amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 3/2025

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009

ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Valentina Maria Donini, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sańchez-Mesa Martĭnez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Esper Tedeschi, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Governance sanitaria e diritto alla salute in prospettiva di genere. Il ruolo dell'amministrazione pubblica tra programmazione, equità ed effettività dei diritti

di Maria Camilla Spena

(Professore associato di Diritto amministrativo presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II)

Sommario

1. Fondamenti giuridici della tutela della salute delle donne: principi costituzionali e diritti fondamentali. 2. Equità di genere e salute: dalla consapevolezza alla riforma delle politiche pubbliche. 3. Gender mainstreaming nelle politiche sanitarie europee. 4 Per una strategia sanitaria integrata per la medicina di genere nel terzo millennio: etica, economia e diritto come pilastri di sistema.

Abstract

The essay analyses the role of public administration in promoting the right to health from a gender perspective, in light of the principles of planning, equity and effectiveness inherent in administrative and health law and the systemic criticalities influenced by an androcentric vision historically rooted in health and legal systems. The study focuses on the need to systematically integrate gender equity into health policies, overcoming the apparent neutrality of administrative action and promoting differentiated approaches capable of guaranteeing equal access and quality of care. The paper explores the paradigm of gender mainstreaming as a legal and administrative tool for guiding inclusive healthcare governance, also in light of the experiences and guidelines of European institutions. In this context, constitutional law (articles 3 and 32 Constitution) is interpreted in a transformative manner, as a tool for removing specific obstacles and promoting substantive equality. Gender-sensitive medicine emerges as an essential component of a public strategy aimed at implementing fundamental rights to health, consistent with constitutional principles and the administration's duty to operate according to criteria of substantive justice and planning rationality. This is an essential framework for a modern, equitable and inclusive public healthcare system capable of translating legal principles into concrete actions and truly enforceable rights. The paper highlights the strategic role of public communication, understood not only as the transmission of information but as a lever for empowerment, participation and inclusiveness. The adoption of differentiated and gender-sensitive communication models is seen as an enabling condition for the effective enjoyment of the right to health, in line with European guidelines on gender equality, public health and fundamental rights.

* *Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review*

1. Fondamenti giuridici della tutela della salute delle donne: principi costituzionali e diritti fondamentali.

Nel contesto contemporaneo, segnato da un crescente riconoscimento dei diritti fondamentali della persona, ci si interroga con sempre maggiore insistenza sull'effettiva universalità del diritto alla salute. Sebbene tale diritto sia formalmente garantito dall'ordinamento costituzionale e dalle normative sovranazionali, resta aperta la questione se esso sia realmente accessibile a tutti i cittadini, indipendentemente dal genere, dalla condizione socioeconomica o dalla posizione lavorativa.

Già nella Carta di Ottawa (1986) si afferma che "la salute è un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche" (omissis) sottolineando che la health promotion action si propone di "ridurre le differenze nello stato di salute attuale e di assicurare uguali opportunità e risorse affinché tutti possano raggiungere il massimo potenziale di salute". L'Unione europea negli ultimi decenni ha progressivamente aumentato le attività programmatiche in materia di sanità pubblica seguendo tre linee fondamentali: il principio di universalità, garantire una assistenza sanitaria qualitativamente efficace e realizzare l'obiettivo dell'equità nei sistemi sanitari nell'Unione europea[1]. È evidente come l'accesso alla salute non possa più essere concepito come una mera questione individuale, ma vada riconosciuto come una condizione fondamentale per la piena partecipazione alla vita sociale e per la realizzazione personale di ogni individuo. La promozione della salute è riconosciuta quale leva strategica per lo sviluppo personale e sociale, da attuarsi mediante interventi informativi, educazione sanitaria e formazione della popolazione. Affinché tutti possano esercitare un controllo consapevole sulla propria salute è essenziale riconoscere le differenze di genere che ancora oggi influenzano l'accesso, la qualità e l'efficacia delle cure. In quest'ottica, la salute assume una valenza pubblica e collettiva, che implica il dovere delle istituzioni di garantirne l'effettiva fruibilità da parte di tutti, senza discriminazioni legate al genere, all'identità o all'orientamento sessuale. Conseguentemente, le politiche sanitarie, nel rispetto dei principi di equità, universalità e appropriatezza, devono prevedere azioni specifiche volte a superare le disuguaglianze di genere, con particolare attenzione al persistente divario nella salute delle donne in termini di accesso, prevenzione, diagnosi e trattamento[2]. La pandemia da Covid-19 ha agito come un

[1] Direttiva del dicembre 2000, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, all'art. 35, rubricato Protezione della salute sancisce che "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana". Amplius: Strategia UE (2008-2012); il programma Salute 2020 approvato nel 2012 rivolto a ridurre le diseguaglianze di salute e di rafforzare la sanità pubblica; il Terzo programma dell'UE (2014-2020).

[2] Sull'impatto della pandemia, E. CATELANI, M. D'AMICO, (a cura di) Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione, Il Mulino, Bologna, 2021. A. D'ALOIA, Poscritto. Costituzione ed

ISSN 2036-7821

disvelatore epistemologico, mettendo in luce le fragilità strutturali del sistema sanitario e le disuguaglianze nell'accesso e nell'adeguatezza delle cure. Al contempo, ha ridefinito le categorie con cui si interpreta il rapporto tra cittadino e sistema sanitario, evidenziando il diritto alla salute come punto di osservazione privilegiato per le trasformazioni sociali e giuridiche in atto. In questo scenario, il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione, si afferma non solo come oggetto di tutela costituzionale, ma come chiave ermeneutica essenziale per analizzare le condizioni di effettiva uguaglianza tra i cittadini[3]. Il riconoscimento al 1 comma della salute come diritto soggettivo primario e inviolabile, a fondamento della dignità della persona umana[4] rappresenta uno dei cardini dello Stato sociale di diritto.

---

emergenza: verso la fine del tunnel, con qualche speranza e (ancora) con qualche dubbio, in Rivista di Biodiritto, special issue, 1/2020, p. 22 osserva che "Il Coronavirus ha portato allo scoperto una netta graduazione gerarchica tra diritti. Su tutti, la salute come bene supremo, visto nella sua doppia figurazione di diritto individuale e interesse collettivo. È stato detto, e anche questa opinione ha un fondo di verità, che la salute e in realtà un diritto presupposto. Tutti gli altri diritti presuppongono lo stare bene in salute".

[3] Sulla rilevanza del diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale, C. MORTATI, La tutela della salute nella Costituzione italiana, ora in Raccolta di scritti, III, Giuffré1972, 433 ss.; V. ONIDA, Eguaglianza e diritti sociali, in AA.VV., Corte costituzionale e principio di eguaglianza, Padova, 2002, 121-122; C. TUBERTINI, La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali, in Astridonline.it, 2005: R. BALDUZZI, Salute (diritto alla), in S. Cassese (diretto da), Dizionario di diritto pubblico, Milano, 2006; M. CARTABIA, Riflessioni in tema di eguaglianza e di non discriminazione, in Alle frontiere del diritto costituzionale. Scritti in onore di Valerio Onida, Giuffrè, Milano, 2011, 417-441; A. MORRONE, F. MINNI, Il diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale, in Rivista AIC, 3, 2013; M. CARTABIA, La tutela multilivello dei diritti fondamentali. Il cammino della giurisprudenza costituzionale italiana dopo l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, relazione all'incontro tra le corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola (Santiago di Compostela, 16/18-10-2014), in cortecostituzionale.it; A. CAROSI, La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti, in associazionedeicostituzionalisti.rivista.it, 2017, n. 4; A. ZITO, Diritti sociali e principio dell'equilibrio di bilancio: le dinamiche di in rapporto "complicato" nel prisma delle decisioni giudiziali, in Nuove autonomie, 2020, n. 2; C. BUZZACCHI, Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA, in forumcostituzionale.it, 2020, n. 2; C. DI COSTANZO, Allocazione delle risorse e tutela della salute nella giurisprudenza costituzionale, in Diritti fondamentali.it, fasc. 2/2021; C. FORTE, M. PIERONI, La sentenza n.195 del 2024 della Corte costituzionale: commento a prima lettura, in federalismi.it, n.8, 12.3.2025.; Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Raccolta ragionata di Giurisprudenza sul diritto alla salute e sull'organizzazione sanitaria Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Raccolta ragionata di Giurisprudenza sul diritto alla salute e sull'organizzazione sanitaria, in agenas.gov.it.

[4] La dimensione sociale, universale e collettiva del diritto alla salute fu cardine e fulcro dei lavori in costituente. C. GIORGI, Salute per tutti Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi, Laterza, 2025. Su universalismo e uguaglianza, M. BESSONE, L. MONTUSCHI, D. VINCENZI AMATO, S. CASSESE, A. MURA; Rapporti Etico-Sociali Art.29-34; Commentario della Costituzione, a cura di G. BRANCA; Zanichelli e Roma Società Editrice del Foro Italiano; 1976; 146; M. LUCIANI, Il diritto costituzionale alla salute, in Diritto e Società., 1980, 774; B. PEZZINI, Il diritto alla salute: profili costituzionali, Diritto e Società, 1983; M. DOGLIANI, Introduzione al diritto costituzionale, Il Mulino, 1994; B. PEZZINI, Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute, in C.E. GALLO, B. PEZZINI

ISSN 2036-7821

Garantire realmente il diritto alla salute significa riconoscere e rimuovere quegli ostacoli – culturali, normativi e organizzativi – che impediscono a molte persone, in particolare alle donne e alle soggettività non conformi al modello maschile-normativo, di accedere in modo equo ai servizi sanitari. L'equità di genere in campo sanitario spesso è influenzata da elementi esterni al settore sanitario stesso: le cause alla base di molte patologie spesso sono dovute a fattori che esulano dal settore sanitario come i determinanti sociali di equità che possono influenzare gli esiti di salute delle persone più delle influenze genetiche o dell'accesso all'assistenza sanitaria[5], Ma è pur vero che l'art. 32 Cost. deve essere inteso come diritto da garantire in condizioni di equità sostanziale[6].

Nella prospettiva della tutela della salute della donna, il diritto costituzionale alla salute assume una connotazione specifica, in quanto si connette strutturalmente al principio di uguaglianza formale e sostanziale**,** sancito dall'art. 3 Cost., che al primo comma vieta discriminazioni basate sul sesso, mentre il secondo comma impone alla Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano, di fatto, la libertà e l'uguaglianza delle donne[7]. Nel caso specifico delle donne, così come di altre categorie sociali storicamente svantaggiate, si rende imprescindibile un'analisi critica delle ragioni della persistenza delle disuguaglianze di genere nell'accesso ai servizi sanitari e nella qualità delle prestazioni erogate, alla luce dei principi costituzionali di uguaglianza e non discriminazione e degli obblighi

(curr.), Profili attuali del diritto alla salute, Giuffrè, Milano, 1998, 9; L. FERRAJOLI, Manifesto per l'uguaglianza, Laterza, Roma, 2018, p. IX.

[5] Cfr. World Health Organization, World Report on Social Determinants of Health Equity, in Equithttps://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity. L'OMS distingue il benessere oggettivo e soggettivo (indicatori soggettivi di benessere, indici di valutazione personale del proprio stato di salute). L'Istat dal 2013 attraverso i valori di "Benessere equo e sostenibile". (BES) studia i fattori economici, sociali e ambientali dell'Italia che influiscono sui settori essenziali della qualità della vita.

[6] Per M. LUCIANI il diritto alla salute è una "formula sintetica con la quale si esprime la garanzia di una pluralità di situazioni soggettive assai differenziate fra loro e talvolta legate da un nesso tutt'altro che diretto", v. M. LUCIANI, Salute (diritto alla) (voce), in Enc. Giur., XXVII, 1991, 5.

