaborazione con una rete di ospedali premiati con i "Bollini Rosa" per l'attenzione riservata alla salute femminile. Dialoga altresì con le istituzioni centrali e regionali, segnalando le maggiori criticità di salute ed equità di accesso. Nei propri progetti tale Osservatorio coinvolge anche società scientifiche, asso-

Il quadro descritto porta a riflettere anche sui nuovi confini del sistema delle fonti nel campo del diritto alla salute di genere, rivelando come “nella diversa, rinnovata concezione delle fonti del diritto in seguito alla modifica del titolo V della Costituzione” vi sia chi sottolinea come l’autoregolamentazione privata acquisti la dignità di fonte di produzione normativa, “idonea, come tale, ad incidere anche sulla sfera giuridica altrui”. Si tratta, in sostanza, di quello che una parte della dottrina ha definito “diritto mite”⁸¹, riconducendolo anche alla “*soft law*”⁸², per rappresentare l’espressione della frammentazione e articolazione dell’attuale società, “...la quale richiede sempre di più regole dettagliate e specifiche che vengono proprio dai settori interessati”⁸³. In questa prospettiva i “soggetti della sussidiarietà orizzontale” pongono in essere veri e propri fenomeni di regolazione sociale che comportano un enorme ampliamento del tessuto normativo⁸⁴.

ciazioni di pazienti e media. Si ricorda la recente pubblicazione dedicata a genere e emergenza pandemica, cfr. ONDA, *Covid-19 e salute di genere: da pandemia a sindemia*, Milano, 2021.

⁸¹ Per approfondimenti sulla definizione “diritto mite” si veda G. ZAGREBELSKY, *Il diritto mite*, Torino, 1992. L’A. sottolinea come “oltre che dal pluralismo politico-sociale che si manifesta nella legge del Parlamento, gli ordinamenti attuali risultano poi anche da una molteplicità di fonti che è a sua volta espressione di un pluralismo di ordinamenti minori, che vivono all’ombra di quello statale e non sempre accettano pacificamente una posizione di secondo piano. [...] La statualità del diritto, che era una premessa essenziale del positivismo giuridico del secolo scorso, è così messa in discussione e la legge spesso si ritrae per lasciare campi interi a normazioni di origine diversa, provenienti ora da soggetti pubblici locali, conformemente al decentramento politico e giuridico che segna la struttura degli Stati moderni, ora dall’autonomia di soggetti sociali collettivi, come i sindacati dei lavoratori, le associazioni degli imprenditori, nonché le associazioni professionali”. Ed ancora, G. ROSSI, *Principi di diritto amministrativo*, ed. II, Torino, 2015, 48. L’A. sottolinea che “vi è un ordinamento giuridico (perfino nella società *latronum*, nel gruppo statale per ordinamento statale) ogni volta che sussistano tre elementi (come specificato da Gasparri e M.S. Giannini): un corpo sociale (e quindi una plurisoggettività), che sia organizzato (organizzazione) e che abbia una propria normazione (normazione)”.

⁸² Sul concetto di *soft law* e la sua estensione, si vedano *ex multis* A. PIZZORUSSO, *Delle fonti del diritto: art. 1-9*, in *Commentario del Codice civile*, a cura di A. SCIALOJA, G. BRANCA, ed. II, Bologna-Roma, 2011, 143 ss.; ID., *La produzione normativa in tempi di globalizzazione*, Torino, 2008, 25 ss.; E. MOSTACCI, *La soft law nel sistema delle fonti: uno studio comparato*, Padova, 2008; A. SOMMA, *Soft law sed law. Diritto morbido e neocorporativo nella costruzione dell’Europa dei mercati e nella distruzione dell’Europa dei diritti*, in *Riv. Crit. Dir. Priv.*, 2008, 438 ss.; R. BIN, *Soft law, no law*, in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, a cura di A. SOMMA, Torino, 2009, 31 ss.; *ivi*, R. VOLANTE, *Il soft law come norma di diritto privato. Un tentativo di definizione*, 173 ss.; L. DE BERNARDIN, *Soft law*, in *Dizionario di diritto pubblico*, a cura di S. CASSESE, vol. 4, Milano, 2006, 5605. Secondo l’A. “gli inizi del termine si fanno in genere risalire a Lord McNair, il quale non lo avrebbe comunque usato in saggi scritti”.

⁸³ A. BELLELLI, *Il problema della giuridicità delle regole deontologiche delle professioni*, in *Il principio di sussidiarietà nel diritto privato. I. Potere di autoregolamentazione e sistema delle fonti. Autonomia privata e diritto di famiglia. Attività negoziale e composizione alternativa delle liti*, a cura di M. Nuzzo, Torino, 2014, 83.

⁸⁴ Sul principio di sussidiarietà orizzontale e per la concezione dell’autonomia privata come fonte del diritto si veda *Il principio di sussidiarietà nel diritto privato: I*, cit., a cura di M. NUZZO; P.

Questo *millefleur* di interventi (amministrativi e non) dimostra come la costruzione del perimetro del diritto alla salute di genere coinvolga tutti gli attori del sistema, contribuendo a porre le basi per la messa in “cantiere” di un *corpus* di norme che ne riconosca la specificità nell’ambito del diritto alla salute.

5. *Dal tentativo di una legge ad hoc all’art. 3 della legge 2018: meglio poco che nulla*

Gli interventi, internazionali ed europei a favore del riconoscimento della medicina di genere e conseguentemente del diritto alla salute di genere, sono stati senza dubbio di stimolo per una presa di coscienza a livello nazionale, anticipata da vari esperimenti regionali⁸⁵, e sfociata nel 2018 nella legge di “Delega

PERLINGIERI, *Fonti del diritto e “ordinamento del caso concreto”*, in *Riv. dir. Priv.*, 4, 2010, 21; A. MOSCARINI, *Le fonti dei privati*, in *Giur. Cost.*, 2010, 1895 ss.

⁸⁵ Si tratta di una molteplicità di esperimenti regionali a carattere amministrativo ed in alcuni casi legislativi, che interessano quasi l’intero territorio nazionale. Dall’inclusione della medicina di genere nel Piano socio sanitario regionale (es. Veneto, Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Puglia), inclusione della medicina di genere nel Piano regionale della prevenzione (es. Piemonte, Emilia Romagna), inclusione della medicina di genere in un programma di azioni integrate (es. Abruzzo), applicazione della medicina di genere come obiettivo per i Direttori generali delle Aziende sanitarie (es. Lombardia, Basilicata), Presenza di un Tavolo o Commissione regionale sulla medicina di genere (es. Veneto, Toscana, Puglia), istituzione di un Centro/Agenzia regionale sulla medicina di genere (es. Toscana), istituzione di Centri/Agenzie nelle strutture sanitarie territoriali (es. Toscana), istituzione di Osservatori sulla Medicina di genere (es. Sardegna), promozione della ricerca medica in prospettiva sesso-genere (es. Veneto, Marche), formazione agli studenti nelle Università (es. Lombardia, Veneto, Toscana), introduzione di *Master* specifici sulla medicina di genere (es. Toscana, Puglia). Tra gli interventi legislativi non si può non ricordare, anche per il suo carattere fortemente anticipatorio, quello della Regione Toscana con l’art. 18 “Cittadinanza di genere nella politica sanitaria. Modifiche agli articoli 7, 19 e 54 della l.r. n. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)” della Legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 “Cittadinanza di genere”, secondo cui “la Regione garantisce l’integrazione attiva negli obiettivi e nelle attuazioni della politica della salute del principio della *parità di trattamento*, al fine di evitare che si abbiano discriminazioni a causa delle differenze biologiche o degli stereotipi sociali ad esse associati. (...) La Regione promuove l’adozione sistematica di iniziative volte a sostenere la *salute delle donne* nelle fasi della loro vita, nell’ambito delle azioni di educazione alla salute. (...) La Regione promuove la ricerca scientifica che prende in considerazione le differenze fra donna e uomo in relazione alla protezione della loro salute, in particolar modo per quanto riguarda l’accessibilità e l’attività diagnostica e terapeutica, sia nell’ambito degli studi clinici che in quello assistenziale. (...) La Regione persegue l’obiettivo di garantire l’ottenimento e il *trattamento disaggregato per genere*, ove possibile, dei dati contenuti nei registri, indagini statistiche o altri sistemi di informazione sanitaria”. Ed ancora come non menzionare, quale modello esemplare, la legge della Regione Emilia-Romagna 27 giugno 2014, n. 6 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere” considerato il testo più ampio ed organico sull’uguaglianza di genere, in cui il riferimento alla medicina di genere, oltre che all’art. 3 “Definizioni”, è contenuto in due articoli, art. 10 “Medicina di genere e cura personalizzata” e art. 11 “Rete dei servizi e presidi territoriali”, in un’ottica orientata alla salute e alla medicina di genere. La legge della Regione Emilia-Romagna

al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”, nella quale viene introdotto il concetto di “genere” in medicina. Il tutto al fine di garantire ad ogni persona la cura migliore nel rispetto delle differenze, dando avvio ad un percorso che sembra andare verso l’effettiva *personalizzazione* delle terapie⁸⁶.

Vero è che se la legge del 2018 ha il merito di aver dato avvio ad una prospettiva di genere del diritto alla salute questa, oltre ad innestarsi per alcuni aspetti sulla disciplina dettata dal d.lgs. n. 81 del 2008 (sicurezza nei luoghi di lavoro)⁸⁷, è la risultante di una serie di tentativi legislativi diretti a trattare in modo

risulta, dunque, già prima della legge nazionale (l. n. 3 del 2018), un testo all’avanguardia e particolarmente attento all’approccio di genere in sanità. Al riguardo si ricorda poi anche la recente legge regionale dell’Emilia-Romagna, 1 agosto 2019, n. 15 “Legge regionale contro le discriminazioni e le violenze determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere”, che all’art. 5 “Interventi in materia socio-assistenziale e socio-sanitaria”, stabilisce che “Il Servizio sanitario regionale, i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sostengono e promuovono iniziative di informazione, consulenza e sostegno sulle tematiche specifiche che coinvolgono le persone gay e lesbiche, transessuali, transgender e intersex. Le medesime iniziative sono offerte ai genitori e alle famiglie. La Regione promuove gli interventi di cui al presente articolo in coerenza con il Piano sociale e sanitario regionale, con il Piano regionale per la promozione della salute e prevenzione e con gli altri strumenti di programmazione e pianificazione di settore. La Regione, per le finalità di cui al comma 1, promuove specifica formazione e aggiornamento a operatori e operatrici dei servizi sociali e sanitari”.

