

Genere, rispetto e falsa neutralità: spunti per una rilettura critica dei modelli

di Loredana Gianì

SOMMARIO: 1. Rispetto come principio strutturante tra diritto e sapere scientifico. – 2. Eguaglianza sostanziale e intersezionalità: il rispetto nella prospettiva di genere. – 3. Il paradigma di genere come strumento di analisi critica delle asimmetrie giuridiche. – 4. La selezione dei destinatari delle prestazioni come banco di prova della neutralità. – 5. Il rispetto tra eredità costituente e responsabilità scientifica.

1. *Rispetto come principio strutturante tra diritto e sapere scientifico*

Il presente contributo vuole offrire una lettura del paradigma della cura attraverso la lente della medicina di genere a partire da una nozione largamente diffusa nel discorso pubblico, ma non sempre adeguatamente compresa nella sua effettiva portata e, talvolta, persino svuotata nel suo significato originario: il rispetto.

Tale concetto non si esaurisce nella dimensione morale o nelle relazioni interpersonali, ma investe i presupposti stessi su cui si fondano i sistemi di conoscenza, le istituzioni e le pratiche collettive. Esso incide, infatti, sui criteri attraverso i quali si stabilisce ciò che viene considerato rilevante, ordinario o meritevole di protezione.

Senza soffermarsi in modo analitico sull'origine etimologica del termine, può tuttavia ricordarsi che “rispetto” deriva dal latino “*respectus*”, collegato al verbo “*respicere*”, vale a dire “guardare di nuovo”, “rivolgere attenzione”. In questa accezione il rispetto implica un atto consapevole di attenzione nei confronti dell'altro: uno sguardo non superficiale, ma capace di riconoscere valore e dignità¹.

Non si tratta, dunque, di un sentimento indistinto, né di una mera formalità, bensì di una postura relazionale ed etica che presuppone il riconoscimento dell'altro considerato nella sua dimensione caratterizzante, nei suoi diritti, nella sua integrità e nella sua irriducibilità. Ma il riferimento

¹ Sulla dimensione etico-sociale del rispetto come categoria relazionale e istituzionale cfr. R. SENNETT, *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, Bologna, 2004, *passim*, ove il rispetto è ricostruito come precondizione di un ordine sociale giusto e non come mera cortesia formale.

alla dimensione individuale non consente di ridurre il rispetto a una disposizione puramente soggettiva o a un atteggiamento individuale, perché ciò comporterebbe un impoverimento della sua portata. Proprio perché il rispetto presuppone il riconoscimento dell'altro nella sua concreta situazione, esso non può restare affidato alla sola buona volontà dei singoli: richiede assetti strutturali che ne garantiscono l'effettività anche là dove la relazione interpersonale non è possibile o non è sufficiente. La dimensione che si assume in questa sede è correlata a una diversa prospettiva in cui considerare il rispetto legata alla dimensione pubblica. Questo cambio di prospettiva consente di collocare il rispetto quale parametro orientativo delle politiche, in particolare di quelle sanitarie e distributive, in linea con la dimensione valoriale della nostra Carta costituzionale che ne presuppone la immanenza come preconditione per la garanzia dell'effettività dei diritti fondamentali degli individui.

In tale prospettiva, il rispetto si collega direttamente alla configurazione costituzionale del diritto alla salute come diritto fondamentale della persona e, al tempo stesso, interesse della collettività². Ciò implica che le istituzioni non siano chiamate soltanto a garantire l'accesso alle prestazioni, ma anche a predisporre condizioni effettive di equità, idonee a considerare le differenze che incidono concretamente sull'esercizio dei diritti, cioè tutte quelle condizioni logico-operative dalle quali il rispetto non può prescindere.

Il rispetto si configura, pertanto, come categoria al tempo stesso relazionale e istituzionale, che presuppone il riconoscimento dell'altro all'interno di un sistema di relazioni giuridiche e sociali. Non è sufficiente una generica considerazione: occorre, piuttosto, costruire assetti normativi e organizzativi che ne consentano una reale attuazione. E non è un caso che nel corso del tempo, tale nozione si sia progressivamente ampliata, fino a ricomprendere significati quali attenzione, stima, considerazione e riconoscimento della dignità altrui.

Il rispetto, in questa prospettiva, si configura come un principio regolativo delle relazioni sociali e istituzionali, non esaurendosi, di conseguenza, nel riconoscimento puramente formale della dignità. Esso, infatti,

² Sulla duplice dimensione del diritto alla salute *ex art. 32 Cost.* come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e sulle implicazioni in termini di doveri organizzativi per le istituzioni, resta fondamentale M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980, 769 ss.; v. altresì D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2018.

implica una messa in discussione dei presupposti conoscitivi, organizzativi e decisionali alla base dei modelli che vengono proposti come universalmente validi. Ne consegue, pertanto, che il rispetto non appartiene solo alla dimensione etica o interpersonale, dovendo orientare anche la stessa produzione dei saperi, la configurazione delle istituzioni e le pratiche collettive, influenzando i criteri con cui si stabiliscono le priorità, i parametri di “normalità” o ciò che merita protezione. Ma proprio la considerazione del paradigma del rispetto quale chiave di lettura dei rapporti sociali e dei quadri regolatori di riferimento fa emergere una delle principali ambivalenze delle società contemporanee: l’idea di neutralità. I modelli normativi, scientifici e istituzionali che si presentano come neutrali, infatti, invece di garantire una reale imparzialità, tendono a celare il punto di vista da cui prendono forma, elevando una prospettiva particolare a misura generale³. Così la neutralità non rappresenta un dato oggettivo, bensì una costruzione: essa può operare come meccanismo di invisibilizzazione delle differenze. Si tratta di un meccanismo di “copertura” che è molto più frequente proprio nei modelli che si presentano come universali, poiché presentano prospettive che producono effetti di esclusione difficilmente percepibili.

Utilizzando il rispetto quale chiave di lettura dei modelli, le criticità del paradigma neutralizzante emergono con maggiore vigore e ciò in quanto esso (il rispetto) non si riduce a un mero riconoscimento formale della dignità, ma richiede una riflessione critica sui presupposti che sorreggono i modelli conoscitivi, organizzativi e decisionali presentati come universalmente validi.

In tale quadro, assumono particolare rilievo i modelli di genere, che più che riconoscere la pluralità delle esperienze, tendono a prescrivere identità e comportamenti valorizzando le differenze nella consapevolezza che l’assenza di un adeguato riconoscimento delle differenze rilevanti non rappresenta una forma di imparzialità, bensì una modalità più sottile di mancato rispetto, in quanto rende invisibili e marginalizza le soggettività che non si conformano al modello assunto come riferimento.