[7] M. FORTINO, Parità dei sessi, in Enc. dir., XXXI, Milano, 1981, P. 703; A.K. SEN, Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia Mondadori, 2000. Per l'A. lo sviluppo è un processo di espansione che si fonda sulle libertà fondamentali godute dagli individui, non solo in termini economici, ma anche sociali, politici e culturali. Questo approccio considera anche la salute, come un aspetto fondamentale dello sviluppo, poiché la capacità di vivere una vita sana e indipendente è una forma di libertà. In questo contesto, la salute femminile è un aspetto fondamentale dello sviluppo, poiché le donne (spesso discriminate e limitate nelle loro libertà) hanno un ruolo cruciale nel processo di sviluppo, sia nella famiglia che nella società. Per Sen le politiche pubbliche devono essere progettate per promuovere la libertà e lo sviluppo umano, garantendo l'accesso alla assistenza sanitaria, all'educazione, al lavoro e a una vita libera da violenza e discriminazione. La sfida dello sviluppo consiste nella lotta alle diverse forme di "illibertà", come la fame, la miseria, la tirannia, l'intolleranza, la deprivazione sociale, la mancanza o carenza di accesso ai servizi pubblici essenziali fra i quali quelli sanitari, che limitano le capacità degli individui di agire. L'illibertà economica può generare illibertà politica o sociale, e viceversa. Per approfondimenti, oltre alla letteratura costituzionale si v. P. GROSSI, Diritti fondamentali e diritti inviolabili nella Costituzione italiana, in Id., Il diritto costituzionale tra principi di libertà e istituzioni, Cedam, Padova, 2008, 2.

ISSN 2036-7821

derivanti dal diritto internazionale e sovranazionale in materia di tutela della salute. L'uguaglianza formale ("senza distinzione di sesso") non implica uniformità, ma riconoscimento della specificità femminile; ciò significa che la salute della donna va tutelata non solo in quanto salute "umana", ma anche tenendo conto di elementi peculiari come la salute riproduttiva, la maternità e i rischi medici di genere correlati[8]. Sul punto, la giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito l'esigenza di garantire l'effettività del diritto alla salute attraverso politiche pubbliche che tengano conto delle specificità di genere, affinché l'uguaglianza sostanziale non rimanga mero principio formale[9]. Difatti, nella giurisprudenza costituzionale nella promozione della parità di genere si individuano tre principali obiettivi: il superamento delle discriminazioni legislative, la tutela della dignità e dei diritti fondamentali delle donne[10], la promozione delle pari opportunità nella vita sociale e lavorativa. Questo principio è quindi, determinante per qualificare la salute delle donne non come una dimensione neutra, ma come un ambito in cui si manifestano ancora disuguaglianze strutturali, legate sia a fattori biologici sia a costruzioni sociali e culturali del genere[11]; a come le pressioni sociali ed economiche influiscano sulla persistente disuguaglianza di genere alimentando una crescente incertezza sul futuro[12]. La questione della salute delle donne non può essere ricondotta alla semplice applicazione di parametri "neutri" o indifferenziati, poiché tali approcci tradiscono l'erronea pretesa di universalità che ha storicamente caratterizzato la

[8] Si pensi ad esempio, alla medicina tradizionalmente basata su modelli maschili di riferimento, alla scarsa attenzione alle patologie tipicamente femminili, alla sottovalutazione del dolore o dei sintomi nelle pazienti donne, o ancora alla difficoltà di accesso ai servizi riproduttivi, psicologici o ginecologici in alcune aree del Paese.

[9] E. NAVARRETTA., Diritti delle donne e parità di genere. Gli itinerari tracciati dalla Corte costituzionale, Forum di Quaderni costituzionali, Rassegna, n. 2, 2024.

[10] In tema di autodeterminazione, si ricorda che la Corte costituzionale ha chiaramente escluso la possibilità di ritenere costituzionalmente legittima la pratica della surrogazione di maternità, anche quando essa venga invocata sul presupposto dell'autodeterminazione femminile. In particolare, con la sentenza n. 272 del 2017, e successivamente con le sentenze n. 33 del 2021 e n. 79 del 2022, la Corte ha sottolineato come tale pratica si ponga in radicale contrasto con i principi fondamentali dell'ordinamento, in quanto "offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane". Essa realizza infatti un'inaccettabile mercificazione del corpo femminile, incidendo in modo particolare sulle donne che versano in condizioni di vulnerabilità economica e sociale, e comporta una reificazione del nato, ridotto a oggetto di un contratto. Corte cost. 18 dicembre 2017, n. 272, in Foro it., 2018, I, 21, con nota di G. CASABURI, in Giur. cost., 2017, 2990, con nota di S. NICCOLAI, in Nuova giur. civ. comm., 2018, 546, con note di A. GORGONI e U. SALANITRO, in Corr. giur., 2018, 449, con nota di G. FERRANDO. Corte cost. 9 marzo 2021, n. 33, in Foro it., 2021, I, 1938, in Giur. cost., 2021, 3, 321, con note di F. ASTONE e F. RIMOLI, in Fam. dir., 2021, 684, con note di M. DOGLIOTTI e G. FERRANDO, in Familia, 2021, 391, con note di A. MORACE PINELLI e N. CHIRICALLO, in Nuova giur. civ. comm., 2021, 609 e 919, con note di B. Cecchini, E. Bilotti e G. D'Amico, in Giur. it., 2022, 2, 301, con nota di V. CALDERAI.

[11] L. GIANFORMAGGIO, Eguaglianza formale e sostanziale: il grande equivoco, in Foro. it., 1996, I, 1961 ss.; A. D'ALOIA, Una riflessione sulle trasformazioni del diritto alla salute, in Riv. BioDiritto, 2014, 87 ss.; M. D'AMICO, Una parità ambigua. Costituzione e diritti delle donne, Raffaello Cortina editore, Milano, 2020, 152 ss.

[12] Il Report del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) fra le azioni raccomandate include quella di rendere la genitorialità più accessibile attraverso investimenti in alloggi, lavoro dignitoso, congedi parentali retribuiti e accesso a servizi completi per la salute riproduttiva.

ISSN 2036-7821

costruzione giuridica del soggetto. In questa prospettiva si colloca la riflessione di Stefano Rodotà, il quale critica l'astrazione del soggetto giuridico come entità neutra, disincarnata e separata dal corpo, evidenziando come una "diversa descrizione del mondo" imponga di riconoscere e valorizzare la peculiarità del corpo della donna[13]. Tale riconoscimento sottrae il corpo alla sua storica invisibilità giuridica e lo riporta al centro del discorso normativo, trasferendo sul piano relazionale ciò che era rimasto confinato nell'idea individualista di soggettività. Ne deriva l'esigenza di ripensare l'intervento pubblico in materia sanitaria secondo logiche che non siano formalmente egualitarie ma sostanzialmente eque, capaci di cogliere le specificità biologiche, sociali e culturali che caratterizzano l'esperienza femminile nella salute. Rodotà ritiene superata l'idea del soggetto di diritto come entità neutra, universale, indipendente dal corpo, priva di caratteristiche concrete come il genere, la fragilità, la relazionalità. Questa visione che ha dominato a lungo la tradizione giuridica occidentale, rappresentando l'individuo come isolato, autosufficiente, maschile e svincolato dalle condizioni materiali della propria esistenza, che ignora le specificità corporee e, che di fatto, ha reso invisibili le donne nel diritto non regge più, soprattutto quando si analizzano i diritti legati al corpo, come nel caso della maternità, della procreazione, della salute, della sessualità**.** n questo contesto, parlare del corpo - e in particolare del corpo femminile - significa riconoscere la dimensione concreta e situata della soggettività, superando la nozione di soggetto come mera "titolarità astratta di diritti"[14]. Questa visione relazionale della persona conduce ad una ridefinizione del rapporto tra diritto e corpo**,** che non è più oggetto passivo di protezione, ma luogo generativo di relazioni giuridiche e sociali. Significa spostare l'attenzione del soggetto come "titolarità astratta di diritti" alla persona concreta, immersa in relazioni sociali, affettive, materiali. La corporeità diventa, così, elemento strutturante della soggettività giuridica e fondamento per una progettualità normativa più attenta alla differenza**,** all'interdipendenza e alla vulnerabilità**,** in particolare nel campo della salute e della biogiuridica. Una conferma delle conseguenze negative della considerazione del diritto alla salute per alcune categorie come un diritto astratto o neutro, si rinviene ad esempio, in merito alla crisi di natalità: come rilevato da Natalia Kanem, direttore Esecutivo dell'UNFPA (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione) e Sottosegretario Generale delle Nazioni Unite, dove per le donne spesso, il problema "è la mancanza di scelta, non di

[13] S. RODOTÀ, Il diritto di avere diritti, Roma-Bari, 2012, 163, critica l'astrazione giuridica del soggetto che "in nome di una diversa descrizione del mondo fa emergere la peculiarità del corpo della donna e, in questo modo, impone di dare rilevanza al corpo in sé considerato; trasferisce sul terreno delle relazioni ciò quel che prima era chiuso nella considerazione del soggetto come entità separata".

[14] M. D'AMICO, Una parità ambigua. Costituzione e diritti delle donne, Milano, 2020, 152 ss.

ISSN 2036-7821

desiderio, con gravi conseguenze per gli individui e le società"[15].

In questo scenario va riconosciuto il ruolo della Corte costituzionale che ha progressivamente consolidato un'interpretazione relazionale del principio di eguaglianza, orientata al riconoscimento delle specificità soggettive e, in particolare, alla valorizzazione delle condizioni personali della donna. Tale approccio ha condotto l'interprete costituzionale a intervenire più volte in ambito di tutela della salute riproduttiva, incidendo in modo significativo sulla disciplina normativa in materia di procreazione medicalmente assistita, al fine di garantire un bilanciamento effettivo tra diritti fondamentali e pari dignità sociale. In continuità con l'orientamento volto a garantire una tutela effettiva dei diritti fondamentali, la Corte costituzionale - con le sentenze n. 286 del 2016 e n. 131 del 2022 - ha statuito che il principio di unità familiare, seppur riconosciuto dall'ordinamento costituzionale, non può essere interpretato in modo da comprimere i diritti individuali dei membri della famiglia, in particolare delle donne. La Corte ha sottolineato come l'unità familiare non possa legittimare, neppure in via indiretta, sacrifici imposti in maniera unilaterale, in quanto ciò contrasterebbe con il principio di eguaglianza sostanziale sancito dall'art. 3, co. 2, Cost. In tale prospettiva, l'eguaglianza assume una funzione correttiva e promozionale, imponendo allo Stato non solo di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, ma anche di evitare che assetti normativi o culturali, apparentemente neutri, producano effetti discriminatori in ambito sanitario e relazionale. L'accesso equo alla salute, in questo contesto, richiede il riconoscimento delle specificità di genere, nonché una piena considerazione dell'autonomia decisionale della donna, specie in ambiti sensibili come la salute riproduttiva e la procreazione medicalmente assistita.[16].

L'emergenza sanitaria ha reso evidente una gerarchizzazione implicita dei diritti fondamentali, nella quale il diritto alla salute è emerso come bene supremo, capace di comprimere o ridimensionare altri diritti e libertà individuali[17]. Il diritto alla salute,

[15] A. FONZI, Diritto alla salute e parità di genere. Riflessioni sulle forme di "discriminazione sanitaria, Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione, fasc.2, 2025; F. PARUZZO, La dimensione dell'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'effetto della pandemia di Covid -19, Federalismi, n.3, 30/01/2023; I. CORTI, Covid-19 e diritti delle donne: gli effetti "non neutrali" della pandemia, Heteroglossia. Quaderni di Linguaggi e Interdisciplinarità», 18, 2022, Edizioni Università di Macerata, riviste.unimc.it, 65-83. G. CARBONI, Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale, Federalismi.it, aprile, 2020, 278; A. ARENA, Emergenza e libertà fondamentali nel mercato unico, in S. STAIANO (a cura di), Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19, ,Editoriale Scientifica, Napoli, 2020, 357 ss

[16] E. NAVARRETTA, Diritti delle donne e parità di genere. Gli itinerari tracciati dalla Corte costituzionale, in Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna, 2024, 206 ss. La Consulta con le sentenze n. 286 del 2016 e n. 131 del 2022 ha chiarito che l'unità non può porsi in antitesi all'eguaglianza, né fungere da criterio legittimante per imposizioni asimmetriche all'interno dei rapporti familiari, affermando che "unità ed eguaglianza non possono coesistere se l'una nega l'altra" (sentenza n. 131/2022).