⁸⁶ CIAVATTA, G. FINCATO, G. PANINA, *Personalizzazione delle cure, terapie innovative e nuovo ruolo dei farmaci*, in AA.VV., *Terapie innovative e welfare: un nuovo paradigma*, Roma, 2019, 50-64.

⁸⁷ Non stupisce, la considerazione che sia una disciplina di settore ad aver dettato una prima disciplina nazionale attenta al genere, quale ambito disciplinare probabilmente più “recettivo”, quello del lavoro, in cui le differenziazioni di disciplina legate al sesso sono connaturali alla stessa affermazione del riconoscimento a *tutti* del diritto al lavoro (es. per la parte relativa alla maternità). Il D.lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” fa, infatti, emergere nel contesto della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro *il passaggio* da una concezione di *lavoratore “neutro”*, che era proprio della legislazione precedente sul tema (cfr. D.lgs. n. 629 del 1994 si riferiva a un diverso trattamento donne/uomini solo con riferimento a servizi igienici, lavabi, spogliatoi, madri in periodo di gravidanza e allattamento), ad una che invece tiene in considerazione le *differenze di genere*, in relazione “alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di prevenzione” indicando anche “modelli di organizzazione e gestione aziendali”. Inoltre, attribuisce alla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro il compito di promuovere il riconoscimento delle differenze di genere nella valutazione dei rischi e nell’approntamento delle misure di prevenzione (così come modificato dal D.lgs. n. 151 del 2015 attuativo del *Jobs Act* e modificativo dell’art. 6, c. 2). Vieppiù nella parte del dettato relativa alla valutazione dei rischi si fa riferimento ai rischi riguardanti sia le lavoratrici che i lavoratori, sottolineando l’importanza che nell’invio dei dati sanitari da parte del medico competente si evidenzino le differenze di genere dei dati aggregati sanitari e dei rischi dei lavoratori. Infine preme sottolineare la previsione sempre in tema di diritto al lavoro, ma non relativamente alla sicurezza, del D.lgs. n. 80 del 2015 e suc. mod. “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro”, attuativo del *Jobs Act*, che ha introdotto

specifico la materia ma mai andati a buon fine⁸⁸, tra i quali un rilievo particolare è da riconoscere alla proposta di legge n. 3603 del 12 febbraio 2016 “Disposizioni per favorire l’applicazione e la diffusione della medicina di genere”⁸⁹, di cui l’art. 3 della legge del 2018, rubricato “Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale”, rappresenta una sorta di “condensato”⁹⁰.

Certamente il passaggio da una proposta di legge *ad hoc* ad una delega, per di più ampia⁹¹, non poteva non avere effetti riduttivi per il riconoscimento e per l’affermazione di un diritto alla salute di genere.

Ed infatti nella delega si è perso il riferimento esplicito all’art. 32 della Costituzione, facendo venir meno quell’ancoraggio costituzionale frutto di quell’orientamento diretto a dare alla norma costituzionale una interpretazione la più ampia possibile⁹².

Rebus sic stantibus, non resta, dunque, che verificare come l’articolo 3 della legge n. 3 del 2018 tratti il diritto alla salute di genere.

La norma, oltre ad aver disposto che spetta al Ministro della salute l’emanazione di specifiche raccomandazione⁹³, dispone che spetta al Ministro, con proprio decreto, l’adozione di due Piani, uno volto alla diffusione della medi-

all’art. 24 una norma relativa al “congedo per le donne vittime di violenza”, a sottolineare come oramai la violenza, non solo sia intesa e gestita quale questione di criminalità, quindi di sicurezza sociale o quale problema medico, ma considerata tema di salute pubblica come prodotto di vari fattori di rischio che tra loro interagiscono a diversi livelli.

⁸⁸ Si ricorda a tal proposito che già nel 2007 in Italia è stata presentata una prima mozione sulla disciplina della medicina di genere, poi nel 2011 menzionata nel c.d. Decreto-legge “Omnibus” e portata all’attenzione con l’istituzione dell’intergruppo parlamentare “Sostenitori della medicina di genere” che nel marzo 2012 ha portato all’approvazione della Camera dei deputati la mozione unitaria sulla medicina di genere. L’anno successivo sono state poi depositate alla Camera dei deputati due proposte di legge molto simili nel testo ed entrambe intitolate “Norme in materia di medicina di genere” finalizzate al “riconoscimento della medicina di genere”. Tuttavia, tali proposte non hanno completato l’iter parlamentare.

⁸⁹ Proposta di legge d’iniziativa dei deputati Paola Boldrini, Patriarca, Lenzi, Gelli, Roberta Agostini, Berlinghieri, Stella Bianchi, Bolognesi, Burtone, Carnevali, D’Incecco, Fabbri, Gasparini, Miotto, Narduolo, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Rostellato, Sbrollini, Scuvera, Tinagli, Zampa, Zanin “Disposizioni per favorire l’applicazione e la diffusione della medicina di genere”, presentata il 12 febbraio 2016.

⁹⁰ La proposta di legge n. 3603 del 2016 si componeva di 9 articoli, in larga parte “condensati” nell’unico articolo 3 della legge n. 3 del 2018 composto da sei commi.

⁹¹ Delega che concerne la materia della sperimentazione clinica dei medicinali (capo I), il riordino delle professioni sanitarie (capo II), la dirigenza del Ministero della salute (capo III).

⁹² In questo senso M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, cit., 769.

⁹³ Il comma 3, dell’art. 3, specifica infatti che il Ministro della salute ha anche il compito di emanare apposite raccomandazioni destinate agli Ordini e ai Collegi delle professioni sanitarie, alle società scientifiche e alle associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi, volte a promuovere l’applicazione della medicina di genere su tutto il territorio nazionale.

cina di genere⁹⁴, l'altro concernente la formazione nazionale per la medicina di genere⁹⁵, nonché l'istituzione di un Osservatorio dedicato alla medicina di genere⁹⁶.

I due Piani sembrano dunque concepiti per superare le annose difficoltà che da sempre hanno inficiato la tutela di un diritto alla salute di genere.

Ed infatti il *Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere* viene previsto come un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che deve tener conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'*appropriatezza* della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura, nonché la promozione e il sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere⁹⁷.

Quanto al *Piano per la Formazione nazionale della disciplina di genere*, la norma prevede che questo sia predisposto dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Università, quasi a sottintendere che il diritto alla salute per essere garantito deve stare al passo con i tempi, o meglio con le evoluzioni scientifiche che nelle Università trovano la massima espressione⁹⁸.

⁹⁴ Decreto Ministeriale da adottare entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità, volto alla divulgazione, formazione, indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

⁹⁵ Il Decreto Ministeriale è adottato di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca, (il Decreto legge n. 1/2020 "Disposizioni urgenti per l'istituzione del Ministero dell'istruzione e del Ministero dell'università", ha portato allo "spacchettamento" del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (MIUR) nel Ministero dell'Istruzione -MI- e nel Ministero dell'Università e della Ricerca -MUR-) al fine di garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. A tal fine è altresì prevista la necessaria promozione di studi specifici presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie, nonché nell'ambito dei piani formativi delle aziende sanitarie con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina.

⁹⁶ Sul modello di quanto previsto dall'articolo 4 della Proposta di legge n. 3603 del 2016 che prevedeva l'istituzione dell'Osservatorio nazionale *dinamico* per la medicina di genere (nella legge n. 3 rinominato "dedicato").

⁹⁷ Al Decreto spetta anche definire la promozione e il sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario, nonché la promozione e il sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

⁹⁸ Per il ruolo delle Università in ambito sanitario si veda nello specifico V. CAPUTI JAMBRENGHI, A. ANGIULI, *Policlinici universitari e spesa sanitaria*, in *Finanziamento, competizione ed accountability nel governo dell'università. Il finanziamento della Università*, a cura di G. COLOMBINI, Napoli, 2013, 654 ss., quale luogo di penetrazione tra i diversi saperi delle aree mediche che si confronta altresì con l'erogazione dei servizi, proprio in considerazione della "collaborazione indispensabile dei dipartimenti universitari di medicina e chirurgia con gli enti responsabili dell'assistenza ospedaliera", una endiadi indissolubile tra ricerca medica ed erogazione dei servizi.

A completamento dell'architettura emergente dai due Piani, la legge prevede che per l'applicazione, la diffusione e la formazione della medicina di genere, il Ministro della salute, avvalendosi anche delle analisi svolte dall'Osservatorio sulla medicina di genere, sia tenuto a trasmettere alle Camere una relazione annuale sulle azioni di promozione e di sostegno della medicina di genere attuate sul territorio nazionale⁹⁹.

Un impianto, dunque, che avrebbe dovuto far ben sperare, anche grazie al tenore dell'art. 1 in cui si coniuga il genere alla sperimentazione clinica dei farmaci¹⁰⁰, ma a ridimensionarne la realizzazione è il tenore del comma 6 dell'articolo 3, laddove si specifica che si provvede all'attuazione dei due Piani e dell'Osservatorio nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, vale a dire “senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”.

Un modo, in sostanza, per ridurre la portata innovativa dell'art. 3, dato che il legislatore ricorrendo alla consueta *clausola di invarianza*, ha ipotizzato che le amministrazioni sanitarie devono dare attuazione all'art. 3 con le risorse ordinarie, senza, cioè, nessun ulteriore stanziamento in bilancio¹⁰¹.

La considerazione che dunque si può trarre è che, nonostante il riconoscimento a livello legislativo della determinante di “genere” in medicina, la sua concreta realizzazione è condizionata dalle risorse rendendo tale diritto “finanziariamente condizionato”¹⁰².