Proprio questo deficit di riconoscimento costituisce il fondamento delle molteplici forme di discriminazione che caratterizzano le società contemporanee. Tali dinamiche non si esprimono sempre in maniera

³ Cfr. S. GRILLI, M.C. VESCE, *Spunti per una riflessione sui modelli normativi di genere e sessualità*, in *Illuminazioni*, 2021, 55, 59 ss.

esplicita, ma operano spesso attraverso norme, pratiche e criteri che si dichiarano neutrali, pur producendo effetti svantaggiosi per alcuni gruppi.

Si tratta, in particolare, di fenomeni di discriminazione indiretta, difficili da individuare proprio perché originati da dispositivi che si presentano come imparziali⁴. In questo contesto, tali dinamiche si intrecciano con i problemi della giustizia distributiva, particolarmente evidenti nel settore sanitario.

L'eguaglianza, infatti, non può essere intesa come semplice uniformità nella distribuzione delle risorse, ma deve essere declinata in termini di equità, vale a dire come capacità del sistema di compensare gli svantaggi e garantire condizioni effettive di accesso alle cure.

Le discriminazioni indirette rappresentano una delle forme più insidiose di diseguaglianza, proprio perché derivano da modelli che non tengono conto delle differenze rilevanti. In ambito sanitario, ciò si traduce spesso nell'adozione di protocolli e linee guida apparentemente neutrali, che finiscono per produrre effetti discriminatori legati al sesso e al genere. Si tratta di fenomeni sistemici, spesso invisibili perché incorporati nel funzionamento ordinario delle istituzioni e non di rado, i tentativi di renderli visibili vengono ridimensionati o derisi attraverso stereotipi e semplificazioni, che rappresentano una forma sottile di violenza simbolica.

Queste dinamiche incidono in modo significativo soprattutto sulle donne e sulle soggettività non conformi, alimentandosi proprio laddove il rispetto viene negato o svuotato di contenuto.

Il quadro così sinteticamente richiamato nei suoi tratti essenziali si complica ulteriormente se si considera che le discriminazioni, inoltre, non agiscono in maniera separata, ma si articolano attraverso l'intreccio di molteplici fattori – quali il genere, l'età, le condizioni socio-economiche, l'origine e lo stato di salute – che concorrono a definire concretamente la collocazione delle persone all'interno dei sistemi di cura, valorizzando quella dimensione della complessità che consente di cogliere come le diseguaglianze non siano riconducibili alla semplice somma di vulnerabilità, ma derivino dalla loro interazione⁵.

Prima di procedere nell'analisi, appare opportuno precisare la portata

⁴ Sul concetto di discriminazione indiretta e sulle sue implicazioni sistemiche v. B.G. BELLO, *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, Milano, 2020, 45 ss.

⁵ Sul concetto di intersezionalità come strumento analitico e giuridico v. P. PAROLARI, *Identità, transdifferenza, intersezionalità: (con)vivere da eguali nella diversità*, in *Riv. di fil dir.*, 2014, spec. 1 ss., ove l'identità è ricostruita come intersezione dinamica di differenze.

della nozione di rispetto qui assunta, distinguendola dai concetti limitrofi con i quali essa intrattiene una relazione stretta ma non sovrapponibile. Il rispetto non si identifica con la dignità, né con il riconoscimento, né con l'eguaglianza sostanziale, pur essendo intimamente connesso a ciascuna di queste categorie e, in un certo senso, costituendone la traduzione operativa.

La dignità, sancita dall'art. 2 della Costituzione, rappresenta il fondamento assiologico cui il rispetto si riferisce: essa esprime il valore intrinseco della persona che il rispetto presuppone e rende visibile. L'eguaglianza sostanziale, enunciata dall'art. 3, secondo comma, costituisce invece la direzione normativa verso la quale il rispetto si orienta: l'obiettivo, cioè, della rimozione degli ostacoli che, di fatto, limitano libertà e eguaglianza. Il riconoscimento, a sua volta, ne rappresenta la preconditione relazionale, l'atto conoscitivo attraverso cui l'altro – e le sue differenze rilevanti – diventa visibile all'interno dei sistemi normativi.

In questa prospettiva, il rispetto si configura come il criterio operativo che consente di tradurre dignità, riconoscimento ed eguaglianza sostanziale in pratiche istituzionali verificabili. Esso indica la modalità attraverso cui i principi trovano attuazione nelle scelte organizzative e nei dispositivi regolatori, svolgendo così una funzione di raccordo tra il piano dei valori e quello della loro effettività. Ed è proprio in questa dimensione operativa che il rispetto acquisisce una valenza propriamente giuridica: non come sentimento o disposizione soggettiva, ma come parametro orientativo delle politiche pubbliche e come criterio di verifica della loro inclusività. Ed è in questa accezione che il concetto verrà utilizzato nel prosieguo della presente analisi.

2. Eguaglianza sostanziale e intersezionalità: il rispetto nella prospettiva di genere

L'idea di rispetto acquista un significato pieno soltanto se viene collocata all'interno delle condizioni concrete in cui i diritti prendono forma. Non è sufficiente, infatti, riconoscere un soggetto astratto titolare di diritti: ciò che rileva è comprendere come tali diritti siano effettivamente esercitabili nelle situazioni reali, segnate da differenze e diseguaglianze. A questo fine, un contributo significativo proviene dalla categoria della intersezionalità, elaborata a partire dalla fine degli anni Ottanta negli studi

giuridico-sociologici statunitensi – in particolare da Kimberlé Crenshaw⁶, nell'ambito della *Critical Race Theory* – per analizzare le forme di discriminazione che si producono all'incrocio di più fattori di vulnerabilità e che non sono riducibili alla somma delle singole categorie protette. L'osservazione originaria muoveva dalla constatazione che le donne afroamericane subivano discriminazioni che non erano pienamente descrivibili né come discriminazioni di genere né come discriminazioni razziali, ma derivavano dalla specifica intersezione di queste due dimensioni. La categoria, progressivamente assunta anche dal dibattito giuridico europeo, si è rivelata uno strumento utile per leggere le asimmetrie prodotte da norme formalmente neutre su soggetti che si collocano simultaneamente in più posizioni svantaggiate, e ha trovato significativi riscontri nella giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea in materia di discriminazioni multiple.