[17] A. D'ALOIA, Poscritto. Costituzione ed emergenza: verso la fine del tunnel, con qualche speranza e (ancora) con qualche dubbio, in Rivista di Biodiritto, special issue, 1/2020, p. 22 osserva che "Il Coronavirus ha portato allo

ISSN 2036-7821

letto in combinato disposto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione, impone infatti una rilettura del concetto di uguaglianza che superi la dimensione meramente formale e si orienti verso un modello di equità ed eguaglianza sostanziale, capace di guidare l'azione pubblica secondo criteri di giustizia, differenziazione e proporzionalità nella distribuzione delle tutele e delle risorse[18]. Il concetto di uguaglianza affermato dal secondo comma dell'art.3 Cost. va ripensato: non può essere ridotto alla sola parità formale, ma deve orientarsi verso un'equità sostanziale, capace di riconoscere e garantire pienamente il diritto alla salute, delle donne. Le differenze, naturali o culturali che siano, come osservato in dottrina, rappresentano i tratti specifici e irripetibili che distinguono e al tempo stesso identificano le persone, e che in quanto tali devono essere riconosciute e tutelate. Le diseguaglianze, invece, nascono da disparità sociali ed economiche, ovvero dalle diverse condizioni di potere e subordinazione tra gli individui, e per questo devono essere contrastate.[19].

Questo è particolarmente evidente nell'ambito della sanità, dove le differenze biologiche e i bisogni specifici, lungi dall'essere riconosciuti e valorizzati, sono spesso trascurati da sistemi sanitari modellati su standard maschili. Le carenze strutturali e culturali nella medicina di genere, la sottorappresentazione delle donne nei trial clinici, l'insufficiente attenzione alle patologie femminili e l'asimmetria nell'accesso alle cure riflettono non semplici diversità, ma vere e proprie diseguaglianze radicate in rapporti storici di potere e marginalizzazione. Tali squilibri non derivano dalla neutralità del sapere medico o dalla scarsità di risorse, ma da un assetto sociale che continua a considerare l'esperienza femminile come secondaria. Realizzare una piena

---

scoperto una netta graduazione gerarchica tra diritti. Su tutti, la salute come bene supremo, visto nella sua doppia figurazione di diritto individuale e interesse collettivo. È stato detto, e anche questa opinione ha un fondo di verità, che la salute e in realtà un diritto presupposto. Tutti gli altri diritti presuppongono lo stare bene in salute".

[18] Sul principio di eguaglianza fra gli altri, L. PALADIN, Il principio costituzionale d'eguaglianza, Giuffrè, Milano, 1965; ID., Eguaglianza (dir. cost.), in Enciclopedia del diritto, p. 520; A. CERRI, L'eguaglianza nella giurisprudenza della Corte costituzionale, Giuffrè, Milano, 1976; U. ROMAGNOLI, Art. 3, co. 2 Cost., in G. BRANCA (a cura di), Commentario della Costituzione, I principi fondamentali. Art. 1- 12 Costituzione, Zanichelli, Bologna, 1980, pp. 162 -198; B. CARAVITA, Oltre l'eguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma secondo della Costituzione, Cedam, Padova, 1984; L. FERRAJOLI, La differenza sessuale e le garanzie dell'uguaglianza, in Democrazia e diritto, fasc. n. 2/ 1993, 49 – 73; N. BOBBIO, Eguaglianza e libertà, Einaudi, Torino, 1995; A. D'ALOIA, Eguaglianza sostanziale e diritto diseguale: contributo allo studio delle azioni positive nella prospettiva costituzionale, Cedam, Padova, 2002; AA. VV., Corte costituzionale e principio di eguaglianza, Atti del Convegno in ricordo di Livio Paladin, Cedam, Padova, 2002; A. CELOTTO, Art. 3, co. 1 Cost., in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), Commentario della Costituzione, Volume primo, Utet, Torino, 2006, 73; A. Giorgis, Art. 3, co. 2 Cost., in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), Commentario della Costituzione, Volume primo, Utet giuridica, Torino, 2006, pp. 88 – 113; G.P. DOLSO, Art. 3 Cost., in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), Commentario breve alla Costituzione, 2° edizione, Cedam, Padova, 2008, pp. 15 ss; F. SORRENTINO, Eguaglianza, Giappichelli, Torino, 2011.

[19] In tal senso, L. FERRAJOLI in Principia iuris. Teoria del diritto e della democrazia, Vol. 1, Teoria del diritto, Laterza, Roma-Bari, 2007, 790 osserva che "Le differenze – siano esse naturali o culturali – altro non sono che i connotati specifici e irripetibili che differenziano e al tempo stesso individuano le persone e che sono in quanto tali tutelati dai diritti fondamentali'. Le diseguaglianze, invece, "siano esse economiche o sociali – sono le disparità tra soggetti prodotte dalla diversità (...) delle loro posizioni di potere e di soggezione".

ISSN 2036-7821

uguaglianza sostanziale in materia di salute implica il superamento delle diseguaglianze strutturali, al fine di evitare che le differenze divengano fattori di esclusione e, invece, siano garantite come componenti essenziali dei diritti fondamentali. Affinché sia garantita equità reale è necessario rimuovere quegli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e che in ambito sanitario si traducono in un accesso equo a servizi di prevenzione, ad una diagnosi e cura specifici per le donne, nella lotta alla disparità nei percorsi di cura; alla promozione di una medicina di genere[20]. Principio, che a sua volta, si ricollega a quelle che Sen definisce libertà sostanziali come la libertà di sfuggire alle privazioni, alla libertà della partecipazione politica, di fruire dei servizi pubblici, dell'alfabetizzazione: elementi di rafforzamento di un sistema democratico e componenti essenziali del processo di sviluppo[21]. Ancora oggi fattori come il genere, le condizioni socioeconomiche, l'etnia, l'orientamento sessuale, la disabilità, continuano a essere motivo di discriminazioni e stigmatizzazioni, oltre a contribuire alle disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria. A fare la differenza è soprattutto in quale parte del mondo si nasce: la disuguaglianza non si limita solo alla dimensione reddituale, ma comprende forme più profonde di non equità ad istruzione insufficiente, accesso diseguale alla sanità ed a fenomeni di esclusione sociale[22]. La strada per un equo

[20] V. DUBINI, La medicina di genere, in Percorsi di Eguaglianza, a cura di F. RESCIGNO, Giappichelli, Torino, 2016, 108 ss.

[21] A. SEN, Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia, Mondadori, 2000. L'A. osserva che la vera libertà è la libertà dal bisogno. Inoltre, esistono libertà multiple e interconnesse come le infrastrutture economiche, le libertà politiche, le occasioni sociali che lo Stato ha il dovere di salvaguardare per implementare le libertà delle persone e per generare sviluppo. Secondo Sen, "... nella prospettiva delle capacità umane - capability -, cioè ciò che le persone sono effettivamente in grado di essere e di fare e che devono essere accresciute. Non cure uguali per tutti, ma cure tali per cui tutti possano avere uguali possibilità di godere di buona salute". e la portata del ruolo attivo delle donne all'interno della società si correla in maniera significativa a due fenomeni di rilevanza demografica e sanitaria: la riduzione del tasso di fertilità e il decremento della mortalità infantile. Tali dinamiche dimostrano come l'empowerment femminile non solo incida positivamente sul piano dei diritti individuali, ma produca effetti sistemici in termini di salute pubblica, sviluppo sostenibile e promozione dell'eguaglianza sostanziale. Dello stesso Autore, La diseguaglianza, Il Mulino, Bologna,1994 e Uguali e diversi davanti alla salute, caffeeuropa.it/attualità.

[22] S. STAIANO, Per un nuovo paradigma giuridico dell'eguaglianza, Atti del Convegno 19-25 giugno2015, in Quaderni del Gruppo di Pisa, 2016, 413 ss., gruppodipisa.it. L'A. sottolinea che l'articolo 3 della Costituzione richiede un diritto dis-eguale per garantire la pari dignità sociale e critica l'eccessivo ruolo della Corte costituzionale, attribuendo al legislatore la responsabilità di affrontare le diseguaglianze con politiche "forti" proponendo un modello multidimensionale ispirato alla teoria delle capacità di Amartya Sen e Martha Nussbaum, che valuta la diseguaglianza in termini di risorse, capacità e funzionamenti. La diseguaglianza per Staiano è un problema strutturale, aggravato dalla concentrazione d) redditi e ricchezze, e richiede interventi normativi e politiche legislative mirate. Staiano invita la comunità giuridica a collaborare per costruire un paradigma capace di rispondere alle trasformazioni sociali ed economiche, promuovendo una democrazia sostanziale e inclusiva che valorizzi le diversità e garantisca la dignità sociale e la partecipazione effettiva di tutti i cittadini.

ISSN 2036-7821

sviluppo economico e sociale passa necessariamente attraverso il ruolo attivo delle donne e il loro benessere, indissolubilmente intrecciati [23]

Tuttavia, nonostante il riconoscimento costituzionale, si rileva che l'universalità dell'accesso alla salute è sovente compromessa da fattori strutturali: disuguaglianze territoriali, carenze nella medicina di genere, disparità economiche, carico di cura non retribuito, e discriminazioni multiple (es. intersezione tra genere, etnia, disabilità).

Nell'attuale configurazione delle politiche sanitarie, una delle criticità più rilevanti risiede proprio nella sistematica sottovalutazione del profilo di genere, che continua a rappresentare una dimensione marginale nella programmazione e nell'attuazione degli interventi pubblici in ambito sanitario. In particolare, l'analisi dei dati sulla salute delle donne mette in luce come le diseguaglianze di genere continuino a incidere in modo significativo sull'accesso, sulla qualità e sull'equità delle cure sanitarie dimostrando in modo palese come il principio di universalità, che dovrebbe ispirare l'intero sistema sanitario, sia disatteso, non per assenza di norme, ma per carenze strutturali e culturali che rendono invisibili le specificità femminili nei percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento. Lacune che si traducono in un deficit di tutela per la salute delle donne, il quale si manifesta non solo in termini di accesso diseguale alle cure, ma anche nella mancata considerazione delle specificità biologiche e socioculturali femminili all'interno dei percorsi diagnostici, terapeutici e preventivi

- La Legge n. 3/2018[24], nota come legge Lorenzin, ha introdotto per la prima volta nel contesto normativo italiano il concetto di medicina di genere in tutte le sue applicazioni, estendendolo sia alla sperimentazione clinica e farmacologica (art. 1), sia all'intero percorso clinico-assistenziale. In particolare, l'articolo 3, comma 5, ha previsto misure specifiche per l'implementazione e la diffusione della medicina di genere all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, successivamente dettagliate nel Decreto del Ministero della Salute del 13 giugno 2019, che ha sancito l'approvazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere e del Piano concernente la formazione nazionale per la medicina di genere nonché l'istituzione di un Osservatorio nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità dedicato alla medicina di genere. Il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere è concepito come un approccio interdisciplinare, volto a integrare le diverse aree delle scienze mediche e delle scienze umane,

[23] A: SEN, Op. cit., "quando le donne stanno bene, tutto il mondo sta meglio".

[24] Legge n. 3/2018 (cd. Legge Lorenzin), 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. pubblicata sulla G.U. del 31.01.2018. Viene altresì, previsto il Piano Nazionale della Cronicità.