⁹⁹ Si precisa nel dettato normativo che la partecipazione all'Osservatorio non dà diritto alla corresponsione di gettoni di presenza, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

¹⁰⁰ Secondo l'art. 1 “Delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica”, laddove si prevede una delega al Governo per adottare entro 12 mesi uno o più decreti legislativi “per il riassetto e la riforma delle disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, introducendo specifico riferimento alla *medicina di genere* e all'età pediatrica. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati, realizzando il necessario coordinamento con le disposizioni vigenti e con il regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi: ... c) individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I, sia su pazienti che su volontari sani, da condurre con un approccio metodologico di *medicina di genere*, prevedendo la definizione, con decreto del Ministro della salute, dei requisiti minimi per i medesimi centri anche al fine di una loro più omogenea presenza sul territorio nazionale, in conformità al citato regolamento (UE) n. 536/2014; ...h) applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche, prevedendo: ...3) che la sperimentazione clinica dei medicinali sia svolta attraverso un'adeguata *rappresentatività di genere*”.

¹⁰¹ S. UNGARO, *Trasparenza amministrativa e clausola di invarianza finanziaria: è davvero possibile?*, in www.forumpa.it, 2013; F. FARRI, *Le leggi con clausola di invarianza finanziaria: tra giurisprudenza contabile, giurisprudenza costituzionale e prassi del quirinale*, in *Riv. Sem. Centro Studi Rosario Linatino*, 2022.

¹⁰² Difficoltà che in parte il legislatore ha superato rievocando un approccio settoriale, volto a dare attuazione ad avanzamenti nelle conoscenze scientifiche di specifiche patologie. Si veda Camera Dei Deputati, *Legislazione e Politiche di genere*, in documenti.camera.it, 2 marzo 2022 in cui si

6. *Passi avanti per via amministrativa: il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere e la costituzione dell'Osservatorio dedicato alla medicina di genere. Input per il Piano nazionale di prevenzione (PNP).*

Sotto il profilo amministrativo la legge n. 3 del 2018, seppur condizionata nella sua applicazione dalla clausola di invarianza, apre tuttavia degli spazi sul versante amministrativo, demandando al Ministro della salute l'adozione dei tre decreti attuativi necessari alla "messa in atto" delle misure previste dall'art. 3 della legge.

Così il Ministro della Salute il 13 giugno 2019, in collaborazione con il Centro di riferimento per la medicina di genere dell'ISS, alcuni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed il Tavolo tecnico scientifico nazionale degli esperti in medicina di genere, ha adottato il primo decreto concernente il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, al fine di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che devono tener conto delle differenze derivanti dal genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura¹⁰³. Sul piano operativo questo si è tradotto in prescrizioni dirette a garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale¹⁰⁴, in raccordo con le scelte organizzative ed operative delle singole Regioni¹⁰⁵. Questo spiega le ragioni che hanno portato ad un Piano che tenesse conto di una Strategia di *governance* multilivello nel rispetto del principio di leale collaborazione, con l'individuazione anche di un referente regionale incaricato

sottolinea che "Negli anni si sono succeduti stanziamenti dedicati a singole patologie. Fra i più recenti si ricordano quelli dedicati all'endometriosi e alla fibromialgia. Più analiticamente, l'art. 1, comma 498, della legge n. 178 del 2020 ha autorizzato la spesa di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023 per il sostegno allo studio, alla ricerca e alla valutazione dell'incidenza dell'endometriosi nel territorio nazionale. La legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 972, della legge n. 234 del 2021) ha invece istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un Fondo per lo studio, la diagnosi e la cura della fibromialgia con una dotazione di 5 milioni di euro per il 2022. (...) si tratta infatti di una patologia che interessa in prevalenza donne".

¹⁰³ Si veda, Ministero della salute, *Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge n. 3/2018)* versione del 6 maggio 2019, formalmente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 30 maggio 2019, adottato con Decreto del Ministero della salute il 13 giugno 2019.

¹⁰⁴ Si vedano sul punto le considerazioni di M.A. SANDULLI, *Innovazione e diritto sanitario*, in AA.VV., *Terapie innovative e welfare: un nuovo paradigma*, cit., in part. 65-69.

¹⁰⁵ A partire del 2020 le varie Regioni stanno recependo il Piano Nazionale in Piani Regionali per l'applicazione della medicina di genere istituendo i vari organismi preposti (a mero titolo esemplificativo si richiama da ultimo l'istituzione da parte della Regione Sardegna del Gruppo tecnico regionale per la programmazione delle attività di diffusione della medicina di genere – Decreto n. 6 del 28 marzo 2022).

di “dare corpo” ad una serie di azioni organizzative e di pratiche sanitarie *gender sensitive*, con il supporto di un Gruppo tecnico-scientifico regionale appositamente costituito¹⁰⁶.

È evidente che il necessario raccordo Stato-Regioni, se per un verso ha dovuto tener conto dell'intreccio di competenze statali e regionali quali previste dall'art. 117 della Costituzione, tant'è che si è invocato il principio di leale collaborazione, per altro verso ha fatto emergere quello che purtroppo caratterizza il nostro sistema sanitario, e cioè una differenziazione da regione a regione sia nell'accesso alle cure sanitarie, sia nei costi delle prestazioni, differenziazione che potrebbe essere ancora più evidente per quelle prestazioni fortemente legate alle determinanti di genere.

Passando alla struttura del Piano, questo è articolato in due macro-sezioni: la prima di inquadramento generale, in cui oltre ad un'analisi del contesto internazionale e nazionale relativo alla Medicina di Genere, sono individuati gli ambiti prioritari d'intervento¹⁰⁷. La seconda, più di dettaglio, individua principi e obiettivi, strategia di *governance*, nonché azioni previste per la realizzazione dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici per ciascuna delle quattro aree d'intervento, che vanno dai percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura, alla ricerca e innovazione, alla formazione e aggiornamento professionale, sino alla comunicazione e informazione. Ciascuna azione specifica gli attori coinvolti e gli indicatori di riferimento.

Il Piano va dunque a delineare cosa il legislatore abbia voluto intendere con una “visione di approccio clinico pluridimensionale di appropriatezza”, ossia una presa in carico della persona malata valutata non solo sulla base delle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, ma anche in base ai fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il vissuto. In sostanza un implicito riconoscimento dell'esistenza delle differenze di genere “*in parte* attribuibili alla diversa biologia tra i due sessi: variazioni ormonali, peso, composizione corporea, acidità gastrica, filtrazione glomerulare, ...” a cui ricondurre le diverse reazioni nell'assorbimento, nel metabolismo e nell'eliminazione dei farmaci”, e dunque la necessità che il parametro di genere sia garantito in medicina sia nella parte farmacologica che nel percorso diagnostico-terapeutico¹⁰⁸.

Il Piano si chiude con una parte dedicata al Monitoraggio annuale e all'ag-

¹⁰⁶ Si ricorda che la Regione Emilia-Romagna aveva istituito un Tavolo tecnico-scientifico in materia di medicina di genere già prima della legge nazionale.

¹⁰⁷ Il Piano individua ambiti prioritari di intervento: farmaci e dispositivi medici, malattie cardiovascolari, malattie neurologiche, malattie dell'osso, malattie psichiatriche, malattie respiratorie, malattie autoimmuni, malattie dermatologiche, vaccini, infezioni virali, infezioni batteriche, malattie metaboliche, oncologia, pediatria, disordini dello sviluppo sessuale. Si veda Ministero della salute, *Il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere in attuazione dell'art. 3 comma 1, Legge 3/2018*, cit.

¹⁰⁸ Si veda Ambiti prioritari per un approccio di genere in medicina – Farmaci e Dispositivi medici, *ivi*.

giornamento dello stesso da attuarsi ogni tre anni, per cui è prevista la costituzione, presso l'Istituto Superiore di Sanità, dell'Osservatorio dedicato alla medicina di genere con lo scopo di fornire al Ministro della Salute i dati da presentare annualmente alle Camere. L'Osservatorio, recentemente istituito con Decreto del Ministro della Salute, presenta una eterogenea composizione che dovrebbe garantire una maggiore consapevolezza a livello centrale e regionale della poliedrica declinazione del diritto alla salute anche nella dimensione di genere¹⁰⁹. Infatti è composto da 36 membri (di cui 31 esterni all'ISS), tutti appartenenti al mondo della medicina e delle università (rappresentanti regionali, rappresentanti delle maggiori federazioni degli ordini dei medici e delle professioni sanitarie, oltre ad un rappresentante dell'Ufficio Valutazione Impatto del Senato della Repubblica – UVI)¹¹⁰.

Sembrerebbe, dunque, che il percorso tracciato dall'art. 3 della legge del 2018 sia giunto alla fase conclusiva. In realtà a ben quattro anni dall'approvazione della legge manca ancora il "Piano formativo nazionale per la medicina di genere".

Si tratta, come è intuibile, di una assenza importante per un vero e proprio riconoscimento di un approccio di genere nel diritto alla salute, posto che tale Piano è volto a garantire la promozione di specifici studi presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie, nonché piani formativi delle aziende sanitarie, con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina, al fine di garantire la conoscenza e l'applicazione di una visione di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura.

Tale mancanza, però, non ha impedito al Ministro della salute di provvedere, con l'adozione del Piano nazionale di prevenzione (PNP) 2020-2025¹¹¹, alla implementazione sia del Piano già predisposto con il primo decreto ministeriale, sia dell'Osservatorio, facendo emergere come la dimensione di genere consista

¹⁰⁹ Decreto del Ministero della Salute del 22 settembre 2020 "Osservatorio Nazionale sulla Medicina di Genere in attuazione dell'articolo 3, comma 5, della Legge 11 gennaio 2018, n. 3".