In questo senso, la prospettiva intersezionale consente di spostare lo sguardo: non più un individuo neutro e indistinto, ma persone situate, la cui esperienza giuridica è attraversata da una pluralità di fattori che incidono simultaneamente. Genere, condizioni economiche, età, stato di salute, origine sociale non operano separatamente, ma si combinano tra loro, dando luogo a configurazioni specifiche di vantaggio o svantaggio. E nel momento in cui queste intersezioni vengono ignorate, il principio di eguaglianza rischia di ridursi a una formula formale, incapace di incidere sulla realtà facendo fallire anche gli obiettivi del sistema universalistico meglio congegnato. Regole identiche applicate a situazioni profondamente diverse finiscono per produrre effetti diseguali, legittimando forme di esclusione che restano difficilmente percepibili proprio perché iscritte nel funzionamento ordinario delle istituzioni. E proprio la considerazione di questi elementi fa emergere il limite della cosiddetta “eguaglianza formale”: trattare tutti allo stesso modo non garantisce necessariamente giustizia. Al contrario, può contribuire a consolidare squilibri preesistenti, trasformando l'uniformità in un fattore di riproduzione incrementale delle disuguaglianze.

⁶ K. CRENSHAW, *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in *University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139 ss.; ID., *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*, in *Stanford Law Review*, 43, 1991, 1241 ss. Per la ricezione italiana del concetto v., oltre a B.G. BELLO, *Intersezionalità*, cit., anche L. GIOLO, L. RE (a cura di), *La soggettività politica delle donne. Proposte per un lessico critico*, Roma, 2014.

Assumere sul serio l'intersezionalità significa, invece, riconoscere che l'eguaglianza richiede differenziazione. Non nel senso di privilegiare alcuni soggetti, ma di tenere conto delle condizioni effettive in cui si collocano le persone, così da rendere realmente accessibili i diritti.

In questa prospettiva, il rispetto non si traduce in un trattamento indifferenziato, ma implica una capacità di lettura delle situazioni concrete. Esso richiede di interrogarsi su come le norme operano nella realtà, su quali effetti producono e su quali soggetti risultano, di fatto, avvantaggiati o penalizzati, considerando le molteplici caratteristiche del contesto.

Questo modo di intendere il rispetto si avvicina alle teorie delle capacità elaborate da Amartya Sen e Martha Nussbaum, nella misura in cui entrambe pongono al centro non soltanto i diritti formalmente riconosciuti, ma le condizioni che rendono possibile il loro effettivo esercizio. L'approccio delle *capabilities* valuta, infatti, la giustizia di un ordinamento non sulla base delle risorse astrattamente disponibili, ma sulla capacità di ciascuno di convertire quelle risorse in reali possibilità di essere e di fare – in *functionings*, secondo la formula di Sen –, riconoscendo che la medesima dotazione di mezzi può tradursi, in contesti e per soggetti diversi, in gradi assai differenti di libertà concreta. Non basta, quindi, affermare che un diritto esiste: occorre verificare se le persone dispongano dei mezzi per farlo valere e se le condizioni materiali, culturali e istituzionali consentano di tradurre la titolarità del diritto in una sua reale fruizione.

L'eguaglianza sostanziale si colloca proprio in questa dimensione. Essa non coincide con la mera proclamazione di diritti, ma implica la costruzione di contesti che consentano alle persone di sviluppare le proprie possibilità, nel rispetto delle loro caratteristiche individuali. E la considerazione della dimensione sostanziale dell'eguaglianza proietta il quadro istituzionale in una prospettiva diversa in cui emerge la dimensione della doverosità rapportata alla funzione di garanzia della effettività dei diritti. Una dimensione che comporta un intervento attivo delle istituzioni, chiamate a rimuovere gli ostacoli che limitano, in concreto, la libertà e la dignità.

Da questo punto di vista, ignorare le differenze attraverso l'imposizione di modelli universali non rappresenta neutralità, ma una forma di disconoscimento. Significa non vedere – o non voler vedere – le condizioni reali in cui i diritti vengono esercitati, con il risultato di rafforzare dinamiche di esclusione già esistenti. Al contrario, una concezione sostanziale dell'eguaglianza impone di riconoscere che le differenze non sono un

elemento marginale, ma costituiscono il punto di partenza per costruire politiche e regole più giuste. Il rispetto, in questo quadro, diventa il criterio attraverso cui valutare se il sistema giuridico sia effettivamente in grado di includere, oppure se continui a operare secondo modelli astratti che non corrispondono alla realtà sociale.

In definitiva, il passaggio dalla parità formale all'equità segna anche un mutamento nel modo di concepire il rispetto: non più come semplice riconoscimento astratto, ma come pratica concreta di giustizia, che si misura nella capacità di rendere i diritti realmente fruibili da tutti.

3. *Il paradigma di genere come strumento di analisi critica delle asimmetrie giuridiche*

In questo contesto di riferimento, il tema del genere merita di essere affrontato sottraendolo a semplificazioni che lo riducono a fenomeno recente o a posizione ideologica contingente. Piuttosto che una costruzione effimera, esso va considerato come una lente interpretativa attraverso cui leggere la complessità delle esperienze umane e delle differenze che attraversano le vite delle persone. In questa prospettiva, il genere non coincide con una mera rivendicazione identitaria, ma si configura anzitutto come una questione di rispetto, inteso come riconoscimento delle molteplici dimensioni – corporee, biografiche e sociali – che definiscono l'esistenza individuale. Come chiave di lettura di quella complessità identitaria e di contesto che offrono quel sostrato conoscitivo per costruire il percorso verso la effettività dei diritti.

Assunto come categoria analitica, il genere permette di mettere in discussione quei modelli normativi impliciti che, nel tempo, si sono affermati come naturali o neutrali, orientando l'organizzazione dei sistemi giuridici, sociali e scientifici. Tali modelli si sono spesso consolidati attorno a una logica binaria, fondata sulla contrapposizione maschile/femminile, che ha esercitato una funzione regolativa non solo sul piano simbolico, ma anche su quello istituzionale e normativo⁷. In questa chiave, il genere non rappresenta una sovrastruttura ideologica, bensì uno strumento conoscitivo capace di rendere visibili squilibri e asimmetrie prodotti da criteri apparentemente universali, ma in realtà costruiti a partire da esperienze

⁷ Sul genere come strumento conoscitivo e critico dei modelli normativi v. AA.VV., *Decostruzione delle categorie di genere e contraddizioni dell'esercizio del potere*, cit., spec.1-3.

parziali. L'analisi di genere consente quindi di interrogare criticamente i processi attraverso cui alcune differenze vengono riconosciute, mentre altre vengono neutralizzate o rese irrilevanti. Non si limita a descrivere la realtà, ma incide sui criteri stessi di selezione e gerarchizzazione delle differenze all'interno dei sistemi normativi e delle pratiche istituzionali⁸.