ISSN 2036-7821

con l'obiettivo di incorporare sistematicamente le differenze di genere nei processi di ricerca, prevenzione, diagnosi e trattamento**.** Tale impostazione mira a garantire **l'**appropriatezza clinica e scientifica delle pratiche sanitarie, favorendo al contempo la promozione e il sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale orientata alle specificità di genere. Per quanto riguarda il Piano nazionale per la formazione in medicina di genere, la normativa ne attribuisce la predisposizione al Ministro della Salute, d'intesa con il Ministro dell'Università e della Ricerca, evidenziando la necessità di un raccordo strutturale tra le politiche sanitarie e il sistema universitario. Questa previsione normativa riflette la consapevolezza che la tutela del diritto alla salute in una prospettiva di genere richiede un costante aggiornamento scientifico e culturale, in linea con le evoluzioni della ricerca accademica e con l'avanzamento delle conoscenze che trovano nell'Università uno dei principali motori di innovazione.

- Tale intervento normativo, pur con valenza prevalentemente programmatica, rappresenta un tentativo di colmare un vuoto normativo e culturale preesistente che ha storicamente escluso le specificità femminili dai modelli clinici di riferimento, dai protocolli di sperimentazione farmacologica e dai percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati. Tuttavia, nonostante l'intento del legislatore, permangono rilevanti criticità sul piano attuativo**,** legate in particolare alla frammentazione istituzionale, alla mancanza di risorse dedicate, e all'assenza di un obbligo normativo stringente che assicuri l'uniforme applicazione del principio su tutto il territorio nazionale. Il comma 6 dell'articolo 3 introduce una significativa limitazione attuativa, prevedendo che i due Piani e l'Osservatorio sulla medicina di genere siano realizzati nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, e quindi senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Tale clausola di invarianza finanziaria, pur frequente nella tecnica legislativa, finisce per ridimensionare fortemente la portata innovativa della norma, affidando l'attuazione di obiettivi complessi - come l'integrazione strutturale della medicina di genere nel SSN - alle sole risorse ordinarie già in essere presso le amministrazioni sanitarie, senza alcun incremento specifico di fondi o personale[25]. Ne deriva un potenziale scollamento tra l'ambizione programmatica della disposizione e la sua effettiva implementazione operativa, con il rischio di comprometterne l'impatto trasformativo sul piano organizzativo e formativo.
- Per superare tali limiti, è necessario rafforzare la cogenza giuridica delle

[25] S. UNGARO, Trasparenza amministrativa e clausola di invarianza finanziaria: è davvero possibile? in forumpa.it, 2013.

ISSN 2036-7821

disposizioni esistenti, assicurandone la concreta e sistematica attuazione in tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale: dal Ministero della Salute e i suoi enti vigilati, alle Regioni, fino alle aziende sanitarie locali e ospedaliere, promuovendo un approccio integrato, strutturato e realmente gender-sensitive. A partire dal 2020, le Regioni hanno progressivamente avviato il recepimento del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere attraverso l'adozione di Piani Regionali dedicati e la costituzione degli organismi preposti all'attuazione delle relative linee di indirizzo e la nomina di un referente regionale.

- La mancanza di modelli organizzativi orientati al genere, la carenza di risorse dedicate, nonché la scarsa disponibilità di personale sanitario adeguatamente formato in materia, continuano a rappresentare ostacoli concreti all'effettiva implementazione dei principi della medicina di genere nella pratica clinica e nei sistemi sanitari regionali. Tale quadro evidenzia un disallineamento sostanziale tra le previsioni normative e la loro effettiva applicazione, ponendosi in palese contrasto con il principio di universalità dell'assistenza sanitaria, fondamento costituzionale e giuridico del Servizio Sanitario Nazionale. Come stabilito dall'art. 1 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m., il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, *in condizioni di eguaglianza*, l'accesso alle prestazioni sanitarie necessarie. Tuttavia, la perdurante assenza di modelli organizzativi strutturati secondo una prospettiva di genere, unita alla scarsità di risorse dedicate e alla limitata formazione del personale sanitario, configura una disparità sistemica nell'erogazione dei servizi, che rischia di tradursi in una violazione del diritto alla salute nella sua accezione più piena e inclusiva. In tale contesto, le succitate criticità non rappresentano solo una criticità sul piano operativo, ma una lacuna strutturale che incide sulla qualità, sull'equità e sull'efficacia del sistema sanitario. Non si può negare che l'universalismo formale si scontra con barriere strutturali e culturali che compromettono l'effettiva fruibilità del diritto alla salute da parte delle donne, rendendo l'universalità non pienamente realizzata in termini sostanziali. L'universalismo non può ridursi a un concetto vuoto e astratto; nel contesto delle politiche pubbliche, e in particolare nell'organizzazione dei servizi sanitari, esso non può restare un principio meramente dichiarativo, ma deve tradursi in un criterio operativo orientato al conseguimento di risultati concreti, idonei a rimuovere le diseguaglianze effettivamente radicate nel tessuto sociale [26].Tale processo è realizzabile solo attraverso un adeguamento delle norme giuridiche alle concrete condizioni esistenziali dei soggetti. In tale

[26] C. GIORGI, G. VICARELLI, Universalismo e diritto alla salute: il percorso italiano, Laboss, 2023. M.C. NUSSBAUM, Diventare persone. Donne e universalità dei diritti, il Mulino, Bologna, 2001.

ISSN 2036-7821

direzione si colloca il percorso interpretativo intrapreso dalla Corte costituzionale, fondato su una concezione relazionale dell'eguaglianza, che valorizza le specificità della condizione femminile[27] e garantisce un adeguamento del diritto alle esigenze concrete delle donne. In tale prospettiva, la Corte ha assunto un ruolo centrale nella tutela della salute della donna, intervenendo anche sulla normativa in materia di procreazione medicalmente assistita, al fine di assicurare il rispetto dell'autonomia, della dignità e dell'integrità psico-fisica delle donne nei percorsi riproduttivi. Esso richiede che l'amministrazione pubblica garantisca l'effettivo conseguimento di risultati concreti, in termini di accessibilità, qualità ed equità delle prestazioni, assicurando una distribuzione delle risorse coerente con il principio di eguaglianza sostanziale (art. 3, co. 2, Cost.)[28]. Il mancato riconoscimento istituzionale delle differenze di genere quindi, non solo mina la piena attuazione del diritto alla salute, ma indebolisce anche il principio di eguaglianza sostanziale, che impone allo Stato un obbligo attivo di rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la parità tra uomini e donne nel godimento dei diritti fondamentali. In questo quadro, il diritto alla salute si configura come formalmente universale, ma sostanzialmente parziale, evidenziando l'urgenza di un approccio giuridico e sistemico capace di integrare in modo strutturale la dimensione di genere nelle politiche pubbliche sanitarie[29]. Ciò implica, nel quadro dell'organizzazione sanitaria una profonda trasformazione del principio universalistico, che da criterio astratto di pari trattamento si configura oggi come strumento dinamico di giustizia distributiva, idoneo a rimuovere le disuguaglianze sostanziali che attraversano il tessuto sociale, inclusi i persistenti divari di genere nell'accesso ai servizi pubblici essenziali, come quelli sanitari. Ciò implica un cambiamento sistemico, volto a ridefinire processi, protocolli clinici, percorsi assistenziali e criteri di programmazione sanitaria secondo una logica inclusiva e sensibile al genere. In questa direzione, appare necessario "cambiare le regole del gioco", spostando l'attenzione dalle scelte individuali all'implementazione di politiche sanitarie pubbliche capaci di rendere la medicina di genere una componente stabile e trasversale del sistema. L'azione amministrativa, orientata al soddisfacimento dei Livelli Essenziali delle

[27] La Corte ha assunto un ruolo centrale nella tutela della salute delle donne, intervenendo anche sulla normativa in materia di procreazione medicalmente assistita, al fine di garantire il rispetto dell'autonomia, della dignità e dell'integrità psico-fisica della donna nei percorsi riproduttivi.

[28] R. SPAGNUOLO VIGORITA, Semplificazione e sostituzione dalla legge "Madia" al decreto-legge n. 76/2020: il ruolo dell'amministrazione nelle politiche di sviluppo economico e sociale, Munus, Editoriale Scientifica, 2020, 347 -365.

[29] M. DE FEDERICIS, Salute e genere. Una prospettiva costituzionale, in BioLaw Journal, 2022, n. 1, 115-130.

ISSN 2036-7821

Prestazioni (LEP) di cui all'art. 117, co.2, lett. m), Cost., deve dunque modulare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modo proporzionato, differenziato e adeguato ai bisogni effettivi delle persone, e non secondo logiche uniformi e indifferenziate. In quest'ottica, il principio di universalismo sanitario assume una valenza concretamente precettiva, vincolando l'amministrazione a programmare, allocare e gestire le risorse pubbliche in funzione del raggiungimento di obiettivi sostanziali di equità.

- L'integrazione della prospettiva di genere nella sanità pubblica richiede un'attenta considerazione delle criticità organizzative e finanziarie legate all'erogazione e alla gestione dei servizi. Tali vincoli, tuttavia, non possono costituire un alibi per l'inerzia istituzionale di fronte a disuguaglianze strutturali e persistenti. Ciò comporta un dovere di valutazione ex ante dell'impatto delle politiche sanitarie in funzione del genere, mediante strumenti di analisi differenziale e raccolta sistematica di dati disaggregati. Qualora emergano asimmetrie sistemiche a svantaggio delle donne, le quali, specie in condizioni lavorative precarie o autonome accedono con maggiore difficoltà a percorsi diagnostico-terapeutici tempestivi, prevenzione, servizi psicosociali e assistenza integrata, è necessaria l'adozione di misure di riequilibrio, in attuazione del principio di uguaglianza sostanziale.[30].

2. Equità di genere e salute: dalla consapevolezza alla riforma delle politiche pubbliche.

In tale prospettiva, la governance sanitaria assume un ruolo strategico nella regolazione delle politiche pubbliche in materia di salute, fungendo da strumento normativo e organizzativo per il superamento delle disuguaglianze di genere. Tuttavia, nonostante il riconoscimento costituzionale della salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse primario della collettività, essa si configura oggi come uno degli ambiti più complessi e in continua evoluzione all'interno dell'ordinamento pubblico, esponendosi a tensioni tra istanze etiche, esigenze di eguaglianza sostanziale e vincoli economico-organizzativi. Come innanzi detto, l'effettività di tale diritto risente di fattori strutturali, economici, culturali e di genere e l'emergere della medicina di genere quale paradigma interpretativo e operativo nella programmazione sanitaria ha contribuito a evidenziare ancor di più le diseguaglianze strutturali che interessano, in modo particolare, la salute femminile. Tali disparità si manifestano tanto sul piano della prevenzione quanto su quello dell'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici, rivelando criticità sistemiche nei

[30] Si v. Ministero della Salute – Rapporto sulla salute della donna, ultima edizione. O.N.Da – Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere; ISTAT, Rapporto annuale sulla situazione del Paese – sezioni su salute, lavoro e genere, Piano di uguaglianza di genere 2024-2026, istat.it.