¹¹⁰ L'Osservatorio è presieduto dal Presidente dell'ISS, a cui spetta la nomina dei vari membri, che rimangono in carica tre anni con possibilità di essere riconfermati. Tra i compiti dell'Osservatorio particolare rilievo riveste quello di assicurare il contributo all'attuazione del Piano delle diverse istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS, AGENAS, UVI, AIFA) e regionali (Conferenza Stato Regioni, tavoli tecnici regionali), assicurando il monitoraggio del Piano e il suo aggiornamento periodico, anche grazie alla definizione di indicatori di riferimento.

¹¹¹ Il PNP è stato adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni; esso rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Tale Piano è volto a garantire sia la salute individuale che collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora. Il PNP 2020-2025 mira, dunque, a definire un approccio che combina gli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi. Si veda Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, in www.salute.gov.it, 2020.

in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito di intervento sanitario, così da evitare stereotipi ed arrivare ad accrescere la congruità degli interventi e delle prestazioni, in linea con l'ottica *one health* e gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU¹¹².

Peraltro al di là dell'implementazione del Piano e dell'Osservatorio, il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) ha assunto particolare rilievo per l'affermazione di un diritto alla salute di genere quando sottolinea la necessità di migliorare l'appropriatezza ed il sistematico orientamento all'equità degli interventi, impegnando a tal fine i servizi sanitari a produrre, utilizzare e comunicare i dati di popolazione sui fattori di rischio delle malattie e sugli stili di vita, per promuovere e orientare la salute in tutte le politiche e nell'offerta sanitaria (*advocacy*) e favorire l'adozione di stili di vita sani (*empowerment*). Il tutto secondo una accezione dei LEA basata su dati aggiornati che consentano di identificare aspetti legati al genere e permettano così di orientare la programmazione all'equità, all'intersectorialità e all'*accountability* del profilo di salute di una comunità¹¹³. Tutti aspetti che, interessando la raccolta di dati disaggregati per sesso e genere, dovrebbero incidere positivamente sui Programmi regionali di prevenzione, anche se risulta che spesso i dati raccolti, per quanto dettagliati e specifici per sesso, non necessariamente consentono di individuare raccomandazioni di genere o variabili di genere nei diversi ambiti della prevenzione¹¹⁴. Questa criticità potrebbe comunque essere superata seguendo un approccio che muova da una selezione degli aspetti di salute in cui sia comprovato il ruolo del genere, attraverso revisioni sistematiche e/o meta-analisi e interventi adeguati orientati al genere. Ciononostante resta comunque il problema della selezione degli

¹¹² In particolare, Agenda 2030-Obiettivo 3: Assicurare la salute e il benessere per *tutti* e per tutte le età.

¹¹³ Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i LEA. Il DPCM ridefinisce completamente il livello della Prevenzione. La denominazione da "Assistenza sanitaria collettiva" diventa "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" della quale vengono esplicitati missione (salute della collettività) e obiettivo generale (evitare l'insorgenza delle malattie). Vengono quindi declinate con maggiore chiarezza attività e prestazioni che caratterizzano i processi di prevenzione, rispetto all'ambito assistenziale. Si veda in particolare art. 24 "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie", in cui tra l'altro alla lett. r) si fa anche riferimento alla "prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale". A dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", interviene il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 che contestualizza nei Macro Obiettivi programmi, relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute. Per approfondimenti si veda M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017.

¹¹⁴ Si veda in tale senso E. ORTONA, E. FERRONI, L. BISCEGLIE, F. MICHIELETTI, C. MANGIA, S. VASSELLI, D. GALEONE, A. GIUSTI, M. BELLENGHI, M. D'ARCHIVIO, C. CATALDO, A. CARÈ, L. BUSANI, *Indicazioni sugli aspetti di genere da considerare nei programmi e nelle azioni regionali del Piano di prevenzione*, in *www.epicentro.iss.it*, 24 febbraio 2022.

indicatori in grado di misurare i progressi nella riduzione delle disuguaglianze in relazione al diritto alla salute di genere, per la semplice ragione che ancora oggi vi sono lacune nella concettualizzazione e nell'operatività di alcune misure in relazione al diritto¹¹⁵.

Tutto ciò porta alla consapevolezza che, al di là del percorso avviato verso il riconoscimento di un diritto alla salute di genere, l'effettiva efficacia ed efficienza degli interventi e delle politiche di genere rimane lontana dall'essere raggiunta.

7. *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e l'effettività del diritto alla salute di genere: opportunità e limiti*

Le considerazioni sin qui svolte ci offrono un quadro non del tutto positivo circa l'affermazione del diritto alla salute di genere. Tra le diverse cause che hanno contribuito a ritardarne l'affermazione, quella della carenza di risorse è senza dubbio la più rilevante, posto che nella sostanza questa, da sempre, ha condizionato sia gli avanzamenti scientifici nella ricerca sia l'attuazione di nuovi modelli organizzativi delle attività sanitarie¹¹⁶. Tale carenza, emersa in tutta la sua tragicità nell'emergenza sanitaria da COVID-19, ha reso evidente, al di là del diritto alla salute di genere, una sanità depauperata ed indebolita da anni di indiscriminate politiche di *spending review*¹¹⁷.

Le suddette considerazioni portano, dunque, ad interrogarsi sul "se" le ingenti risorse previste nel recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹¹⁸ possano rappresentare un elemento determinante per il potenziamento del servizio sanitario nazionale e, nell'ambito di esso, per l'effettività del diritto alla salute di genere.

¹¹⁵ *Ibidem*. C'è anche un notevole divario nella concettualizzazione e misurazione della salute degli uomini come parte del quadro delle relazioni di genere. Critiche comuni sugli indicatori esistenti per la salute e per la condizione delle donne riguardano difficoltà tecniche, quali la scarsa coerenza nella definizione dei dati e incapacità di monitorare i cambiamenti nel tempo, oltreché problemi concettuali, come descrizioni inadeguate delle relazioni di genere all'interno della famiglia/comunità/posto di lavoro e nell'economia.

¹¹⁶ Per approfondimenti si veda E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., 91-102.

¹¹⁷ Come sottolineato dalla Corte dei conti – Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, in www.corteconti.it, 2020, 289. Secondo la Corte dei conti, il protrarsi delle politiche di controllo della spesa sanitaria ha fatto registrare tra il 2009 e il 2018 una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità particolarmente consistente, che ha acuito i divari in termini di spesa sanitaria pubblica *pro capite* (espressa in parità del potere d'acquisto). "Secondo le stime dell'Ocse, nel 2018 la spesa *pro capite* in Germania e in Francia era, rispettivamente, doppia e superiore del 60 per cento a quella italiana. Spesa che resta, tuttavia, superiore a quella spagnola di oltre l'8 per cento".

¹¹⁸ Sia consentito rinviare V. MANZETTI, *Dalle origini all'attuale PNRR: spunti e riflessioni*, in dirittocconti.it, 2021, 128-139.

Merita pertanto verificare in che termini quantitativi e qualitativi il PNRR concorra all'affermazione di una medicina di genere¹¹⁹.

Ebbene, per quanto riguarda l'aspetto quantitativo, relativo cioè al finanziamento del diritto alla salute, il riferimento che può essere preso in considerazione è quello della Missione 6 del Piano "salute", articolata nelle due componenti: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1); innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (M6C2). Componenti che potenzialmente possono supportare, sia sul versante territoriale, che su quello dell'innovazione, il diritto alla salute di genere.

Tuttavia la prima considerazione da fare è che le risorse assegnate dal PNRR alla Missione 6 del Piano salute, rispetto al *quantum* delle risorse assegnate alle altre Missioni¹²⁰, appaiono oggettivamente inadeguate (meno di 16 miliardi di euro), rappresentando circa l'8,6% dell'intero ammontare delle risorse del PNRR (191,5 miliardi di euro)¹²¹, importo che seppur più elevato di quello previsto nella prima bozza del Piano del 6 dicembre 2020 (9 miliardi)¹²²,

¹¹⁹ Questa analisi non può prescindere anche dalle evoluzioni che hanno interessato la costruzione del Piano di Ripresa e Resilienza italiano che, si ricorda, è il risultato di due bozze di Piano imputabili al governo Conte (una del 6 dicembre, una del 12 gennaio) e poi del documento definitivo presentato dal Governo Draghi il 26 aprile in Parlamento.

¹²⁰ Il Piano definitivo si articola in sei missioni. La prima missione, "Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura", stanziava complessivamente 49,1 miliardi – di cui 40,7 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 8,5 miliardi dal Fondo complementare. La seconda missione, "Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica", stanziava complessivamente 68,6 miliardi – di cui 59,4 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 9,1 miliardi dal Fondo complementare. La terza missione, "Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile", stanziava complessivamente 31,4 miliardi – di cui 25,4 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 6,06 miliardi dal Fondo complementare. La quarta missione, "Istruzione e Ricerca", stanziava complessivamente 31,9 miliardi di euro – di cui 30,9 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 1 miliardo dal Fondo complementare. La quinta missione, "Inclusione e Coesione", stanziava complessivamente 22,5 miliardi – di cui 19,8 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,7 miliardi dal Fondo complementare. La sesta missione, "Salute", stanziava complessivamente 18,5 miliardi – di cui 15,6 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,9 miliardi dal Fondo. Il Piano prevede anche un ampio programma di riforme, ritenute necessarie per facilitare la sua attuazione e contribuire alla modernizzazione del Paese e all'attrazione degli investimenti.

¹²¹ L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento ricorrendo anche ai prestiti, che per il nostro Paese sono stati individuati in 122,6 miliardi.

¹²² Si ricordano le forti critiche sollevate dal Ministro della Salute (Roberto Speranza) alla prima bozza di Piano. Cfr. C. FASSARI, *Recovery Plan. Speranza: "Nove mld per la sanità sono pochi, mi farò sentire in Cdm"*. La "speranza" che non sia solo un *déjà vu*, in www.quotidianosanità.it, 2020.

ha subito (addirittura) una riduzione (seppur minima) in confronto alla seconda bozza di Piano del 12 gennaio 2021 che destinava alla salute l'8,8%¹²³.