Adottare questa prospettiva implica riconoscere che l'eguaglianza giuridica non può fondarsi su un'astrazione indifferenziata, ma richiede un continuo lavoro di revisione dei modelli che si presentano come universali. La presunta neutralità dei saperi e delle istituzioni, infatti, lungi dal garantire imparzialità, ha spesso operato come meccanismo di riproduzione di assetti gerarchici, contribuendo a occultare le differenze e a produrre inclusioni diseguali⁹. Da qui la necessità di superare una logica di "cecità alle differenze" per approdare a una logica del riconoscimento, nella quale il rispetto si traduce nella capacità di rendere visibili le condizioni concrete che incidono sull'effettivo esercizio dei diritti. In questo senso, il rispetto assume una dimensione sistemica e diventa elemento costitutivo del principio di eguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione.

Come già ribadito, l'eguaglianza, infatti, non può essere ridotta alla sola parità formale, ma si configura come un progetto normativo che richiede interventi attivi per rimuovere gli ostacoli che limitano la libertà e la dignità delle persone. E così, la pari dignità sociale non è un presupposto dato, bensì un obiettivo da realizzare attraverso politiche capaci di incidere sulle condizioni materiali e sui contesti di vita¹⁰.

In questa prospettiva, anche ambiti come la salute e l'organizzazione dei sistemi sanitari sono chiamati a confrontarsi con un'idea sostanziale di eguaglianza. La medicina di genere rappresenta un esempio significativo di questo ripensamento, poiché mette in discussione il modello del paziente neutro e mostra come l'applicazione di protocolli standardizzati possa produrre esiti diseguali e, quindi, ingiusti¹¹. Basti pensare, a titolo esempli-

⁸ Cfr. S. GRILLI, M.C. VESCE, *Spunti per una riflessione sui modelli normativi di genere e sessualità*, cit., 59 ss., sul carattere normativo e non descrittivo del binarismo di genere.

⁹ In questa prospettiva v. anche P. PAROLARI, *Identità, transdifferenza, intersezionalità: (con)vivere da eguali nella diversità*, cit., ove l'identità è letta come equilibrio dinamico tra differenze plurime.

¹⁰ Sul rapporto tra genere, potere e produzione delle norme sociali cfr. AA.VV., *Decostruzione delle categorie di genere e contraddizioni dell'esercizio del potere*, cit., 2 ss.

¹¹ Cfr. S. GRILLI, M.C. VESCE, *Spunti per una riflessione sui modelli normativi di genere e sessualità*, cit., ove si ricostruisce criticamente la persistenza del nesso deterministico tra

ficativo, alla diagnosi dell'infarto del miocardio, tradizionalmente costruita sulla sintomatologia tipicamente maschile – dolore toracico irradiato al braccio sinistro – mentre nelle donne l'evento si manifesta frequentemente con stanchezza, nausea o dolore alla mascella, con la conseguenza di ritardi diagnostici e di una più elevata mortalità femminile per cause cardiovascolari. Oppure si consideri il campo della farmacologia, ove posologie calibrate su parametri maschili hanno prodotto, nel tempo, effetti avversi documentati sulle pazienti di sesso femminile. Si tratta di casi nei quali la presunta neutralità del paradigma clinico si è risolta in una sistematica sottostima delle specificità del corpo femminile, con conseguenze dirette sull'appropriatezza delle cure e sull'effettività del diritto alla salute.

La potenzialità euristica della categoria di genere emerge con particolare chiarezza quando essa è messa in relazione con altri fattori di vulnerabilità. Non è infatti il genere in sé, astrattamente considerato, a generare esclusione, bensì la sua interazione con condizioni materiali, culturali e sociali che ne amplificano o trasformano gli effetti. Sotto questo profilo, l'analisi di genere non costituisce una prospettiva autosufficiente, ma acquista pieno valore conoscitivo solo se integrata da una lettura capace di cogliere il gioco combinato delle diverse dimensioni che incidono sull'esercizio dei diritti.

Un ulteriore livello di complessità emerge quando il genere viene analizzato in una prospettiva interferenziale, e cioè in relazione ad altri fattori di vulnerabilità, come la condizione economica. La povertà e il genere non operano infatti come variabili indipendenti, ma si intrecciano secondo dinamiche che amplificano le disuguaglianze. L'approccio intersezionale consente di cogliere queste interazioni, evidenziando come differenti forme di svantaggio si sovrappongano e si rafforzino reciprocamente, producendo effetti che non sono riducibili alla somma delle singole discriminazioni¹². In tale quadro, il genere si configura come fattore strutturante della povertà, mentre la povertà stessa incide sulle possibilità concrete di autodeterminazione e accesso ai diritti. Ne derivano forme di esclusione che colpiscono in modo particolare le donne e, ancor più, le soggettività che si collocano ai margini dei modelli normativi dominan-

sesso e genere nei saperi scientifici e giuridici.

¹² Sul principio di eguaglianza come criterio sostanziale e relazionale v. B.G. BELLO, *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, cit., 67 ss., ove l'intersezionalità è letta come strumento di attuazione dell'art. 3 Cost.

ti. Questo intreccio rende evidenti i limiti degli approcci universalistici o formalmente neutri, i quali rischiano di riprodurre le diseguglianze che intendono contrastare¹³. Le analisi sui modelli di genere mostrano inoltre come la costruzione sociale del femminile continui a incorporare aspettative di cura e disponibilità che, soprattutto in contesti di scarsità, si traducono in maggiore esposizione alla precarietà, al lavoro non retribuito e alla dipendenza economica. Parallelamente, la povertà agisce come moltiplicatore di tali diseguglianze, limitando l'accesso ai diritti fondamentali e alle opportunità di partecipazione sociale.

In questo contesto, il rispetto assume una funzione operativa: esso diventa criterio per orientare politiche pubbliche capaci di tenere conto delle condizioni concrete e situate delle persone. Ciò implica adottare una prospettiva intersezionale che consenta di individuare e affrontare le vulnerabilità nella loro dimensione reale, evitando che criteri formalmente eguali producano esclusioni sistematiche.

La centralità della categoria di genere emerge con particolare evidenza nei contesti in cui si intrecciano sapere giuridico e sapere medico. In questi ambiti, il ricorso a criteri ritenuti oggettivi ha spesso contribuito a consolidare modelli rigidi di identità, assumendo come universale un paradigma costruito su esperienze parziali¹⁴.

Le soggettività che non si conformano a tali modelli non costituiscono anomalie marginali, ma evidenziano i limiti di un sistema fondato sull'idea di un soggetto astratto e indifferenziato rapportato a un parametro di normalità. È soprattutto nel campo sanitario che tali limiti risultano evidenti, incidendo sull'accesso alle cure, sulla definizione dei percorsi terapeutici e sulla stessa rappresentazione dei corpi.

Il sapere medico, nel presentarsi come neutro, ha spesso svolto una funzione di normalizzazione, tracciando confini tra ciò che è considerato fisiologico e ciò che viene definito deviante. In questo scenario, il rispetto non riguarda soltanto il riconoscimento formale dei diritti, ma investe la possibilità stessa per le persone di essere riconosciute come soggetti legittimi di cura, consentendo loro di accedere a cure appropriate che il sistema potrebbe offrire.