ISSN 2036-7821

modelli attuali di organizzazione dei servizi sanitari. In tale scenario, accanto alle sfide di natura tecnologica e professionale, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si confronta oggi con criticità sistemiche che investono in modo diretto tanto i livelli amministrativi regionali quanto le scelte di indirizzo politico. Tali criticità incidono sulla capacità dell'apparato pubblico di organizzare e programmare in modo coerente ed efficace le politiche sanitarie, chiamate a garantire non soltanto l'efficienza dei servizi, ma anche la loro equità distributiva e la sostenibilità nel medio-lungo periodo. Difficoltà che incidono sulla promozione della salute e sull'impegno verso l'equità di genere, dimensione troppo spesso trascurata nelle politiche sanitarie. Seppure la promozione della salute delle donne sia formalmente riconosciuta come priorità strategica del Servizio Sanitario Nazionale il profilo di genere in campo sanitario spesso è trascurato o assente[31]. Ciò nonostante, essa rappresenta non soltanto un settore di intervento specifico, ma anche un indicatore trasversale della qualità, dell'efficienza e dell'equità delle politiche pubbliche: la salute si configura quale parametro essenziale per la misurazione del livello complessivo di giustizia sociale, rappresentando un diritto fondamentale a contenuto plurimo e interdipendente, funzionale all'effettivo godimento di altri diritti civili, politici, economici e sociali. La salute, in quanto diritto fondamentale riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione, non può essere considerata in modo isolato, ma deve essere interpretata come diritto strumentale e interrelato rispetto all'intero sistema dei diritti fondamentali. Essa rappresenta, infatti, un indicatore primario di giustizia sociale, nella misura in cui costituisce una condizione necessaria per il pieno e concreto esercizio dei diritti civili (come la libertà personale e la partecipazione alla vita sociale), dei diritti politici (come il diritto alla rappresentanza e alla partecipazione democratica) e dei diritti economici e sociali (tra cui il diritto al lavoro, all'istruzione, alla previdenza e all'assistenza). La mancata o diseguale garanzia del diritto alla salute produce effetti discriminatori a cascata, ostacolando l'accesso paritario ad altri diritti e contribuendo al consolidamento delle disuguaglianze socioeconomiche, di genere e territoriali. Tale impostazione è coerente con le più recenti elaborazioni della dottrina costituzionalistica e con l'evoluzione del diritto internazionale dei diritti umani, secondo cui la salute non è solo assenza di malattia, ma stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e come tale deve essere promossa mediante politiche pubbliche inclusive, universalistiche e orientate all'equità. Il divario di genere nell'accesso e nella fruizione del diritto alla salute, come opportunamente sottolineato da Marta Cartabia[32], non può essere analizzato in modo disgiunto rispetto ad altri principi

[31] I. CIOLLI, La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, Riv. BioDiritto, n. 2, 2019.

[32] Sulla accelerazione verso l'universalizzazione dei diritti fondamentali, M. CARTABIA, L'universalità dei diritti umani nell'età dei «nuovi diritti» in Quaderni costituzionali / a. XXIX, n. 3, settembre 2009, p.552 ss.; della stessa

ISSN 2036-7821

fondativi dell'architettura costituzionale, come il principio di eguaglianza sostanziale, il diritto alla salute e la centralità della persona nella sua dignità. L'approccio costituzionale, dunque, esige che la questione dell'equità di genere nella salute venga letta in chiave intersezionale, nella consapevolezza che il diritto non è neutro, ma riflette e riproduce se non adeguatamente orientato, le asimmetrie sociali esistenti[33]. L'affermazione secondo cui non si può parlare di uguaglianza senza parlare di salute, di dignità e di autonomia economica per le donne impone un approccio integrato e sistemico, che riconduca la questione sanitaria all'interno del più ampio paradigma dei diritti fondamentali, nella loro dimensione interdipendente e indivisibile[34]. Orbene, se "i diritti costituzionalmente protetti sono diritti alla propria differenza"[35], ne consegue che l'uguaglianza non può ridursi nell'appiattimento delle identità o nel trattamento uniforme, ma deve mirare alla piena valorizzazione delle specificità personali, culturali e biologiche. In ambito sanitario, ciò assume un rilievo cruciale nel rapporto tra il sistema di cure e la condizione femminile. Riguarda la necessità di garantire un accesso concreto ed efficace alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura di patologie che colpiscono prevalentemente o esclusivamente le donne; di promuovere la ricerca clinica che tenga conto delle differenze di genere; di tutelare la salute riproduttiva e psicofisica in tutte le fasi della vita. La salute delle donne non può essere considerata come una

A., La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana, Quaderni Costituzionali, fasc. 2/2012, 455-468; Relazione annuale sull'attività della Corte costituzionale nel 2019, pubblicato il 28 aprile 2020, dove si sottolinea la necessità di rafforzare il principio di leale collaborazione, specie nel dialogo con il Legislatore e lo sviluppo della cooperazione inter-giurisdizionale nella protezione dei diritti fondamentali.

[33] Su una definizione della nozione di genere, cfr. J. Scott, Il genere: un'utile categoria di analisi storica, in P. Di Cori (a cura di), Altre storie. La critica femminista alla storia, Bologna 1996, 307 (ed. orig. Gender: A Useful Category of Historical Analysis, 1987). O. GIOLO, M. G. BERNARDINI, La medicina di genere nella prospettiva filosofico-giuridica: una "teoria critica" del sapere medico? in www.gendermedjournal.it, 2015. Tuttavia, va rilevato che nella letteratura giuridico sociologica ciò che viene definito "neutro" è stato rappresentato con una prospettiva maschile dominante. Fin dalle sue origini, la critica sugli studi di genere ha cercato di mettere in luce questo meccanismo, mostrando come il soggetto giuridico (e anche quello politico e culturale) sia in realtà modellato ancora sull'identità maschile, pur presentandosi come valido per tutti. Per attuare una trasformazione reale delle rappresentazioni non basta una presa di coscienza individuale: serve un cambiamento politico strutturale e culturale profondo che punti a trasformare la società e a riconoscere i soggetti nella loro pluralità, cioè donne, persone LGBTQIA+, minoranze ecc.

[34] L'art. 32 Cost. esplicita un principio caleidoscopico e a matrice plurima, poiché coinvolge una molteplicità di interessi, individuali, collettivi, economici e sociali, che devono essere costantemente bilanciati tra loro. A. MAZZOLA, Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale, fasc.2/2021, consultaonline.it; L. PALAZZANI, Distribuzione delle risorse limitate: criteri etici per l'equità dell'accesso alle cure, in Diritto alla salute e alla sua tutela. La sanità e la salute dopo la pandemia, cortiledeigentili.com, 41 ss.; E. LONGO, P. DE CASTRO, P. POPOLI, A. M. GIAMMARIOLI, Benessere ed equità nella salute: un approccio di genere in Rapporti ISTISAN, Benessere e gestione dello stress secondo il modello biopsicosociale: focus su scuola, università e sanità (a cura di) C. AGUZZOLI, A. DE SANTI, A. GERACI, 4/2021, iss.it.

[35] S. STAIANO, Op.cit., p.431.

ISSN 2036-7821

'variante' del paradigma maschile, ma va riconosciuta come un ambito autonomo, portatore di diritti specifici. Un approccio corretto deve muoversi in senso inclusivo e strutturalmente trasversale, garantendo equità sostanziale; diversamente rischia, se non correttamente declinata, di generare una logica settoriale o separatista che può indebolire l'universalità dei diritti fondamentali e perpetuare la marginalizzazione.

In questa prospettiva, il diritto alla salute si configura non solo come situazione giuridica soggettiva costituzionalmente tutelata, ma come diritto strumentale e relazionale, imprescindibile per la concreta attuazione dei principi di pari dignità umana e di eguaglianza sostanziale (art. 3, co. 1 e 2 Cost.). L'effettività della tutela sanitaria, infatti, incide direttamente sulla possibilità delle donne - spesso escluse dai circuiti classici di protezione sociale e lavorativa -, di godere appieno dei diritti civili, politici, sociali ed economici. In tale contesto, la salute si pone come bene giuridico primario e al tempo stesso come condizione abilitante per l'esercizio di tutte le altre libertà, rappresentando un indicatore chiave del livello di giustizia distributiva e di inclusione sociale effettiva garantita da un ordinamento. Tale lettura, coerente con il disposto dell'art. 3, co. 2 della Costituzione, impone allo Stato un dovere positivo di intervento: non è sufficiente garantire l'uguaglianza in astratto, ma è necessario rimuovere le condizioni materiali che determinano diseguaglianze strutturali, attraverso politiche pubbliche capaci di incidere efficacemente sui fattori di esclusione e marginalizzazione. In questa cornice interpretativa, il diritto alla salute assume una funzione paradigmatica: esso rappresenta non solo un diritto soggettivo tutelato, ma anche uno strumento essenziale per la concreta fruizione degli altri diritti costituzionali, e quindi una leva fondamentale per l'attuazione del principio di uguaglianza nella sua accezione sostanziale.

La razionalizzazione della spesa pubblica e l'introduzione di logiche aziendali nella governance del sistema sanitario nazionale, se adeguatamente orientate, possono rappresentare strumenti funzionali al perseguimento degli obiettivi costituzionali di efficienza e buon andamento dell'amministrazione. Le politiche sanitarie ispirate esclusivamente a criteri economico-aziendalistici rischiano di amplificare le disuguaglianze preesistenti, penalizzando in modo particolare le donne, già soggette a forme strutturali di discriminazione nel percorso di cura, nella ricerca biomedica, nella diagnosi e nella personalizzazione dei trattamenti. Una sanità realmente efficiente e sostenibile non può prescindere da una visione di genere, capace di riconoscere e correggere gli squilibri sistemici che compromettono l'universalità e l'equità del diritto alla salute[36]. Ciò impone l'adozione di modelli organizzativi e gestionali che integrino la prospettiva di genere nelle politiche di programmazione sanitaria, nella formazione degli operatori, nella raccolta e analisi dei dati clinici,

[36] V. MANZETTI, Il diritto alla salute di genere e la sindrome di Yentl: una fragile "effettività", Nuove Autonomie,1/2022.

ISSN 2036-7821

nonché nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I concetti di eguaglianza **e** differenza rappresentano due assi teorici fondamentali, ma non sempre conciliabili, nell'elaborazione giuridica e politica dei diritti[37]. In particolare, il loro intreccio risulta cruciale nell'ambito della salute**,** laddove il riconoscimento formale dell'eguaglianza tra uomini e donne rischia di occultare differenze biologiche, sociali e culturali che, se ignorate, possono tradursi in nuove forme di disuguaglianza sostanziale. "Eguaglianza" è una di quelle parole che il lessico giuridico e politico invoca con frequenza, ma che spesso rimane priva di reale contenuto se non viene adeguatamente interrogata nella sua dimensione teorica e pratico-normativa rischiando di essere ridotta a formula retorica o principio formale, privo della forza trasformativa che gli compete. L'eguaglianza, in senso autentico, non si esaurisce nell'uniformità del trattamento, né coincide con l'applicazione impersonale della legge. Essa implica un'esigenza più profonda: quella di riconoscere e rimuovere le disuguaglianze sostanziali, nella consapevolezza che l'eguaglianza non è un dato naturale, ma una costruzione normativa e un ideale regolativo che orienta l'azione dei pubblici poteri verso la realizzazione della giustizia sociale. Da Aristotele[38] a Rawls[39], da Kelsen[40] a Bobbio[41], l'eguaglianza

[37]B. PEZZINI, Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute, Salute e sanità nella prospettiva europea, Corti supreme e salute 2022, 1 ss. È essenziale distinguere tra genere biologico (sesso) e genere sociale (gender).

[38] ARISTOTELE, in riferimento a Platone scrive "Agli eguali vanno riconosciute parti eguali, e ai diseguali parti diseguali". ARISTOTELE, Etica Nicomachea, trad. it. a cura di C. MAZZARELLI, Rusconi, Milano, 1996; Etica Nicomachea, V.3. 1131a1uguaglianza–b15; Politica, III.9.1280 a8–15, III.12.1282b18–23.

[39] J. RAWLS, nella sua Theory of Justice, pubblicato nel 1971, preliminarmente chiarisce che la sua teoria, che definisce "giustizia come equità", presuppone una visione kantiana delle persone come agenti razionali "liberi e uguali", moralmente autonomi, non necessariamente egoisti, aventi pari opportunità. Il filosofo americano ritiene che le disuguaglianze di reddito siano giuste perché legate alle capacità ed i meriti di ogni singolo individuo. Secondo Rawls, una giustizia distributiva equa deve tener conto delle disuguaglianze immeritate, ossia delle differenze determinate da circostanze biologiche e sociali sulle quali l'individuo non ha alcun controllo, come il luogo di nascita, il patrimonio familiare o le doti naturali. Ne consegue che per Rawls diritti e libertà fondamentali (diritto alla salute, istruzione, partecipazione politica) debbano essere garantiti in modo uguale ed esteso a tutti i cittadini e che le ineguaglianze sociali ed economiche siano tollerate e organizzate solo se contribuiscono a migliorare la condizione dei meno avvantaggiati, e siano collegate a opportunità effettivamente aperte a chiunque, in condizioni di equità sostanziale. SI v., H. L. A. HART - J. RAWLS, Le libertà fondamentali, La Rosa Editrice, Torino 1994.