La cifra destinata alla salute risulta, pertanto, in proporzione, un elemento di debolezza per l'effettività del diritto alla salute *tout court*, e dunque anche del diritto alla salute di genere, nonostante che il Programma *Next Generation EU*, da cui è originato il PNRR, sia stato approvato proprio per far fronte principalmente all'epidemia da COVID-19 (che a livello clinico ha fatto emergere un'ampia suscettibilità alla dimensione del genere, con riguardo in particolare alla prevalenza, alla severità e alla mortalità)¹²⁴.

Sul piano qualitativo-organizzativo l'unico richiamo che in qualche misura consente di ricondurre, seppur sommariamente, al diritto alla salute di genere, va ritrovato all'interno del Missione 6 "Salute", alla Componente 1 "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" che, come si è visto, costituisce un aspetto organizzativo rilevante per l'affermazione del diritto alla salute di genere.

Questa chiave di lettura la si ricava dal fatto che il PNRR individua la Casa della Comunità quale struttura fisica in cui dovrà operare un team *multidisciplinare* di medici, altri professionisti della salute e anche assistenti sociali che dovrebbero dar vita ad un nuovo modello del Servizio Sanitario Nazionale, strutturato su di una assistenza territoriale sanitaria e sociale che dovrebbe prendersi in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("*Planetary Health*"). Tale architettura organizzativa si poggia sul "punto unico di accesso-PUA", individuato dal Piano quale luogo di valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari), con servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari e dunque "secondo un approccio di medicina di genere", con un investimento pari a circa 2 miliardi di euro finalizzato all'attivazione di 1.350 Case della Comunità¹²⁵.

L'individuazione specifica di questa misura, se può avere una sua valenza sul piano organizzativo-territoriale, non può però essere ritenuta sufficiente per il riconoscimento di un diritto alla salute di genere, posto che, per come è stata concepita, risponde piuttosto alla sfera della sessualità ed alla dicotomia uomo/donna.

¹²³ L. STABILE, PNRR. *Le risorse per la sanità sono poche ma è possibile utilizzarle al meglio. Ecco alcune proposte*, in in www.quotidianosanità.it, luglio 2021.

¹²⁴ Ministero della salute-Direzione Generale della ricerca e dell'innovazione in sanità, *Medicina di genere e COVID-19*, in www.salute.gov.it, aprile 2021.

¹²⁵ All'interno della Casa della Comunità sono previsti: un punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari); servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili; servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari, ovvero i "Consultori Familiari (CF)". Questi ultimi istituiti con la legge nazionale n. 405 del 1975 quale struttura sanitaria finalizzata all'erogazione dei servizi di base a tutela della salute della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, sono stati recentemente richiamati nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017, nel Piano Nazionale Fertilità e nel IV Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza.

Manca pertanto nel PNRR sia una quantificazione delle risorse da destinare specificamente al diritto alla salute di genere, sia una indicazione circa l'impostazione di servizi secondo un approccio di medicina di genere.

Ad attenuare in parte tali criticità sono intervenuti sia il DM sui nuovi *standard* per l'assistenza sanitaria sul territorio in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR¹²⁶, sia il riconoscimento nel PNRR della Parità di genere quale priorità trasversale che porta con sé l'individuazione di misure implicitamente connesse al riconoscimento di un diritto alla salute di genere¹²⁷.

Ed infatti il DM 71, così soprannominato dagli addetti ai lavori, intendendo con tale sigla l'omologo per l'assistenza territoriale del DM 70 del 2015 sugli *standard* ospedalieri¹²⁸, interviene su due ordini di fattori, uno oggettivo-quantitativo, che va ad aumentare le risorse a disposizione per la riforma del sistema sanitario, ed uno soggettivo-qualitativo, che va ad introdurre maggiori riferimenti all'approccio di genere in sanità.

Sotto il profilo oggettivo-quantitativo, il DM 71 sottolinea quale punto di partenza proprio l'aumento delle risorse destinante alla Componente 1¹²⁹, specificando che “la cornice del PNRR”, si è arricchita delle risorse messa a disposizione dalla

¹²⁶ Si sottolinea il complesso *iter* che sta interessando l'approvazione del DM sui nuovi *standard* per l'assistenza sanitaria sul territorio: dopo la mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni del 30 marzo 2022, in particolare a causa dell'opposizione della Regione Campania, è seguita una nuova riproposizione del provvedimento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni del 13 aprile, ulteriormente rinviata al fine di arrivare ad un accordo. L'ennesima mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni, dovuta al reiterato “no” della Regione Campania motivato dalla mancanza di risorse aggiuntive per il personale previsto dai nuovi standard del territorio, ha portato il Consiglio dei Ministri ad approvare il 21 aprile 2022 una delibera motivata che autorizza il ministero della Salute ad adottare il decreto ministeriale (di concerto col Mef) sui “modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale” che recepisce il cosiddetto “DM 71” con gli standard per l'assistenza territoriale, secondo il disposto del D.lgs. n. 281 del 1997, che prevede la possibilità di deliberare con motivazione l'approvazione del provvedimento, anche senza intesa qualora questa non sia raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta in cui il provvedimento è stato posto all'ordine del giorno (art. 3). La scelta di una tale procedura trova la sua principale ragione nel rischio che il ritardo temporale nell'approvazione del DM 71 avrebbe potuto portare a non rispettare la *milestone* del PNRR sulla riforma della sanità territoriale (circa 7-8 mld).

¹²⁷ Per approfondimenti sulle misure rivolte alla parità di genere nel PNRR si veda M. D'AMICO, *I diritti delle donne fra parità, differenza e uguaglianza in una società complessa*, in *federalismi.it*, 2022, 18-20.

¹²⁸ L. FASSARI, *Case Comunità aperte h24 e collegate a studi dei medici di famiglia*, in *www.quotidiano-sanità.it*, febbraio 2022.

¹²⁹ Vero è che l'opportunità di un sistema basato sulla sanità territoriale, ha senso solo quando le risorse sono “adeguatamente determinate ed assegnate in giusta misura alle istituzioni territoriali”, così da “rispondere al meglio al bisogno di salute delle persone” e “reagire all'unisono per il benessere della collettività”. Come ricorda la Corte costituzionale parlando del servizio sanitario pubblico affidato alle Regioni (sent. n. 62 del 2020).

legge di bilancio 2022 che ha autorizzato, “a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l’anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l’anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l’anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l’anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall’anno 2026”¹³⁰.

Sotto il profilo soggettivo-qualitativo il DM 71 introduce molteplici riferimenti ad un approccio di genere in sanità, quali la “Medicina di Popolazione” ed il “Progetto Salute”. Infatti, con la “Medicina di Popolazione”, il DM si prefigge l’obiettivo di mantenere l’utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del *singolo paziente* in termini sia di prevenzione sia di cura, mediante l’erogazione di interventi *personalizzati*. Con il “Progetto Salute” il DM, delinea una attività programmata di prevenzione attraverso la rappresentazione della *storia* della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, al fine di prevenire eventuali patologie, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo fascicolo sanitario elettronico. Si tratta, dunque, di un modello organizzativo che utilizza informazioni relative ai *bisogni* clinici assistenziali e *sociali* della persona, al fine di individuare *interventi appropriati, sostenibili e personalizzati*.

Un esempio per tutti è il richiamo alla “Sanità di Iniziativa” quale modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche per cui è previsto espressamente un approccio di presa in carico in modo proattivo che tenga conto delle *differenze di genere* in tutte le fasi del ciclo di vita dell’individuo, ovvero già nelle fasi precoci dell’insorgenza o dell’evoluzione della condizione morbosa, anche con il supporto degli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina.

Insomma misure che in modo più o meno esplicito evidenziano la *personalizzazione* dell’assistenza, della cura, e l’*appropriatezza* dei servizi¹³¹, dunque un approccio che dovrebbe essere attento alle *differenze di genere* e che dovrebbe per la prima volta garantire *uguali standard* su tutto il territorio nazionale¹³².

Il tutto nel quadro della riforma della sanità territoriale, che dovrebbe vedere i Punti Unici di Accesso (PUA) presso le “Case della Comunità” come momento di integrazione dei servizi sociali e sociosanitari¹³³.

¹³⁰ Si veda art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.

¹³¹ Per approfondimenti di carattere generale sul rapporto tra appropriatezza dell’organizzazione e risultato si rinvia alle riflessioni di L. GIANI, *L’amministrazione tra appropriatezza dell’organizzazione e risultato: spunti per una rilettura del dialogo tra territorio, autorità e diritti*, in *Nuove Autonomie*, 3, 2021, 551-582, in cui è sottolineato “che non è certamente casuale che il PNRR declini gli obiettivi in termini di riduzione dei divari (di genere, generazionale e territoriale)”.

¹³² Tale impostazione ha dunque il merito di volersi riferire all’intero territorio nazionale, poiché per la prima volta vengono definiti degli *standard* che dovranno essere rispettati in ogni Regione, del cui monitoraggio è incaricata l’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), a cui spetta anche la presentazione di una relazione semestrale.

¹³³ Non è un caso che proprio nel momento in cui si vedono arrivare le prime ingenti risorse

In questa prospettiva è evidente che è possibile rinvenire nelle sei missioni del PNRR una serie di misure che implicano anche un approccio *gender mainstreaming* a riprova del cambio radicale di impostazione¹³⁴.

Ebbene quali effetti comporta questo cambio di impostazione?