¹³ Sul superamento del paradigma neutro in ambito sanitario e sulle implicazioni della medicina di genere v. AA.VV., *Decostruzione delle categorie di genere e contraddizioni dell'esercizio del potere*, cit., spec. 1-3.

¹⁴ Cfr. F. DERIU, *Genere, trasversalità e intersezionalità: la proposta (mancata) del Pnrr*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, 2021, 2, 227 ss.

Mettere in discussione questi modelli significa aprire uno spazio critico per ripensare le pratiche giuridiche e sanitarie, orientandole verso una maggiore attenzione alle differenze e alle esperienze concrete, nella prospettiva di un'eguaglianza effettiva e inclusiva^{15 16}.

4. *La selezione dei destinatari delle prestazioni come banco di prova della neutralità*

È in questo quadro che si colloca il tema della procreazione medicalmente assistita, quale ambito emblematico in cui l'intreccio tra sapere medico, diritto e modelli normativi di genere incide in modo diretto sulla definizione dei soggetti legittimati ad accedere alle cure. La disciplina della PMA rappresenta uno dei terreni nei quali più chiaramente emergono le tensioni tra neutralità apparente delle regole e produzione di effetti discriminatori.

I criteri di accesso alla PMA, infatti, lungi dall'essere meri requisiti tecnici o sanitari, incorporano una determinata rappresentazione della famiglia, della genitorialità e dei corpi, che riflette modelli normativi specifici e non neutri. In tal senso, le politiche pubbliche, e in particolare quelle sanitarie non possono essere considerate neutrali, poiché riflettono scelte distributive e criteri di priorità che incidono sull'accesso alle prestazioni, bilanciando anche la dimensione economica correlata al costo delle prestazioni. La definizione dei requisiti di accesso, infatti, implica sempre una selezione tra bisogni e soggetti, che può produrre effetti di esclusione anche in assenza di un intento discriminatorio esplicito.

La disciplina italiana della procreazione medicalmente assistita, introdotta con la legge 19 febbraio 2004, n. 40, costituisce un'esemplificazione particolarmente nitida di questa dinamica. Il testo originario della legge, fondato su una rigida delimitazione dei soggetti legittimati – coppie di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi – e sul divieto di fecondazione eterologa, di diagnosi preimpianto e di selezione degli embrioni, è stato progressivamente eroso dalla giurisprudenza costituzionale, la quale ne ha ridefinito la portata in

¹⁵ Sul carattere strutturale delle disuguaglianze prodotte dai modelli normativi di genere v. S. GRILLI, M.C. VESCE, *Spunti per una riflessione sui modelli normativi di genere e sessualità*, cit., 60 ss.

¹⁶ Sul carattere regolativo ed escludente del binarismo di genere cfr. AA.VV., *Decostruzione delle categorie di genere e contraddizioni dell'esercizio del potere*, cit., 2-3.

coerenza con il principio di autodeterminazione e con il diritto alla salute. Dalla sentenza dell'8 maggio 2009, n. 151, che ha dichiarato l'illegittimità del limite fisso di tre embrioni da impiantare contestualmente, alla sentenza del 10 giugno 2014, n. 162, che ha rimosso il divieto di fecondazione eterologa, fino alla sentenza del 5 giugno 2015, n. 96, che ha esteso l'accesso alla diagnosi preimpianto alle coppie fertili portatrici di patologie genetiche trasmissibili, e alla sentenza dell'11 novembre 2015, n. 229 in tema di reato di selezione embrionaria, la Corte ha progressivamente smontato un impianto normativo costruito attorno a una rappresentazione specifica della famiglia e della genitorialità, facendone emergere la non neutralità. Più recentemente, la sentenza del 23 ottobre 2019, n. 221, ha confermato l'esclusione delle coppie dello stesso sesso dall'accesso alle tecniche, ma ha rimesso espressamente al legislatore la valutazione di un'eventuale estensione, segnalando così come la delimitazione dei soggetti legittimati non si fondi su un dato naturale, ma su una scelta politica storicamente contingente. Questa stratificazione giurisprudenziale rende evidente come i criteri di accesso alla PMA incorporino una determinata rappresentazione dei corpi, delle relazioni affettive e dei ruoli genitoriali, e come la loro apparente neutralità tecnica celi, in realtà, opzioni assiologiche suscettibili di produrre – in assenza di una verifica costante alla luce del principio del rispetto – effetti di esclusione indiretta nei confronti di soggettività che non si conformano al modello assunto come implicito¹⁷.

Nel dibattito relativo alla procreazione medicalmente assistita, il richiamo alla tutela della salute e all'interesse del nascituro viene frequentemente utilizzato per giustificare opzioni normative di carattere restrittivo. Tuttavia, tale argomentazione rischia di celare un dato essenziale: la definizione dei soggetti ammessi alle tecniche di PMA non si fonda esclusivamente su criteri clinici, ma riflette anche scelte di valore e configurazioni culturali storicamente determinate, che incidono sulla delimitazione dell'accesso ai diritti riproduttivi. In questo contesto, il contributo della medicina di genere si rivela particolarmente significativo in quanto

¹⁷ Corte costituzionale 8 maggio 2009, n. 151; Corte costituzionale 10 giugno 2014, n. 162; Corte costituzionale 11 novembre 2015, n. 96; Corte costituzionale 11 novembre 2015, n. 229; Corte costituzionale 23 ottobre 2019, n. 221. Per una ricostruzione d'insieme v. C. TRIPODINA, *Il "diritto" a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e Corti*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2014, 2, 67 ss.; A. RUGGERI, *La PMA alla Consulta e l'uso discrezionale della discrezionalità del legislatore. (Nota minima a Corte cost. nn. 32 e 33 del 2021)*, in *Consulta Online*, 2021.

essa ha evidenziato come l'adozione di un modello standardizzato del corpo umano, presentato come neutro, abbia prodotto effetti distorsivi sia sul piano diagnostico sia su quello terapeutico. La presunta neutralità del paradigma medico ha infatti contribuito a rendere invisibili differenze biologiche e sociali rilevanti, compromettendo l'appropriatezza delle cure e l'effettività del diritto alla salute. E già da questi rapidi richiami risulta evidente che, se si vuole adottare una prospettiva tesa a garantire una eguaglianza effettiva, il rispetto non può essere ridotto a un principio etico astratto, ma deve assumere una dimensione operativa, traducendosi in criteri capaci di orientare concretamente le scelte normative e organizzative. In questa prospettiva risulta chiaro come la questione di genere si configuri anzitutto come una questione di rispetto: rispetto per l'altro nella sua specificità, condizione imprescindibile per la tenuta di un ordinamento democratico e per la tutela effettiva della dignità umana.