[40]H. KELSEN, La dottrina pura del diritto (Reine Rechtslehre),1960, 188 ss. Per il filosofo lo Stato non costituisce una realtà sociale, materiale o temporale, bensì un sistema normativo astratto: un insieme organizzato di norme che interpretano e regolano una molteplicità di atti umani. In tale prospettiva, l'unico oggetto d'indagine della scienza del diritto sono le norme giuridiche, mentre fatti sociologici, morali o politici non rientrano nel suo ambito di studio. L'ordinamento giuridico è concepito da Kelsen come una gerarchia di norme, riconducibili alla norma fondamentale (Grundnorm), che costituisce il presupposto ipotetico della validità di tutto il sistema normativo. In coerenza con questa impostazione, i diritti sociali, incluso il diritto alla salute, acquisiscono significato solo se espressi come norme positive effettive. Poiché nella visione kelseniana l'unica realtà rilevante è la norma, la tutela dei diritti sociali esiste solo nella misura in cui il sistema normativo li riconosca formalmente e li renda operativi tramite strumenti amministrativi e giuridici effettivi. Ne consegue che il diritto alla salute non è un valore morale o etico, bensì una norma prescrittiva la cui esistenza è significativa solo quando è verificabile e applicabile tramite l'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario pubblico. I diritti sociali, da questa prospettiva, sono

giuridica è sempre il risultato di una scelta di valore, e il diritto, nel prescrivere l'uguale, deve misurarsi con la tensione costante tra identità e differenza, tra generalità della norma e singolarità dei casi concreti. Attribuire valore all'eguaglianza, non significa solo richiamarla nominalmente, ma operare affinché essa si traduca in criteri normativi capaci di incidere sulle strutture sociali, rimuovendo disuguaglianze ingiuste e promuovendo condizioni reali di pari dignità e libertà per tutti. L'uguaglianza, così come tradizionalmente intesa nel pensiero giuridico-liberale, non è un concetto neutro, né un dispositivo sempre efficace per contrastare le relazioni di dominio. Anzi, in molte sue declinazioni storiche e normative, l'uguaglianza si è costruita sulla negazione delle differenze o sulla loro classificazione secondo schemi gerarchici, funzionali al mantenimento dell'ordine dominante. Il principio di uguaglianza, se inteso come mera uniformità del trattamento, può diventare uno strumento di omologazione che, lungi dal garantire giustizia, maschera le asimmetrie strutturali e finisce per escludere proprio coloro che differiscono dai modelli normativi di riferimento (tipicamente maschili ed eterosessuali). L'evoluzione storica ci ha mostrato che il diritto, proclamandosi neutro e ugualitario, abbia spesso riprodotto logiche patriarcali, trattando come universale un'esperienza particolare - quella maschile - e lasciando fuori dalle tutele normative le specificità dell'esperienza femminile. In questo senso, l'uguaglianza deve essere intesa non come cancellazione delle differenze, ma come riconoscimento e valorizzazione delle differenze stesse, in un quadro di pari dignità[42]. Solo così essa può divenire un autentico antidoto contro le relazioni di dominio, tra soggetti 'forti' e soggetti 'deboli'[43] e non un loro strumento di mascheramento.

---

parte di un sistema astratto di norme che vincolano comportamenti e prescrivono doveri, ma solo nella misura in cui trovino attuazione concreta nella realtà normativa e amministrativa. M.PROSPERO, Il pensiero giuridico di Kelsen in Romanian Political Science Review, vol. X, no. 4, 2010, 758 ss.

[41] N. BOBBIO, Eguaglianza e egualitarismo, in AA.VV., Eguaglianza e egualitarismo, Armando Editore, Roma, 1978, 14 [c]he l'eguaglianza […] sia un concetto generico e vuoto, che, se non è specificato o riempito non significa nulla è risaputo". Ibidem, Eguaglianza e libertà, Einaudi, Torino 1995.

[42] Sul differente significato di uguaglianza e differenza, L. FERRAJOLI, Il principio di uguaglianza e la differenza di genere, in giudicedonna. it, n. 3/2015, p. 1; R.RUBIO MARIN, I ruoli di genere all'interno della famiglia come questione costituzionale: il superamento della distinzione tra diritto pubblico e diritto privato, in G. BENACCHIO, M. GRAZIADEI (cur.), Il declino della distinzione tra diritto pubblico e diritto privato, Atti del IV congresso nazionale Sird, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016, 161 ss; E. PAZÉ, Diseguali per legge. Quando è più forte l'uomo e quando è più forte la donna, F. Angeli, Milano, 2013.

[43] Sulle relazioni di potere basate sul genere e sulla coincidenza concettuale tra forza (fisica), soggettività e diritti che resta alla base di molti istituti, status o qualificazioni giuridiche, si v. J. STUART MILL,1869, 339; N. BOBBIO, Diritto e potere. Saggi su Kelsen, a cura di T. GRECO, introduzione di A. CARRINO, Giappichelli, Torino, 2014, 171 ss. La letteratura in tema di violenza, in particolare sulla dimensione giuridica della legittimazione della violenza "privata" ha dimostrato che il nesso tra il diritto e la forza-violenza non è neutro ma sessuato, e in quanto tale va interamente ripensato. La distinzione concettuale di genere è stata proposta per la prima volta dalla sociologa inglese ANNE OAKLEY in "Sesso, genere e società" pubblicato nel 1972, e fa riferimento ai comportamenti sociali determinati dalla differenziazione sessuale maschio/femmina. B. GELLI, Psicologia della differenza di genere, F.Angeli, Milano 2009, 18-19.

ISSN 2036-7821

In una prospettiva giustfemminista, risulta quanto mai attuale la constatazione secondo cui l'analisi della categoria di genere applicata al linguaggio giuridico costituisce un ambito di studi ancora relativamente recente, caratterizzato da uno sviluppo disomogeneo e da un interesse accademico altalenante[44]. Carenza nel linguaggio giuridico che ha prodotto effetti rilevanti anche in ambito sanitario, dove la pretesa neutralità del diritto ha spesso celato le specificità e le vulnerabilità proprie delle soggettività di genere, contribuendo a perpetuare diseguaglianze strutturali nell'accesso ai servizi, nella qualità delle prestazioni sanitarie, nell'indirizzo della ricerca e nella definizione delle politiche pubbliche in materia di salute. In ambito sanitario, il principio affermato nel secondo comma dell'art. 3 della Costituzione si traduce nell'obbligo per le istituzioni pubbliche di adottare politiche che riconoscano e valorizzino le differenze di genere, senza con ciò rinunciare all'obiettivo dell'universalità e dell'equità delle cure. Ben vent'anni fa, Letizia Gianformaggio osservava che "la legge discrimina, sempre. Opera generalizzazioni, distingue, classifica"[45]. Il diritto, nella sua dimensione normativa, si fonda strutturalmente su operazioni di selezione, distinzione e classificazione. Attraverso la formulazione di norme generali e astratte, il legislatore attribuisce status, riconosce diritti, impone doveri, determina sanzioni. In tale processo, ogni inclusione normativa implica necessariamente un'esclusione: ciò che è disciplinato per una certa categoria di soggetti non lo è, o lo è in modo diverso, per altre.

Questa logica classificatoria – che possiamo definire una "discriminazione strutturale" del diritto – non è di per sé illegittima. Essa diventa giuridicamente rilevante e censurabile quando le distinzioni operate risultano arbitrarie, irragionevoli o lesive di diritti fondamentali, in violazione del principio di eguaglianza sostanziale sancito dall'art. 3, co. 2, della Costituzione. L'eguaglianza giuridica formale, lungi dall'essere un principio vuoto o meramente simbolico, rappresenta uno dei modi fondamentali attraverso cui il diritto positivo afferma e prescrive l'eguaglianza tra i consociati[46]. Essa si esprime nel trattamento identico di

[44] In tal senso, E. IORIATTI FERRARI, Linguaggio giuridico e genere, in Diritto e genere. Analisi interdisciplinare e comparata, a cura di S. SCARPONI, 2 edizione, Cedam, Padova, 2016, 51.

[45] L.GIANFORMAGGIO, Eguaglianza e differenza: sono veramente incompatibili? in EAD., Eguaglianza, donne e diritto, a cura di A. FACCHI, C FARALLI, T. PITCH, Il Mulino, Bologna, 2005, 33-61, in particolare 43

[46] R. DWORKIN, Eguaglianza, voce in Enciclopedia delle Scienze Sociali, Treccani, Roma, vol. III, 1993. Il concetto di eguaglianza è ripreso anche da Aristotele, il quale lo collega strettamente al concetto di giustizia: l'uomo ingiusto è colui che vuole avere più di quanto gli spetta, cioè chi è nemico dell'uguaglianza, mentre l'uomo giusto è colui che rispetta l'uguaglianza. Vi è dunque un nesso diretto fra uguaglianza e giustizia, e ciò si riproduce a livello istituzionale: " […] E l'uguaglianza dovrà essere la stessa, tra le persone come tra le cose: infatti, il rapporto tra le cose deve essere lo stesso che quello tra le persone. Se queste, infatti, non sono uguali, non avranno cose uguali; ma le lotte e le recriminazioni è allora che sorgono: o quando persone uguali hanno o ricevono cose non uguali, o quando persone non uguali hanno o ricevono cose uguali" in Etica Nicomachea, V, 3, 1154a 20-1160a 25, cit., 195.

ISSN 2036-7821

situazioni giuridicamente uguali, assicurando che la legge si applichi in modo imparziale a tutti i soggetti appartenenti alla stessa categoria normativa. Tuttavia, l'eguaglianza formale, intesa come uniformità del trattamento legislativo, non è di per sé sufficiente a garantire il pieno conseguimento dell'eguaglianza sostanziale. Infatti, quando le condizioni di partenza dei soggetti sono profondamente diseguali, l'applicazione indifferenziata di una norma eguale per tutti può condurre a esiti iniqui, consolidando – anziché correggere – le disparità preesistenti. È in tale prospettiva che la Costituzione italiana, all'art. 3, co. 2, assegna alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana. Questo passaggio dalla mera parità formale alla eguaglianza sostanziale segna una evoluzione del principio di eguaglianza da criterio statico a strumento dinamico di giustizia sociale, imponendo all'ordinamento di riconoscere e, se necessario, compensare le differenze rilevanti con misure adeguate e differenziate[47]. Nel settore della sanità, ciò implica che una politica realmente egualitaria non può basarsi esclusivamente su regole formalmente neutre, ma deve tener conto delle differenze biologiche, sociali e culturali, come quelle che riguardano la condizione femminile, per garantire un accesso equo ed effettivo al diritto alla salute[48]. In tal modo, l'eguaglianza giuridica assume una funzione strumentale: non un fine in sé, ma un mezzo per realizzare concretamente la dignità e i diritti della persona, in coerenza con i principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale. I diritti esistono solo se effettivi, se in grado di garantire una concreta incidenza sulla condotta sociale, diversamente in assenza di operatività, essi restano meri enunciati, inadeguati a tutelare la persona[49].

Nel campo della tutela della salute queste discriminazioni possono assumere una connotazione sistemica e invisibile, in particolare nei confronti delle donne e delle categorie più fragili. Sebbene il diritto alla salute sia riconosciuto come diritto fondamentale dell'individuo (art. 32 Cost.) e il principio di parità tra uomini e donne

[47] M. AINIS, La riforma dell'art. 51 Cost. e i suoi riflessi nell'ordinamento, in R. BIN, G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), La parità dei sessi nella rappresentanza politica, Torino, 2003, 25, evidenzia che nonostante in Italia le leggi sulla parità e i diritti delle donne siano tra le più avanzate, nella realtà concreta la condizione femminile continua a essere segnata da disuguaglianze e ingiustizie che il diritto, da solo, non riesce a colmare. In breve: le leggi ci sono, ma non bastano: la realtà è ancora lontana dall'uguaglianza formale sancita dal diritto.