La risposta, non essendo, ovviamente, riconducibile a specifiche previsioni tematiche sul diritto alla salute di genere, va ritrovata in una lettura trasversale del

del PNRR la legge di bilancio per il 2022 (l. n. 234/2021) abbia “ripreso in mano le fila del discorso sui livelli essenziali nel campo dell’assistenza sociale, più volte avviato e mai concluso dopo l’entrata in vigore della legge quadro di disciplina dei servizi sociali (l. n. 328/2000)”, specificando che i “livelli essenziali delle prestazioni sociali” (noti come LIVEAS, ma ribattezzati LEPS), saranno finanziati, oltre che dalle risorse già previste dal Piano 2021-2023, da finanziamenti provenienti da fondi europei e dal PNRR. Cfr. TORRETTA, *La legge di bilancio 2022 e l’assistenza sociale: qualche LEPS e tante “buone intenzioni”*, in *federalismi.it*, 11, 2022

¹³⁴ Si ricorda l’avvio, a partire dal 2018, di una sperimentazione per la redazione del bilancio di genere, in attuazione dell’art. 38 *septies*, l. n. 196/2009, introdotto dal D.lgs. n. 90/2016, volto a dare evidenza del diverso impatto delle politiche di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro retribuito. Con il D.lgs. n. 116/2018 la funzione del bilancio di genere è stata rafforzata, ponendo l’accento sull’opportunità che tale strumento sia utilizzato come base informativa per promuovere la parità di genere tramite le politiche pubbliche. A consolidare ulteriormente tale approccio a livello nazionale è poi intervenuto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in cui è affermato espressamente che “per perseguire le finalità relative alle pari opportunità, generazionali e di genere, saranno in particolare inserite, per le imprese che, a diverso titolo, parteciperanno ai progetti finanziati dal PNRR e dai fondi React-Eu e Fcn, previsioni dirette a condizionare l’esecuzione dei progetti all’assunzione di giovani e donne”; in particolare, “nei bandi di gara saranno indicati, come requisiti necessari e, in aggiunta, premiali dell’offerta, criteri orientati verso gli obiettivi di parità”. Così il d.l. n. 77 del 2021 “Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure” (convertito con modificazioni dalla l. 29 luglio 2021, n. 108), che all’art. 47 “Pari opportunità, generazionali e di genere, nei contratti pubblici PNRR e PNC” prevede disposizioni lungimiranti all’interno del panorama italiano, garantendo le pari opportunità, generazionali e di genere e, da ultimo, pone l’accento sulla promozione dell’inclusione lavorativa delle persone disabili nell’ambito degli appalti finanziati – in tutto o in parte – con le risorse previste dal Regolamento (UE) 2021/240 del Parlamento europeo e del Consiglio del 10 Febbraio 2021 e dal Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 Febbraio 2021 nonché dal Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza (PNRR) e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). A questo è data attuazione con il Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le pari opportunità del 7 dicembre 2021, n. 209, recante “Adozione delle linee guida volte a favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l’inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC”. Viepiù l’art. 9 “Rafforzamento ed efficienza dei processi di gestione, revisione e valutazione della spesa e miglioramento dell’efficacia dei relativi procedimenti” del d.l. n.152 del 2021 “Disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose” (convertito con modificazioni dalla l. 29 dicembre 2021, n. 233), in cui si fa riferimento alle “attività di implementazione dei processi di redazione del bilancio di genere e del bilancio ambientale”.

Piano¹³⁵, laddove si fa un esplicito riferimento alla “persistenza di disuguaglianze di genere, così come all’assenza di pari opportunità a prescindere da provenienza, religione, disabilità, età o orientamento sessuale” quali elementi di ostacolo significativo alla crescita economica¹³⁶.

Affermazioni che sembrerebbero perfettamente in linea con il documento “Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026” praticamente coevo al PNRR e della cui attuazione dovrebbe essere investito proprio il PNRR¹³⁷.

¹³⁵ Al riguardo preme ricordare come la parità di genere rappresenti la misura che più delle altre è stata oggetto di modificazioni nelle varie stesure del Piano, ovvero molto è cambiato dal primo piano del 6 dicembre a quello del 26 aprile. Tant’è che nel Piano di dicembre la Parità di genere era individuata come una Missione specifica, rientrava infatti esplicitamente all’interno della Missione numero 5 denominata “Parità di genere, coesione sociale e territoriale”, ed a questa erano destinati 4,2 miliardi per diverse linee di intervento, anche se non era specificato l’ammontare dei fondi per ciascuna linea di intervento, ma solo l’importo totale. Specificamente si trattava di: 1. Investimenti per potenziare l’offerta dei nidi d’infanzia e dei servizi socioeducativi per la prima infanzia; 2. Investimenti per ampliare l’offerta di strutture e politiche sociali a sostegno delle donne lavoratrici, per rispondere ai diversi fabbisogni di cura del proprio nucleo familiare (es. servizi per la cura degli anziani, dei portatori di handicap); 3. Interventi per favorire l’occupazione femminile e rafforzare a tal fine il rapporto tra ANPAL (Agenzia Nazionale delle Politiche Attive del Lavoro), le Regioni e le Province Autonome; 4. Una riforma per l’istituzione di un “Sistema nazionale di certificazione sulla parità di genere”, (basato sulla definizione di norme per l’attestazione della parità di genere e dei relativi incentivi per le imprese che concludono con esito positivo il processo di certificazione, volto a definire un modello nazionale che consenta la misurazione di *target* di miglioramento); 5. Interventi per favorire l’imprenditorialità femminile; 6. Introduzione di politiche per la diffusione della cultura delle pari opportunità (Bilancio di genere). Nel c.d. Piano Draghi, invece, la parità di genere è vista come una priorità trasversale a tutto il Piano, in linea con l’impostazione già adottata nella seconda bozza del Piano del 12 gennaio, in cui la missione 5 era stata ridenominata “Inclusione e coesione”, e la parità di genere veniva individuata come una delle priorità trasversali, insieme a giovani e mezzogiorno, quali misure che dovrebbero permeare tutte le sei missioni del PNRR. Secondo il dettato del Piano, le *priorità trasversali* in quanto priorità principali “non sono univocamente affidate a singoli interventi, ma perseguite quali *obiettivi trasversali* in tutte le componenti del PNRR” e dunque devono essere prese a riferimento per la valutazione dell’impatto di tutte le politiche e gli investimenti inerenti il Piano.

¹³⁶ Si veda Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, priorità trasversali, 33.

¹³⁷ Ciò richiama anche le parole del Presidente Draghi nel suo discorso in occasione del voto sulla mozione di fiducia al Senato e poi alla Camera del 17-18 febbraio 2021, in cui più volte è stato utilizzato il termine “parità di genere”, sottolineando così la necessità di politiche adeguate a ridurre il *gap* di genere, richiamando altresì la volontà del Governo di lanciare entro il primo semestre 2021 la *Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026*. La Strategia Nazionale è stata poi adottata a luglio 2021, inserendosi come *strategia di riferimento* per l’attuazione del PNRR e la riforma del *Family Act*. La Strategia nazionale presenta cinque priorità (lavoro, reddito, competenze, tempo, potere) e mira, tra l’altro, alla risalita di cinque punti entro il 2026 nella classifica del *Gender Equality Index* dello *European Institute for Gender Equality* (attualmente l’Italia è al quattordicesimo posto, con un punteggio di 63 su 100, inferiore di 4,4 alla media EU). Inoltre, come il PNRR, richiama tutta una serie di misure a carattere trasversale, tra cui espressamente la “Promozione della Medicina-Genere specifica – iniziative per l’integrazione della prospettiva di genere all’interno della medicina. Se si guarda *al Gender equality Index* dell’EIGE 2020, l’Italia, nel dominio *salute* segna

Il condizionale però è d'obbligo, in quanto, nonostante il cambio di impostazione ravvisabile in entrambi i documenti, si deve purtroppo ammettere che il PNRR definitivo ha praticamente diluito il riconoscimento del diritto alla salute di genere nelle varie missioni senza attribuirgli una missione specifica (1, 4, 5 e 6).

Così è possibile ravvisare l'affermazione del diritto alla salute di genere nella Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo", quando si enunciano le misure dedicate al lavoro agile nella pubblica amministrazione, al fine di incentivare un più corretto bilanciamento tra vita professionale e vita privata quale parte integrante del concetto di salute.

Ed ancora, nella Missione 4 "Istruzione e ricerca", quando si affronta il c.d. Piano asili nido e scuole per l'infanzia (per cui sono stanziati 4,6 miliardi)¹³⁸, andando ad innalzare il tasso di presa in carico degli asili, che nel 2018 era pari ad appena il 14,1 per cento, consentendo la creazione di circa 228.000 posti, di cui 152.000 per il nido, anche se "il fabbisogno di posti per i bambini negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia viene stimato in 1.250.000, e per raggiungere l'obiettivo del 33% di nidi finanziati dal pubblico occorrerebbero almeno 300.000 posti in più"¹³⁹.

Come pure nella Missione 4 relativa alla incentivazione della presenza delle donne nelle materie STEM (scienza, tecnologia, ingegneria e matematica)¹⁴⁰, quale modo indiretto di rafforzare l'approccio di genere in medicina in ragione del valore aggiunto della differenza di genere nelle professioni sanitarie¹⁴¹.

uno dei punteggi più alti rispetto alla media europea, pari a 88,4. L'aspettativa di vita delle donne in Italia è superiore di 4,4 anni rispetto agli uomini. In questi 15 anni in Italia l'uomo ha aumentato l'aspettativa di vita alla nascita di più di 2,6 anni, la donna invece solo di 1,3 anni. Gli anni di aspettativa di vita superiori delle donne sono tuttavia anni di disabilità e malattia in quanto gli anni di vita sana sono uguali per uomini e donne, e secondo l'EIGE pari a 67. Per Medicina – Genere specifica si vuole intendere non solo una medicina che prende adeguatamente in considerazione le differenze tra uomo e donna di fronte alla salute e alla malattia, ma anche che la medicina e la chirurgia vengano declinate in base alle differenze di genere. Secondo questo approccio, ogni medico in ogni specialità deve conoscere le differenze di genere delle diverse malattie. Una attenzione particolare verrà riservata anche a temi specifici, tra i quali anche la salute riproduttiva. Un primo passo in questa direzione è rappresentato dal Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018, approvato il 3 giugno del 2019 previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. La presente Strategia nazionale può rappresentare un'occasione importante per fare compiere all'intero SSN un passo avanti anche in ottica di LEA⁷.

¹³⁸ Rappresenta uno dei pochi importi chiari tra gli interventi connessi alla parità di genere, a cui nel Piano definitivo è destinato la cifra di 4,6 miliardi, anche leggermente superiore a quella prevista nel Piano di dicembre che si attestava sui 4,2 miliardi.