5. *Il rispetto tra eredità costituyente e responsabilità scientifica*

È proprio a partire da questa consapevolezza che non si possono non condividere quelle letture critiche che hanno progressivamente messo in discussione l'idea di una medicina neutra, aprendo lo spazio a un approccio critico capace di interrogare il ruolo del genere nella costruzione del sapere medico. E si tratta di una questione non nuova che aveva trovato un significativo riscontro già nel dibattito costituente. Angela Guidi Cingolani, tra le poche donne presenti nell'Assemblea, denunciava con chiarezza come il regime fascista avesse ridotto le donne a strumenti della politica demografica, negandone la dignità e la soggettività¹⁸. Le sue parole restituiscono la consapevolezza che il corpo femminile sia stato storicamente uno dei principali ambiti di esercizio del potere, attraverso processi di riduzione della persona a funzione e di negazione del rispetto. La riflessione costituente consente di cogliere come il principio di eguaglianza, sancito dall'articolo 3 della Costituzione, rappresenti anche una risposta a tali dinamiche di dominio. Esso si configura non solo come

¹⁸ Cfr. L'intervento di A. GUIDI CINGOLANI in *Atti dell'Assemblea Costituente*, seduta pomeridiana del 18 marzo 1947. Sul ruolo delle "Madri costituenti" nella definizione del principio di eguaglianza v. M. D'AMICO, *Una donna, un voto. Il suffragio femminile in Italia*, Milano, 2020, nonché, più in generale, il volume E. DI CARO, *Le Madri della Costituzione*, Il Sole 24Ore, 2021.

garanzia formale, ma come strumento volto a contrastare ogni forma di subordinazione, riaffermando il rispetto quale limite invalicabile rispetto a pratiche di controllo sui corpi e sulle differenze. Nonostante tali premesse, il divario tra eguaglianza formale ed eguaglianza sostanziale rimane ancora significativo. Ciò dipende, in larga misura, dalla difficoltà di affermare una concezione dell'eguaglianza come regola operativa, anziché come semplice descrizione delle opportunità esistenti, e ciò nella consapevolezza, determinata dalla necessità di garantire l'effettività, che l'eguaglianza non può essere valutata prescindendo dal contesto, né può essere definita in astratto: richiede di interrogarsi su "uguaglianza tra chi" e "uguaglianza rispetto a cosa", tenendo conto delle condizioni di partenza che incidono concretamente sulla possibilità di esercitare i diritti.

In questo quadro, la pari dignità sociale assume una funzione di raccordo tra dimensione formale e sostanziale dell'eguaglianza. Essa richiama la necessità di collocare lo sviluppo dei diritti individuali all'interno di una dimensione collettiva, nella quale trovi spazio il rispetto delle identità individuali. Ciò implica distinguere chiaramente tra etica e ideologia: la prima orientata alla ricerca di principi condivisibili e universalizzabili, la seconda caratterizzata da una tendenza a imporre visioni particolari, con effetti potenzialmente escludenti.

Proprio da questa distinzione tra etica e ideologia occorre muovere per valutare una critica ricorrente nei confronti della medicina di genere: quella secondo cui essa introdurrebbe nel sapere clinico considerazioni estranee al dato scientifico, piegando la diagnosi e la terapia a logiche identitarie e rivendicative. Tale rilievo muove dall'assunto che la medicina, per sua natura, sarebbe un sapere neutro e oggettivo, e che l'introduzione della variabile di genere ne costituirebbe una contaminazione ideologica. In realtà, la critica si regge su un presupposto indimostrato – la neutralità del paradigma medico tradizionale – che è proprio ciò che la medicina di genere, sulla base di un'ampia letteratura scientifica, mette in discussione. Non è la medicina di genere a introdurre arbitrariamente differenze: essa si limita a rendere visibili differenze storicamente trascurate. In questo senso, essa non produce diseguaglianze, ma consente di riconoscerle, evidenziando asimmetrie che, se ignorate, si traducono in trattamenti inadeguati, incidendo sulla appropriatezza della cura. Il rispetto, in questa prospettiva, assume una funzione propriamente operativa: diventa criterio per valutare le politiche sanitarie e per verificare se esse siano effettiva-

mente inclusive o se, al contrario, generino esclusioni sistemiche.

L'affermazione della medicina di genere che evidentemente supera il solo ambito riproduttivo¹⁹ si colloca, dunque, all'interno di un più ampio processo di revisione critica dei paradigmi scientifici e giuridici. Essa invita a interrogarsi su quali corpi siano stati storicamente assunti come modello e su quali, invece, siano stati marginalizzati. Tale approccio prende le mosse dalla consapevolezza che non esistono modelli realmente neutri e che la loro presunta universalità ha prodotto lacune significative nella comprensione delle patologie e nella qualità delle cure, in particolare per le donne.

Affermatosi, come sappiamo, negli anni '80 del secolo scorso, l'approccio alla medicina di genere trova una tappa significativa nel '93 negli Stati Uniti, quando fu approvato il *National Institutes of Health Revitalization Act*, che obbligava a includere le donne e le minoranze negli studi clinici, per diffondersi lentamente, molto lentamente, più lentamente della "lumaca di Sepulveda", con riferimento alla nostra esperienza, visto che la medicina di genere, come parte integrante del nostro sistema sanitario nazionale è stata introdotta soltanto con la legge 11 gennaio 2018, n. 3²⁰.

¹⁹ Le differenze di genere nella salute non riguardano soltanto l'ambito riproduttivo, come a lungo erroneamente si è ritenuto, ma investono l'intera fisiologia e patologia umana. Le malattie cardiovascolari, ad esempio, si manifestano nelle donne con sintomatologie spesso atipiche rispetto al quadro "classico" descritto sulla base di studi condotti prevalentemente su soggetti di sesso maschile: l'infarto del miocardio nelle donne si presenta frequentemente con stanchezza, nausea, dolore alla mascella o alla schiena piuttosto che con il tipico dolore toracico, con la conseguenza che tali episodi vengono diagnosticati in ritardo o erroneamente attribuiti ad ansia o a disturbi gastrointestinali. Analoghe disparità emergono nel campo delle malattie autoimmuni – che colpiscono le donne in misura sproporzionata –, della farmacologia, ove la posologia standard è stata storicamente calibrata sul peso e sul metabolismo maschile con effetti avversi documentati nelle pazienti di sesso femminile, e della salute mentale, ove le donne sono più esposte a disturbi d'ansia e depressione ma continuano a ricevere diagnosi e trattamenti elaborati su paradigmi maschili. Questi dati non sono meramente statistici: essi rivelano il fallimento etico di un sistema che, nella pretesa di essere universale, ha sistematicamente prodotto cure inadeguate per metà della popolazione. Il rispetto, inteso come attenzione autentica all'altro nella sua specificità corporea e biografica, impone di riconoscere tali fallimenti e di costruire risposte normative e organizzative all'altezza della complessità rivelata dalle evidenze scientifiche.