[48] A. LORENZETTI, L'accesso a beni e servizi sanitari come prisma dell'uguaglianza, fra non discriminazione, parità, diritto alla differenza: verso la formulazione di un principio di anti-subordinazione di genere, in B. PEZZINI, A. LORENZETTI (a cura di), 70 anni dopo, tra uguaglianza e differenza, Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo, Giappichelli, Torino, 2019, 248.

[49] Per il principio di effettività, il diritto positivo è tale solo se reale ed applicato. Non basta che esso sia solo formalmente previsto: è l'effettiva osservanza e applicazione normativa a conferirgli consistenza giuridica e valore sociale. Il sistema giuridico deve essere in grado di garantire una concreta incidenza sulla condotta sociale e la sua tutela mediante strumenti procedurali, amministrativi e giudiziari che ne consentano l'effettività e l'operatività concreta.

ISSN 2036-7821

trovi fondamento negli artt. 3 e 51 della Costituzione, nella prassi normativa e amministrativa si riscontrano asimmetrie di trattamento che si traducono in una minore tutela per la salute femminile. Tali discriminazioni si manifestano, ad esempio, nella sottorappresentazione delle donne nella ricerca clinica e farmacologica, che produce protocolli terapeutici calibrati sul modello biologico maschile, in violazione del principio di uguaglianza sostanziale; nella non adeguata considerazione delle specificità femminili nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nei piani di prevenzione e nei programmi di medicina territoriale; nell'insufficiente accessibilità ai servizi di salute riproduttiva, che incide in modo diretto sul godimento effettivo del diritto alla salute e sull'autonomia personale; nella trascuratezza del dolore e della malattia femminile[50] che spesso non riceve un'attenzione proporzionata alla sua incidenza sociale.

La Corte costituzionale, pur non avendo affrontato in modo sistematico la questione della medicina di genere, ha più volte affermato che le differenziazioni normative sono legittime solo se fondate su criteri oggettivi e razionali e se rispondono a un ragionevole bilanciamento tra eguaglianza formale e sostanziale [51]. Quando la legge o la pubblica amministrazione non tengono conto delle differenze rilevanti - come quelle biologiche, ormonali e psicosociali tra uomo e donna - l'uniformità del trattamento si tramuta in diseguaglianza sostanziale, violando l'art. 3 Cost. La Costituzione impone un obbligo positivo allo Stato: quello di rimuovere tali ostacoli mediante politiche pubbliche di tutela differenziata, fondate su evidenze scientifiche, sulla medicina di genere (legge n. 3/2018) e su un effettivo accesso paritario ai servizi. Solo attraverso l'adozione di un approccio normativo e amministrativo sensibile al genere sarà possibile realizzare un sistema sanitario conforme ai principi costituzionali di eguaglianza, dignità, universalità e solidarietà, evitando che il diritto, nel suo esercizio ordinario, perpetui o aggravi discriminazioni strutturali già presenti nel tessuto sociale.

Nel sistema sanitario nazionale, tuttavia, le differenze di genere vengono spesso ignorate o neutralizzate attraverso protocolli clinici, linee guida terapeutiche e pratiche diagnostiche modellate su un corpo maschile considerato neutro e

[50] Ad esempio, l'endometriosi (patologia che nel 30% porta l'infertilità) solo nel 2017 è stata riconosciute nei LEA come patologia cronica e invalidante, ma unicamente per gli stadi più avanzati, cioè livello moderato o grave (Allegato 8, DPCM 12 gennaio 2017); tuttavia, l'approvazione del nuovo nomenclatore tariffario, per la copertura dei costi, ha richiesto ben otto anni di tempo ed è arrivata solo nel dicembre 2024. Quindi le donne che non abbiano una diagnosi di III e IV stadio (diagnosi che arriva grazie ad esame istologico e quindi solo a chi affronta un intervento chirurgico) non ha diritto a rientrare nei LEA e nell'esenzione. Invece, il dolore cronico e le problematiche connesse alla menopausa non sono considerate nei LEA come patologie invalidanti.

[51] B. PEZZINI, Costituzione italiana e uguaglianza dei sessi. Il principio antisubordinazione di genere, in 70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo, a cura di B. PEZZINI e A. LORENZETTI, Torino, 2019, 9 ss. Sul ruolo delle Corte costituzionale, E. NAVARRETTA, Diritti delle donne e parità di genere. Gli itinerari tracciati dalla Corte costituzionale, Forum di Quaderni Costituzionali, 2, 2024, 202 ss.

ISSN 2036-7821

universale. Tale impostazione, lungi dal garantire eguaglianza, determina gravi criticità: numerose patologie esclusivamente femminili[52] sono solo alcune delle evidenze che dimostrano l'urgenza di un approccio di genere alla medicina e all'organizzazione del sistema sanitario. Occorre dunque superare una concezione astratta di eguaglianza, che postula identità tra i soggetti, per adottare una nozione relazionale e sostanziale della parità, che riconosca le differenze come fattori giuridicamente rilevanti, capaci di orientare l'azione amministrativa verso modelli più inclusivi e rispettosi della diversità. La salute delle donne non può essere garantita attraverso un approccio neutro o "neutro per default maschile", ma richiede interventi mirati, accesso equo alle cure, politiche sanitarie inclusive e strumenti di contrasto alle discriminazioni di genere, ancora oggi presenti in vari ambiti della medicina e del sistema sanitario[53].

Questa integrazione della prospettiva di genere nella governance sanitaria non può essere ridotta a un adempimento formale, ma deve tradursi in strumenti normativi e organizzativi concreti: raccolta e utilizzo di dati disaggregati per sesso, promozione della medicina di genere, definizione di LEA che rispondano anche alle specificità dei percorsi di salute e malattia femminili, formazione del personale sanitario. Solo così sarà possibile dare attuazione piena al diritto alla salute, inteso non come diritto neutro e astratto, ma come diritto differenziato, egualitario e rispettoso della dignità della persona nella sua interezza biologica e sociale. Il principio di sostenibilità economica del sistema sanitario non può essere perseguito in antitesi, ma solo in sintonia, con i principi costituzionali di parità, uguaglianza e promozione delle pari opportunità, richiamando le istituzioni a una responsabilità attiva nella rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno esercizio del diritto alla salute da parte delle donne. L'introduzione di logiche economico-gestionali nel settore sanitario, se correttamente governate, possono contribuire alla costruzione di un modello di sanità pubblica avanzato, capace di garantire la sostenibilità del sistema senza compromettere l'universalità, l'equità e l'accessibilità delle prestazioni sanitarie. In tale contesto, l'efficienza e la competitività devono essere armonizzate con esigenze di sostenibilità sociale, responsabilità pubblica e umanizzazione delle cure, al fine di assicurare un equilibrio tra la razionalizzazione della spesa e l'effettiva realizzazione del diritto alla salute come diritto fondamentale e interesse della collettività. Soluzioni realmente efficaci e strutturali alle criticità del sistema non possono prescindere da un'analisi complessa e multidimensionale, che travalichi i confini del mero approccio tecnico, gestionale o economico. È necessario, infatti, collocare ogni intervento normativo e organizzativo all'interno di un orizzonte più ampio di

[52] Si pensi alle malattie cardiovascolari sotto-diagnosticate nelle donne, al dolore cronico non adeguatamente trattato, gli effetti avversi ai farmaci più frequenti per la mancata differenziazione nei trial clinici.

[53] A.PIOGGIA, Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute, in Riv. trim. dir. pubbl., 2011, osserva che il diritto alla parità di genere non coesiste 'semplicemente con, ma vive nel diritto alla salute'

ISSN 2036-7821

riflessione, che comprenda valutazioni di ordine sociologico, etico e culturale[54], prima ancora che strettamente politico o amministrativo La sanità, in quanto ambito in cui si intrecciano diritti fondamentali, risorse pubbliche e visioni della persona, non può essere governata unicamente secondo logiche di efficienza o produttività, ma richiede una visione capace di integrare i saperi e i valori che fondano la convivenza democratica. Il confronto deve dunque ampliarsi, includendo il dibattito pubblico, il dialogo interdisciplinare e l'ascolto delle istanze sociali, così da orientare le scelte normative e amministrative in modo coerente con i principi costituzionali di eguaglianza, solidarietà e tutela della dignità umana [55]. L'Amministrazione sanitaria è oggi chiamata a fronteggiare sfide che impongono l'integrazione sistematica della prospettiva di genere nelle politiche pubbliche, mediante l'adozione del gender mainstreaming quale strumento strategico di pianificazione e valutazione. In tale quadro, la Strategia UE per la Parità 2020–2025 e la Roadmap 2025, inserite nell'ambito dell''Union of Equality', sanciscono l'obbligatorietà dell'inclusione della dimensione di genere in tutte le politiche europee, con ricadute dirette sul settore sanitario. Ne deriva la necessità di promuovere una governance orientata al rispetto e alla tutela dei diritti fondamentali e di sviluppare modelli organizzativi e gestionali idonei a riconoscere e valorizzare le differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne, incidendo in particolare sulla produzione e analisi dei dati, sulla ricerca scientifica, sulla definizione delle priorità e sui meccanismi di monitoraggio e accountability. Tale approccio non solo risponde a principi costituzionali di eguaglianza e non discriminazione, ma rappresenta altresì una condizione necessaria per assicurare l'efficacia, l'equità e la qualità dei servizi sanitari.

[54] A. SABATINI, Il sessismo nella lingua italiana, in Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana, Roma, Presidenza del Consiglio dei ministri e Commissione Nazionale per la realizzazione della parità tra uomo e donna, 1987; UNESCO, Guide to Non-Sexist Language, 1987; UNESCO, Guide on Gender Neutral Language, 1999; UNESCO, Guidelines for Gender-Inclusive Language, 2019. S. DE BEAUVOIR, Il secondo sesso, Milano, Il Saggiatore, 2012. Atti del Convegno Il Sessismo nella lingua italiana. Trent'anni dopo Alma Sabatini. Linguaggio, diritto, politica e società, Modena, 30 marzo 2017, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

[55] V. VERDOLINI, La salute incarcerata: analisi comparata di modelli di sanità penitenziaria, F. Angeli, 2007; M. V. VALENTINO, Diritto alla salute e carcere dall'ottica della detenzione femminile, in AA.VV., La tutela della salute in carcere tra diritto vigente e diritto vivente, Antigone.it, n.1/2, 2016, pp.85-114. Il sistema penitenziario italiano, storicamente modellato sulla popolazione detenuta maschile, risulta inadeguato a garantire il pieno rispetto dei diritti fondamentali delle donne detenute. In tale contesto, il diritto alla salute delle donne assume una valenza complessa e multidimensionale, che impone una rilettura in chiave sostanziale. La salute, in questo quadro, si configura come presupposto essenziale per la tutela della dignità e per il pieno sviluppo della persona, ai sensi degli artt. 3, 27 e 32 della Costituzione e non può essere ridotto alla mera assenza di malattia. Emerge l'urgenza di un intervento riformatore specifico, finalizzato a superare la marginalità strutturale della detenzione femminile. Le donne recluse presentano esigenze peculiari, di natura fisica, psicologica e socio-relazionale, che richiedono una risposta differenziata e non riducibile alla sola tutela della maternità o della gravidanza. La prospettiva di genere deve essere integrata nella gestione dell'esecuzione penale, attraverso politiche penitenziarie inclusive, che tengano conto delle specificità femminili nell'organizzazione delle strutture, nella formazione del personale, nei programmi trattamentali e nella tutela della salute.