¹³⁹ C. TRIPODINA, *I perduranti ostacoli all'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne: dal Caso Oliva al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *AIC*, 5, 2021, 144.

¹⁴⁰ Consorzio Universitario Almalaura, 2018; Istat, *Livelli di Istruzione e Livelli Occupazionali*, Anno 2019.

¹⁴¹ F. DI NUOVO, M. ONORATI, M. NICOLA, M. CASSONI, *Il valore aggiunto della differenza di genere nelle professioni sanitarie*, in *www.gendermedjournal.it*, 2018 "Così come la medicina non può essere pra-

Quanto alla Missione 5 “inclusione e coesione” che occupa, come è intuibile, un ruolo di grande rilievo nel perseguimento delle priorità trasversali di tutto il PNRR, il riferimento principale al genere è rivolto alle misure sull’occupazione femminile¹⁴², anche se il riferimento agli interventi di valorizzazione delle infrastrutture sociali, nonché la creazione di innovativi percorsi di autonomia per individui disabili, producono effetti indiretti non solo sull’occupazione, visto l’alleggerimento del carico di cura non retribuita gravante sulla componente femminile della popolazione, ma anche più in generale sul benessere psico-fisico dei c.d. *caregiver* familiari¹⁴³.

Semmai un sostegno più esplicito all’*empowerment* femminile relativo al diritto alla salute di genere può ritrovarsi nei progetti sull’*housing sociale*, a cui sono destinati 9,2 miliardi, al fine di ridurre i contesti di marginalità estrema e a rischio di violenza che vedono maggiormente esposte le donne. Il tema della violenza ricopre, infatti, grande rilievo nell’ambito dell’affermazione del diritto alla salute di genere, e certamente l’attenzione che il PNRR dedica a questo aspetto può costituire un fattore di diffusione della medicina di genere come sottolineato

ficata in modo neutro, uguale per tutti, anche il ruolo professionale del medico non è neutro dal punto di vista del genere”.

¹⁴² Nella Missione 5 (inclusione e coesione) è presente uno specifico investimento per sostenere l’imprenditorialità femminile (per cui sono stanziati 0,4 miliardi), che ridisegna e migliora il sistema di sostegni attuale in una strategia integrata. L’introduzione di un sistema nazionale di certificazione della parità di genere (per cui è stanziato 0,1 miliardi) intende accompagnare le imprese nella riduzione dei divari in tutte le aree più critiche per la crescita professionale delle donne, e rafforzare la trasparenza salariale. Si ricorda che con riferimento all’occupazione femminile è il PNRR stesso a stimare nel triennio 2024-2026 un incremento di 3,7 punti percentuali rispetto allo scenario di base pre-pandemia.

¹⁴³ M. PETRINI, A. D’AMORE, *Differenze di genere: i Caregiver familiari*, in www.epicentro.iss.it, maggio 2020 “Stime non ufficiali indicano che in Italia sono più di 3 milioni i *caregiver* familiari (CF), ovvero le persone che in maniera gratuita e continuativa si prendono cura di familiari non autosufficienti o con patologie croniche invalidanti. In Italia, come nel resto del mondo, il 65% dei CF sono *donne* di età compresa tra i 45 e i 55 anni, che spesso svolgono anche un lavoro fuori casa o che sono state costrette ad abbandonarlo (nel 60% dei casi) per potersi dedicare a tempo pieno alla cura dei familiari. Nel nostro Paese, la figura del CF, purtroppo, a differenza di altri Paesi europei, non è ancora stata riconosciuta a livello legislativo, anche se è opportuno sottolineare che nel 2018 è stata presentata in Parlamento una legge volta a valorizzare e tutelare proprio questo tipo di attività di cura. Con una così alta prevalenza di donne a ricoprire la funzione di *caregiver* familiare è importante considerare le differenze di genere, che possono avere importanti ripercussioni sulla salute dei singoli individui. Le differenze di genere si basano sia sulle caratteristiche sesso-specifiche, ad esempio quelle biologiche, fisiche e fisiologiche, che sul ruolo sociale, ovvero l’identità, l’espressione e il comportamento che la persona assume nel contesto socio-culturale in cui vive”. Situazione che sembra essersi aggravata con l’emergenza Covid-19, ISS, *Covid-19: sorveglianza, impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale*, in www.epicentro.iss.it, aprile 2022 “nelle femmine rispetto ai maschi. Il maggior rischio nei soggetti di sesso femminile può essere verosimilmente dovuto alla maggior presenza di donne in ambito scolastico (>80%) dove viene effettuata una intensa attività di screening e al fatto che le donne svolgono più spesso la funzione di *caregiver* in ambito familiare”.

dall'art. 3 della legge n. 3 del 2018, ed a suo tempo dalla proposta di legge del 2016¹⁴⁴.

Tutti interventi questi che, pur non essendo esaustivi, hanno almeno il merito di rappresentare “a parole” una attenzione da parte del PNRR al perseguimento di un approccio di genere in sanità seppur inquadrato nella politica per le donne, essendo i termini “genere” e “donne” usati nel testo del PNRR confusamente come sinonimi.

A ciò si aggiunge il fatto che pur rappresentando il PNRR un ingente pacchetto di misure economiche, in tema di parità di genere vi è chi sottolinea “come lo sforzo economico e finanziario per dare seguito alle buone parole, in definitiva, non pare sufficiente: importanti dichiarazioni di massima si traducono in modeste e vaghe azioni a livello di iniziative concrete”¹⁴⁵.

Il cambio di impostazione sotteso al PNRR rischia dunque di essere più di forma che di sostanza, posto che la mancanza di una missione specifica per la parità di genere potrebbe, in caso di inattuazione parziale (o totale) degli interventi previsti nelle sei missioni, riflettersi negativamente anche sul diritto alla salute e all'interno di esso sul diritto alla salute di genere¹⁴⁶.

Proprio al fine di non incorrere in tali rischi, vi è chi ha avanzato una serie di “raccomandazioni” ai decisori europei¹⁴⁷, come quella di porre in essere un

¹⁴⁴ Nel Piano attuativo è infatti sottolineato che tra le malattie psichiatriche “l'esposizione maggiore delle donne a certi eventi e situazioni di vita fortemente stressanti contribuirebbe in maniera molto significativa al maggior rischio femminile di ammalarsi di determinati disturbi. L'esempio più calzante è dato dall'esposizione alla *violenza*, subita nel corso della vita da una percentuale stimata di donne che va dal 16 al 50%; questa, sia fisica che sessuale o psicologica, è fortemente correlata come fattore di rischio a patologie tipicamente più frequenti nelle donne, quali depressione, disturbo posttraumatico da stress, disturbi dissociativi, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi (disturbi mentali caratterizzati dalla presenza di sintomi fisici riferiti dal paziente, ma privi di una base medica)”. Il Piano sembra richiamare la premessa della proposta di legge 2016 “Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere” in cui si sottolineava che “nel trattare di medicina di genere non si può trascurare il fenomeno della violenza di genere. La violenza è qualcosa che si può superare: non è un dato di natura. La violenza non può essere intesa e gestita solo come questione di criminalità, cioè di sicurezza sociale, o solo come problema medico, ma, annoverandola tra i temi di salute pubblica, va riconosciuta come prodotto di più fattori di rischio che interagiscono tra loro a diversi livelli”.

¹⁴⁵ C. TRIPODINA, *I perduranti ostacoli all'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne: dal Caso Oliva al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, cit., 144.

¹⁴⁶ Questa non individuazione quantitativa della priorità di genere oltretutto la differenzia dall'impostazione adottata per l'altra priorità trasversale, ovvero il “Sud”, per cui nel PNRR è esplicitamente affermato che “il Governo ha deciso di investire non meno del 40 per cento delle risorse territorializzabili del PNRR (pari a circa 82 miliardi) nelle otto Regioni del Mezzogiorno, a fronte del 34 per cento previsto dalla legge per gli investimenti ordinari destinati su tutto il territorio nazionale”.

¹⁴⁷ S. FRANCESCON, *Il Recovery Fund punti alla parità di genere*, in *euractiv.it*, “Secondo il Rapporto Geese, le cose addirittura potrebbero peggiorare gli aiuti finanziari dell'Ue confluiscono soprattutto nei settori a predominanza maschile (costruzioni, trasporti, agricoltura, tecnologico e digitale,

diverso bilanciamento tra i settori e gli investimenti, affiancando alla transizione digitale ed ecologica, quella verso una transizione sociale (messa a dura prova dalla pandemia), che veda, ad esempio, un potenziamento delle attività di cura¹⁴⁸.

Non è un caso che, a livello europeo, ci sia stato nei mesi scorsi un dibattito a proposito della definizione di una soglia garantita di investimenti, come quella individuata per il *green* (37%)¹⁴⁹ o per il digitale (20%)¹⁵⁰, che ha visto il Parlamento Europeo proporre di portare da due a sei i temi su cui introdurre somme vincolate, includendo tra questi la parità di genere. Tale proposta, sintomatica di una maggiore sensibilità verso le tematiche che interessano la parità di genere, si è però dovuta scontrare con una posizione contraria del Consiglio che ha ritenuto

energetico). L'impianto di Next Generation EU, sostenendo un'economia al maschile, andrebbe ad aggravare la disparità di genere, soprattutto nel mercato del lavoro, anziché ri-bilanciare le preesistenti condizioni di squilibrio (...). Inoltre, tutti i progetti dovrebbero avere: 1) una valutazione di impatto di genere, con dati disaggregati fra uomini e donne; 2) l'applicazione del *gender budgeting* nella pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione dei progetti; e 3) l'attuazione del *mainstream* di genere (ovvero l'inserimento in maniera trasversale di valutazioni di genere a tutte le politiche e misure) (...). I criteri di valutazione dei piani di nazionali, che sono pre-requisiti per gli Stati Membri per ricevere le risorse del RRF, dovranno includere un filtro di genere e gli stessi piani dovranno far fronte alle disuguaglianze emerse a causa della crisi generata da Covid-19, inclusa la violenza di genere e la violenza domestica, che sappiamo essere spesso correlate alla dipendenza economica della donna al proprio partner". E questo dovrebbe interessare in particolare le politiche pubbliche in ambito sanitario, da cui parte la stessa idea di piano, volto a dare una risposta europea alla grave crisi sanitaria Covid-19.