²⁰ Il riferimento è alla l. n. 3/2018, recante «Delega 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», il cui art. 3 introduce

Un ingresso che, tuttavia, non ha prodotto un cambiamento significativo di approccio e di cultura nel sistema sanitario, tuttora dominato da logiche diverse. Il riconoscimento della rilevanza delle differenze di genere nella costruzione del sapere medico non implica, evidentemente, l'abbandono di ogni limite normativo: non si tratta di affermare che ogni richiesta debba essere accolta, né di rinunciare al bilanciamento tra valori costituzionali concorrenti²¹. Si tratta, piuttosto, di ripensare i criteri di legittimazione delle scelte normative, assumendo come riferimento principi etici condivisi e universalizzabili, e non visioni ideologiche che, muovendo da prospettive particolari, tendono a imporsi come misura generale.

Le differenze tra uomini e donne non si esauriscono nella dimensione anatomica o riproduttiva, ma investono aspetti fisiologici, patologici, farmacologici e socioculturali. Ignorarle ha comportato, nel tempo, diagnosi tardive, errori terapeutici e una sistematica sottovalutazione di condizioni specifiche. La neutralità del modello medico tradizionale ha così coinciso,

per la prima volta nell'ordinamento italiano l'obbligo di applicazione e diffusione della medicina di genere all'interno del Servizio sanitario nazionale, attraverso un apposito Piano adottato con decreto del Ministero della salute del 13 giugno 2019. Per un primo commento v. F. DERIU, *Genere, trasversalità e intersezionalità: la proposta (mancata) del Pnrr*, cit., 227 ss.

²¹ Le ragioni di questa perdurante distanza tra norma e prassi sono molteplici e meritano un'analisi attenta, perché il rispetto non può esaurirsi nella proclamazione legislativa. In primo luogo, la formazione medica universitaria in Italia non ha ancora integrato in modo sistematico la prospettiva di genere nei curricula delle facoltà di medicina: la medicina di genere continua ad essere trattata come un'area specialistica opzionale piuttosto che come una dimensione trasversale e fondativa del sapere clinico. Questo significa che generazioni di medici hanno completato la propria formazione senza acquisire gli strumenti conoscitivi necessari per riconoscere le differenze di genere nelle manifestazioni patologiche, con conseguenze dirette sulla qualità delle diagnosi e delle terapie. In secondo luogo, la ricerca scientifica biomedica è ancora ampiamente dominata da un bias di genere nei protocolli sperimentali: gli studi clinici continuano a sovrarappresentare i soggetti di sesso maschile, tanto nella fase di sperimentazione animale quanto in quella clinica sull'essere umano, rendendo i dati disponibili strutturalmente inadeguati a fondare pratiche di cura differenziate per genere. In terzo luogo, la governance del sistema sanitario non ha prodotto indicatori di monitoraggio adeguati a misurare l'effettiva implementazione dei principi sanciti dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3: mancano meccanismi di verifica sull'adozione di linee guida sensibili al genere, sull'equità degli accessi e sull'appropriatezza delle terapie differenziate. Il rispetto, in questa dimensione istituzionale, richiede non solo l'enunciazione di principi, ma la costruzione di strumenti di accountability capaci di rendere visibili le lacune e di orientare le politiche correttive.

nella pratica, con l'assunzione del corpo maschile come paradigma universale, con effetti rilevanti sull'equità delle cure.

Più in generale, tali dinamiche impongono di interrogarsi criticamente sul principio universalista che permea la teoria dei diritti fondamentali, verificando se e in che misura la libertà di ricerca scientifica possa dirsi effettivamente neutra, indipendentemente dai soggetti coinvolti. In questo senso, la medicina di genere rappresenta un punto di osservazione privilegiato per mettere in discussione l'apparente neutralità dei saperi e per orientare il loro sviluppo verso una maggiore attenzione alle differenze e alla dignità delle persone.

Non a caso, i costituenti hanno concepito l'eguaglianza come un principio dotato di forza trasformativa, capace di incidere sulle condizioni materiali della società. L'inserimento dell'espressione "di fatto", frutto del contributo decisivo di Teresa Mattei nell'ambito dei lavori della Commissione dei Settantacinque, evidenzia con particolare chiarezza la volontà di superare una visione meramente formale dell'eguaglianza, imponendo l'adozione di misure idonee a rimuovere gli ostacoli che limitano concretamente la libertà e l'eguaglianza dei cittadini²².

Senza soffermarsi in questa sede su una ricostruzione analitica del quadro normativo e degli interventi giurisprudenziali che, nel tempo, hanno inciso sulla materia – e che richiederebbero un esame specifico nel quale si prendono in considerazione non solo le condizioni del genere direttamente interessato ma anche la correlata prospettiva relazionale – è comunque possibile cogliere un elemento di fondo che attraversa tale evoluzione: il bilanciamento del diritto alla genitorialità non può essere disgiunto da una concezione del rispetto quale principio orientativo delle scelte costituzionali.

In questa prospettiva, la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente riconosciuto come la decisione di avere un figlio appartenga alla sfera più intima della persona, sottraendola a indebite forme di coercizio-

²² Sul contributo di Teresa Mattei e sull'inserimento della clausola "di fatto" all'art. 3, secondo comma, Cost., v. gli *Atti dell'Assemblea costituente*, seduta del 18 marzo 1947, nonché, in dottrina, C. ROSSANO, *L'eguaglianza giuridica nell'ordinamento costituzionale*, Napoli, 1966; A. CERRI, *L'eguaglianza nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, Milano, 1976. Più di recente, sulla valenza trasformativa del secondo comma dell'art. 3 v. M. LUCIANI, *Unità nazionale e struttura economica. La prospettiva della Costituzione repubblicana*, in *Rivista AIC*, 2011.

ne, salvo il necessario confronto con altri valori di rilievo costituzionale²³. Si tratta di un'affermazione che colloca l'autodeterminazione – che non può prescindere dal rispetto per essere reale – al centro della dimensione esistenziale, riconoscendone il carattere essenziale per la libertà individuale. Come è stato efficacemente osservato, l'autodeterminazione rispetto al proprio corpo e alla propria vita rappresenta il punto più intenso dell'esperienza della libertà e proprio per questo non può essere considerata in modo isolato, ma deve essere letta in relazione al contesto sociale e culturale nel quale si esercita. In questo senso, assume rilievo anche la funzione della scienza, la quale non si sviluppa in una dimensione neutrale o atemporale, ma è profondamente radicata nel proprio tempo storico, culturale e sociale. Proprio tale radicamento impone di interrogarsi sulle condizioni entro cui l'innovazione scientifica si traduce in pratica sociale. La scienza, per poter svolgere pienamente la propria funzione, non può limitarsi a produrre conoscenza, ma deve confrontarsi con criteri capaci di orientarne l'uso. Tra questi, il rispetto per la persona assume un ruolo centrale, configurandosi come principio regolativo in grado di guidare le scelte sia sul piano normativo sia su quello applicativo.

In questa prospettiva, il rispetto non si esaurisce in un richiamo formale, ma si traduce nella capacità di riconoscere l'individuo nella sua concretezza, evitando che differenze – anche di genere – diventino motivo di esclusione o di limitazione dell'accesso ai diritti. Ciò implica anche la necessità di contenere il peso delle ideologie, privilegiando un approccio fondato su criteri etici orientati alla tutela della dignità umana.

È in questo quadro che si colloca il contributo della medicina di genere. Essa rappresenta uno strumento attraverso cui l'innovazione scientifica può essere ricondotta entro un orizzonte di responsabilità, nel quale la promozione dell'autodeterminazione si accompagna al riconoscimento della pluralità delle esperienze corporee. La medicina di genere, infatti, consente di superare modelli astratti e uniformi, orientando le pratiche

²³ Il riferimento è all'evoluzione della giurisprudenza costituzionale in materia di procreazione medicalmente assistita: dalla sent. 8 maggio 2009, n. 151, sul numero degli embrioni impiantabili, alla già richiamata sent. 9 aprile 2014, n. 162, sul divieto di fecondazione eterologa, fino alla sent. 11 novembre 2015, n. 96, sulla diagnosi preimpianto per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche, e alla sent. 23 ottobre 2019, n. 221, in tema di accesso alla PMA per le coppie omosessuali. Per una ricostruzione d'insieme v. A. RUGGERI, A. SPADARO, *Lineamenti di giustizia costituzionale*, Torino, 2022, nonché C. TRIPODINA, *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*, Napoli, 2004.

sanitarie verso una maggiore attenzione alle differenze e alle condizioni concrete delle persone.

In tal modo, il rispetto diventa il punto di convergenza tra libertà individuale, sapere scientifico e responsabilità istituzionale, contribuendo a definire un equilibrio nel quale l'esercizio dei diritti si realizza in modo effettivo e non meramente formale²⁴.

Il rispetto, inteso come riconoscimento delle differenze e come impegno a evitare che modelli apparentemente neutrali producano esclusione, si configura dunque come elemento imprescindibile per la costruzione di un sistema giuridico e sanitario realmente inclusivo. Esso rappresenta il punto di incontro tra eguaglianza sostanziale, dignità e responsabilità istituzionale. In questa prospettiva, il rispetto non si configura soltanto come principio etico o categoria relazionale, ma come criterio di giustizia distributiva, capace di orientare le scelte pubbliche e di verificarne l'effettiva inclusività. Esso consente di valutare se le istituzioni siano in grado di garantire non solo l'eguaglianza formale, ma condizioni reali di accesso ai diritti, in particolare nel campo della salute.

Perché questa funzione operativa possa realmente dispiegarsi, il principio del rispetto richiede tuttavia di essere tradotto in strumenti giuridici e organizzativi verificabili. Ciò implica, in primo luogo, l'adozione di una valutazione di impatto di genere *ex ante* sulle politiche pubbliche sanitarie, al fine di individuare preventivamente le possibili ricadute asimmetriche delle scelte normative e organizzative. In secondo luogo, richiede l'integrazione sistematica della prospettiva di genere nei curricula delle facoltà di medicina e nei percorsi di formazione continua dei professionisti sanitari, superando la sua attuale collocazione come sapere specialistico e opzionale. In terzo luogo, impone la revisione delle linee guida cliniche e dei protocolli diagnostico-terapeutici alla luce delle evidenze prodotte dalla medicina di genere, assicurandone un aggiornamento costante. Infine, sollecita la costruzione di indicatori di monitoraggio idonei a misurare l'effettiva attuazione dei principi sanciti dalla l. n. 3/2018, garantendo la trasparenza delle asimmetrie residue e la possibilità di interventi correttivi tempestivi.

In questa dimensione propositiva, il rispetto cessa di essere una for-

²⁴ Corte costituzionale 9 aprile 2014, n. 162. Sia consentito sul punto rinviare a S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Bari, 2015; ID., *La vita e le regole, tra diritto e non diritto*, Milano, 2007.

mula evocativa per diventare regola di azione. Esso si configura come il criterio in forza del quale un ordinamento democratico verifica la propria capacità di riconoscere le differenze senza trasformarle in disuguaglianze, e la propria idoneità a garantire che l'universalità dei diritti non si risolva nell'uniformità delle prestazioni, ma si traduca in risposte differenziate e appropriate alla pluralità delle esperienze umane. Solo a questa condizione la dimensione del rispetto può operare come limite alle pratiche di controllo sui corpi e, al tempo stesso, come motore di un'eguaglianza sostanziale effettivamente praticabile.

Abstract

Il saggio propone una rilettura del concetto di rispetto come categoria giuridica e scientifica, capace di orientare criticamente i modelli normativi e le pratiche sanitarie. Attraverso un approccio intersezionale, l'autrice evidenzia come la pretesa neutralità dei sistemi giuridici e scientifici possa celare meccanismi di esclusione e produrre forme di discriminazione indiretta, in particolare nel campo della salute e della procreazione medicalmente assistita. La medicina di genere emerge come strumento analitico e correttivo, in grado di rendere visibili tali asimmetrie e promuovere un'eguaglianza sostanziale. In questa prospettiva, il rispetto assume una funzione operativa: da principio etico si fa criterio di giustizia distributiva, parametro di verifica dell'appropriatezza del risultato attraverso cui autodeterminazione, dignità e responsabilità istituzionale trovano una traduzione verificabile nelle scelte sanitarie e organizzative.

The essay reinterprets the concept of respect as both a legal and scientific category capable of critically guiding normative frameworks and healthcare practices. Adopting an intersectional approach, the author shows how the alleged neutrality of legal and scientific systems may conceal exclusionary mechanisms and generate forms of indirect discrimination, particularly in healthcare and medically assisted reproduction. Gender medicine is presented as both an analytical and corrective tool, able to expose these asymmetries and foster substantive equality. In this perspective, respect acquires an operational function: from an ethical principle it becomes a criterion of distributive justice, a benchmark for assessing the appropriateness of outcome (appropriatezza del risultato) through which self-determination, dignity, and institutional responsibility are translated into verifiable healthcare and organizational choices.