¹⁴⁸ *Ibidem*, "Il *lockdown* ha ulteriormente esacerbato il divario: in Italia, il 72% dei lavoratori rientrati il 4 maggio erano uomini. Molte donne, complici anche le attività di cura domestica e la chiusura delle strutture scolastiche, sono rimaste a casa. Attività di cura che, in pieno spirito patriarcale, sono per lo più affidate alle donne. Non è solo un problema italiano; anche in Germania – riporta l'*Institute of Economic and Social Research* – il 27% delle madri lavoratrici è stata costretta a ridurre il proprio orario lavorativo per dedicarsi alla cura dei figli (vs il 16% dei padri)". Si veda anche C. MAGNESCHI, *Il diritto di prendersi cura*, in *Scienza e Pace magazine*, aprile 2022.

¹⁴⁹ Il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza, al *considerando* n. 23, prevede che "Il dispositivo, riflettendo il green deal europeo quale strategia di crescita dell'Europa e l'importanza di far fronte ai cambiamenti climatici in linea con l'impegno dell'Unione di attuare l'accordo di Parigi e gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'ONU, contribuirà all'integrazione nelle politiche delle azioni per il clima e della sostenibilità ambientale e al conseguimento dell'obiettivo globale di dedicare il 30% della spesa di bilancio dell'Unione al sostegno degli obiettivi climatici. A tal fine, le misure sostenute dal dispositivo e incluse nei piani per la ripresa e la resilienza dei singoli Stati membri dovrebbero contribuire alla transizione verde, compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano, e dovrebbero rappresentare almeno il 37% dell'assegnazione totale del piano per la ripresa e la resilienza sulla base della metodologia di controllo del clima di cui a un allegato del presente regolamento".

¹⁵⁰ Il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza, al *considerando* n. 26, prevede che "Anche le misure sostenute dal dispositivo e incluse nei piani per la ripresa e la resilienza dei singoli Stati membri dovrebbero essere pari a un importo che rappresenti almeno il 20% della dotazione del piano per la ripresa e la resilienza per la spesa *digitale*".

che una disposizione del genere avrebbe comportato una riduzione dei margini decisionali dei singoli Stati membri nei rispettivi Piani e progetti.

Resta dunque da domandarsi quale modello di società resiliente e sostenibile si possa costruire su un terreno fertile di risorse economiche ma così ancora diseguale.

8. *Il diritto alla salute di genere una chimera o una realtà?*

Una storia vera, che parte richiamando un racconto che potrebbe sembrare una favola, è quella della cardiologa americana Bernardine Healy, che nel 1991 nel *New England Journal of Medicine*¹⁵¹, richiamava le vicissitudine di Yentl, una giovane donna che dovette rasarsi i capelli e vestirsi da uomo per poter accedere alla scuola ebraica e studiare il Talmud, uno dei testi sacri dell'ebraismo, quale “metafora” di quella discriminazione che lei ancora riscontrava nell'Istituto di Cardiologia che dirigeva, dove le donne erano per nulla o poco rappresentate nelle sperimentazioni per introdurre nuovi farmaci e nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Quali le conseguenze? Come per Yentl, il c.d. neutro-maschile rendeva “invisibili” le differenze, proprio quelle più e chiare e visibili anche ad occhio nudo, tant'è che tale articolo suscitò scalpore in tutto il mondo, costituendo il punto di partenza di quel “lungo viaggio verso la parità” anche nel diritto alla salute¹⁵².

Non è un caso che pochi anni dopo, nel 1995, il tema della salute delle donne veniva posto all'attenzione della Conferenza mondiale delle donne di Pechino, consesso nel quale si evidenziava a livello globale come il godimento pieno del diritto alla salute fosse vitale per la vita delle donne, per il loro benessere e per la loro abilità di partecipare in tutti i campi del pubblico e del privato, anche se nella Conferenza si prendeva atto di come salute e benessere fossero ancora esclusi per la maggior parte delle donne.

Da quell'evento ha preso avvio quel percorso che, sotto la spinta del diritto sovranazionale ed europeo, ha tracciato la strada per l'introduzione nell'ordinamento italiano della recentissima legge nazionale sulla medicina di genere.

Un processo, come è emerso dalle considerazioni sin qui svolte, non ancora compiuto, come ha dimostrato la recente pandemia da Covid 19¹⁵³, che ha messo in evidenza quanto la strada per il riconoscimento del diritto alla salute di genere sia “impervia” (nonostante l'approvazione della legge nazionale, del Piano attua-

¹⁵¹ B. HEALY, *The Yentl Syndrome*, in *N. Engl. J. Med.*, 1991, 274-276.

¹⁵² A. GALOPPINI, *Il lungo viaggio verso la parità. I diritti civili e politici delle donne dall'Unità*, Bologna, 1980. In chiave multidisciplinare si veda anche *Ancora in viaggio verso la parità. Dialogando con Annamaria Galoppini*, a cura di R. Biancheri, Pisa, 2012.

¹⁵³ Per approfondimenti sugli effetti dell'emergenza sanitaria nei confronti delle donne si veda E. CATELANI, M. D'AMICO, *Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Bologna, 2021.

tivo e del suo recepimento a livello regionale), a causa della *scarsa conoscenza* delle gravi implicazioni che le disuguaglianze di genere in sanità producono.

Riflessione che portano a interrogarsi, “sul come avrebbe potuto essere l’Italia oggi se, a partire dal 1948, fosse stata promossa piena parità di genere”¹⁵⁴, e soprattutto se questa fosse stata riferita anche al diritto alla salute di genere.

È evidente che questa lacuna dimostra che in passato l’elaborazione dottrinale non ha saputo svolgere, in questo campo, il proprio ruolo di stimolo per il legislatore, per la giurisprudenza e per le autorità amministrative.

Oggi i tempi sembrerebbero maturi perché la parità di genere possa essere concepita come criterio guida nell’azione delle Istituzioni¹⁵⁵. Come a dire che il sistema sembra aver sviluppato la capacità di rilevare spontaneamente i rischi correlati alla disattenzione del legislatore, evitando prontamente le storture che potrebbero scaturire dalla sedimentata inerzia normativa e producendo un effetto di incentivazione indiretta sullo stesso legislatore.

Lo stesso mercato, come quello dei farmaci, si è fatto negli anni più sensibile alle differenze di genere tant’è che oggi è possibile trovare tra le avvertenze scritte nel “bugiardino” riferimenti al genere.

Ed anche “se” non è possibile introdurre, come obbligatorie le determinanti di genere, per le regole del mercato, lo Stato potrebbe (o meglio dovrebbe) esplorare altre strategie, come quella della “*spinta gentile*”¹⁵⁶.

L’auspicio è dunque che si prosegua il percorso avviato nelle riforme più recenti che interessano il diritto alla salute di genere, dando seguito a quell’*humus* embrionalmente espresso nell’ambito dell’Assemblea costituente, per cui la promozione, allora, della presenza femminile nella vita professionale e istituzionale, oggi come “presenza di genere” in tutti i substrati della vita sociale, culturale, ed in particolare in quello della salute, non può e non deve essere intesa solo come realizzazione del pieno rispetto dei diritti inviolabili della persona e del principio di uguaglianza, ma quale occasione di ripresa e resilienza per tutte le componenti della società globalmente considerata¹⁵⁷.

In questo processo evolutivo anche le politiche di digitalizzazione oramai al centro dell’agenda politica dei governi e dei finanziamenti nazionali ed europei, potrebbero venire in soccorso. Si pensi alla recente normativa nazionale che, sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l’attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione,

¹⁵⁴ Così S. CASSESE, *La Costituzione “dimenticata”. Introduzione*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1, 2021, 3 e ancora ha aggiunto “la causa della «dimenticanza» va cercata in lentezze culturali [...] in materia di parità di genere”.

¹⁵⁵ A. SIMONATI, *La costituzione «dimenticata» la parità di genere*, cit., 18.

¹⁵⁶ Il c.d. “*nudging*” secondo la fortunata espressione coniata da R. H. THALER, C. R. SUNSTEIN, *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, New Haven, 2008.

¹⁵⁷ Si vedano sul punto le riflessioni di G. DE GIORGI, *Libertà dalla paura. Verso nuove forme di libertà per le collettività?*, in *federalismi.it*, 2020, 207-214.

il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse: le basi fondanti di una medicina personalistica di precisione¹⁵⁸.

Purtroppo oggi tutto questo sembra ancora una chimera se si pensa al recente rapporto “*Sex, Gender and Covid-19 Project*” gestito dall’organizzazione *no-profit Global Health 50/50*, nel quale si afferma che di 198 Paesi esaminati, solo il 37% riporta dati sulla morte disaggregati per sesso e solo il 18% fornisce dati sulla vaccinazione disaggregati per sesso, come pure se si pensa agli studi sui vaccini *Pfizer-BioNTech* e Moderna limitati ad esplorare se la validità del vaccino differisca in base al sesso¹⁵⁹, senza giungere a valutazioni chiare sugli effetti collaterali negativi a seconda del genere¹⁶⁰.

Analoghe perplessità emergono nel Rapporto del *World Economic Forum* “*Global Gender Gap 2020*” secondo il quale non saremo in grado di giungere all’uguaglianza di genere prima di cento anni.

Se così è, viene il dubbio che il racconto di Yentl, sia più che mai attuale, e che ad oggi non è dato sapere per quanto tempo questa disuguaglianza dovrà accompagnare le future generazioni nel lungo viaggio verso la parità nel diritto alla salute di genere.

¹⁵⁸ Articolo 7 del d.l. n. 34 del 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

¹⁵⁹ Trovando un’efficacia superiore al 90% sia per gli uomini che per le donne.

¹⁶⁰ L. VIJAYASINGHAM, *Sex-disaggregated data in COVID-19 vaccine trials*, in *www.thelancet.com*, 2021.