ISSN 2036-7821

3. Gender mainstreaming nelle politiche sanitarie europee.

In una prospettiva evolutiva del processo di integrazione europea, la tutela della salute non ha rappresentato, in origine, una competenza centrale dell'ordinamento comunitario. Il Trattato di Roma del 25 marzo 1957, atto fondativo della Comunità Economica Europea, riserva infatti solo un rilievo marginale alla sanità pubblica, considerandola ambito di esclusiva competenza degli Stati membri. In tale contesto, la salute viene richiamata unicamente come possibile giustificazione per derogare ai principi del mercato interno, in particolare alla libera circolazione delle merci, come previsto dall'art. 36 del Trattato CEE, che ammette divieti o restrizioni all'importazione, all'esportazione o al transito motivati da esigenze sanitarie. Una prima apertura verso una cooperazione sovranazionale in materia sanitaria si registrerà solo negli anni successivi, al di fuori del perimetro strettamente comunitario, attraverso l'adozione della Carta sociale europea del 18 ottobre 1961, promossa dal Consiglio d'Europa, che riconosce esplicitamente il diritto alla protezione della salute come diritto sociale fondamentale[56]. Sarà tuttavia solo con l'adozione del Trattato di Maastricht nel 1992 (art. 129) che la tutela della salute acquisterà uno status giuridico autonomo all'interno dell'architettura dell'Unione, venendo formalmente inserita tra gli obiettivi espliciti dell'azione comunitaria.[57]. Successivamente, con il Trattato di Amsterdam del 1997 si assisterà a un ulteriore rafforzamento del ruolo dell'Unione in materia sanitaria: l'art. 129 del trattato CE viene riformulato e rinumerato come art. 152 del Trattato CE, segnando un passaggio significativo non solo sul piano formale, ma anche sotto il profilo sostanziale[58]. A differenza del suo predecessore, infatti, il nuovo art. 152 amplia sensibilmente la sfera di operatività dell'Unione, attribuendo rilievo autonomo alla protezione della salute pubblica e affermando esplicitamente l'obiettivo di un elevato livello di protezione della salute umana in tutte le politiche e attività dell'Unione. La norma consolida, inoltre, la base giuridica per lo sviluppo di strategie comuni, rafforzando la cooperazione tra Stati membri e prevedendo misure volte alla prevenzione delle malattie, alla promozione della salute e alla lotta contro i fattori di rischio, con particolare attenzione ai determinanti sociali e ambientali della salute. Inoltre, negli ultimi anni, l'Unione europea ha intensificato l'adozione di raccomandazioni e atti di soft law volti a favorire il coordinamento tra gli Stati membri nel settore della sanità pubblica, promuovendo un approccio integrato che includa la prospettiva di genere nelle politiche sanitarie. Tali strumenti, pur nel rispetto delle competenze nazionali,

[56] La versione attuale della Carta Sociale Europea, firmata a Strasburgo il 3 maggio 1996 è in vigore dal 1° luglio 1999 è visionabile su https://rm.coe.int/168047e179.

[57] Trattato sull'Unione europea in https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/it/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty.

[58]Firmato ad Amsterdam il 2 ottobre 1997 e pubblicato in GUCE, C 340 del 10 novembre 1997, p. 1-144 in https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:11997D/TXT&from=IT.

ISSN 2036-7821

mirano a orientare le strategie nazionali verso un sistema più equo e inclusivo, capace di affrontare le disuguaglianze sanitarie, anche quelle connesse a fattori strutturali e culturali legati al genere, e di garantire una tutela effettiva del diritto alla salute per tutti i cittadini europei. Il *gender mainstreaming* nell'ambito delle politiche sanitarie dell'Unione Europea si configura come uno strumento strategico volto a garantire l'integrazione trasversale della dimensione di genere nei processi normativi e programmatori dell'Unione e promuovere l'equità sostanziale nella tutela della salute per l'intera collettività. In tale prospettiva, esso contribuisce anche al processo di armonizzazione delle normative sanitarie degli Stati membri, orientando le legislazioni nazionali verso modelli sensibili alle differenze di genere, in coerenza con i principi e gli obblighi sanciti dall'ordinamento dell'Unione. Tale approccio trova fondamento nella Carta di Ottawa per la promozione della salute che ha individuato nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie e nel rafforzamento dell'empowerment individuale e collettivo due assi strategici fondamentali per la salute pubblica globale[59]. In questo contesto, la promozione della salute femminile emerge come elemento centrale per orientare le politiche sanitarie europee verso un modello inclusivo e sensibile alle differenze di genere, in grado di affrontare le specifiche vulnerabilità e le disuguaglianze strutturali che caratterizzano l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari. Tuttavia, nonostante l'affermazione, a livello internazionale e nazionale, del principio secondo cui la salute e l'equità debbano essere integrate in tutte le politiche pubbliche, e le reiterate dichiarazioni politiche volte a integrare la salute e l'equità in tutte in tutte le politiche settoriali, si rileva una carenza di investimenti strutturali nei sistemi sanitari ed assistenziali. Carenze che nel settore sanitario ed assistenziale hanno contribuito in modo significativo ad accentuare le disuguaglianze di genere, sia sul piano professionale che nell'accesso ai servizi. In particolare, tali carenze hanno prodotto effetti regressivi sull'accessibilità, sulla qualità e sull'efficienza dei servizi destinati specificamente alla tutela della salute delle donne[60]compromettendo il godimento effettivo del diritto alla salute in una prospettiva di parità sostanziale, alimentando il dibattito sulla peculiarità delle vicende che riguardano il corpo femminile e la persona nella sua specificità e una riflessione sulla considerazione del maschile come parametro di riferimento e del femminile come eccezione ad esso, implicitamente segnato da un segno di disvalore. Questa dinamica ha alimentato un ampio dibattito accademico e politico sulla necessità di riconoscere le specificità biologiche, psicologiche e sociali del corpo e dell'esperienza femminile. In particolare, si rende necessaria una revisione critica dell'impianto normativo e assiologico tradizionale, storicamente connotato da un

[59] M.P. IADICICCO, Frontiere e confini del diritto alla salute, in Dir. soc., 2019, n. 1, 63. G. FARES, La tutela della salute del cittadino europeo: diritto o libertà?, fasc.n.2, 2019, dirittifondamentali.it.

[60] Si pensi ai servizi di interruzione della gravidanza, alle diagnosi prenatali, alle cure riproduttive.

ISSN 2036-7821

paradigma androcentrico, il quale ha assunto il soggetto maschile quale archetipo normativo generalizzato, con conseguente marginalizzazione sistemica delle specificità femminili, intese come deviazioni rispetto a un presunto standard neutro, ma di fatto parziale[61]. Questa linea interpretativa ha contribuito a una sottovalutazione sistemica delle esigenze sanitarie delle donne, con implicazioni rilevanti sia sul piano dell'equità che su quello dell'efficacia delle politiche di promozione della salute. In tale contesto si è riacceso il dibattito giuridico e dottrinale sulla rilevanza della corporeità femminile come luogo di specificità e vulnerabilità, richiamando la necessità di superare il modello androcentrico che, anche nel campo del diritto alla salute, ha tradizionalmente assunto il maschile come parametro normativo di riferimento, relegando il femminile a un'eccezione implicitamente connotata in termini di minor valore o devianza. Si comprende quindi, l'urgenza di riformulare le politiche sanitarie e assistenziali secondo un approccio intersezionale e differenziato, capace di riconoscere le peculiarità dell'esperienza femminile. In ambito sanitario, ciò implica il riconoscimento delle differenze legate al genere non come elemento neutro, ma come dato giuridicamente rilevante e conseguentemente l'attivazione di un processo di differenziazione delle ricerche scientifiche in ordine alla ricaduta sulle donne su tutti i profili medici e farmacologici[62]. La salute femminile richiede un approccio che valorizzi le differenze naturali al fine di garantire un'effettiva equità nell'accesso, nella qualità e nell'appropriatezza delle cure. La promozione del pluralismo e la tutela delle soggettività svantaggiate, in questo contesto, si traducono nella necessità di adottare politiche sanitarie mirate, capaci di affrontare le disuguaglianze strutturali che colpiscono le donne, sia in termini di offerta di servizi, sia nella produzione di conoscenze medico-scientifiche, spesso modellate su un paradigma maschile. A partire dagli anni '80, l'Unione Europea ha sviluppato politiche di azioni positive volte a garantire l'uguaglianza sostanziale di genere nella tutela della salute, riconoscendo la necessità di contrastare le disuguaglianze che penalizzano le donne nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e accesso ai servizi sanitari. Tali iniziative hanno costituito il nucleo originario di una più ampia evoluzione normativa e politica che ha portato all'integrazione della prospettiva di genere nelle politiche sanitarie europee, contribuendo alla definizione di strumenti orientati alla raccolta di dati disaggregati per sesso, alla promozione della ricerca clinica inclusiva e allo sviluppo di linee guida sanitarie sensibili alle differenze di genere. In particolare, l'Unione europea a partire dal 1982 ha adottato programmi multipli: il primo programma d'azione (1982-85) puntava al ruolo delle donne nel lavoro e nella formazione ed a incoraggiare la presenza delle donne nei

[61] Il modello androcentrico storicamente ha assunto il maschile come parametro normativo universale, relegando il femminile a una condizione eccezionale e spesso svalorizzata.

[62] In tal senso, E. CATELANI, Eguaglianza e differenza: una dicotomia o due valori complementari? in Uguaglianza o differenze di genere? Prospettive a confronto, in costituzionalismo.it,72.

ISSN 2036-7821

settori decisionali e l'adozione di misure per conciliare la vita familiare e quella lavorativa. Il secondo programma d'azione (1986-90) introdusse interventi relativi all'occupazione femminile in attività collegate alle tecnologie e alla conciliazione tra lavoro e vita privata. Dal 1991, con il terzo programma di pari opportunità (1991-1995), iniziò a emergere il concetto di *gender mainstreaming*, poi formalmente sancito nel Trattato di Amsterdam del 1997 (in vigore nel 1999), con gli articoli quali il §2 dell'art. 3 (pari opportunità), l'art. 8 TFEU e l'art. 13 (non discriminazione) si mirò a rafforzare la partecipazione delle donne in politica e nei media, sensibilizzando l'opinione pubblica sulla parità di genere, sull'immagine delle donne nei mass media e sulla partecipazione delle donne al processo decisionale a tutti i livelli e in tutti i settori della società**.** L'Unione europea nel 1997 aveva manifestato una chiara volontà politica di affrontare le specificità della salute femminile, pubblicando il rapporto "The State of Women's Health in the European Community", finalizzato all'individuazione di specifici indicatori di salute femminile e alla raccolta sistematica di dati disaggregati per sesso. Tale iniziativa si inscrive in una strategia di lungo periodo volta a colmare i divari di genere nell'accesso ai servizi sanitari e nella qualità dell'assistenza erogata. Nello stesso la Commissione europea nominò *Gender Mainstreaming Officers* e predispose linee guida per l'analisi d'impatto di genere (gender impact assessments). Con il quarto programma d'azione (1996-2000) l'UE fece diventare il *gender mainstreaming* una strategia che prevedesse l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche comunitarie, richiedendo a tutti gli attori del processo politico di adottare una prospettiva di genere. Successivamente, nel 2007 è stato istituito lo European Institute of Women's Health (EIWH), organismo dedicato al monitoraggio e alla promozione della salute femminile nei Paesi membri, con un approccio evidence-based e sensibile alle differenze di genere. Impegno dell'UE, ulteriormente rafforzato nel 2010 con l'adozione della "Carta delle Donne" documento politico programmatico ove si riafferma il principio del rispetto della dignità, dell'integrità fisica e psichica delle donne, nonché la necessità di un'azione coordinata in materia di diritti fondamentali e non discriminazione. Nel 2007 è entrato in vigore l'European Institute for Gender Equality (EIGE)[63], con il mandato di supportare le istituzioni europee e gli Stati membri nella promozione dell'uguaglianza di genere attraverso attività di ricerca, raccolta dati, sviluppo di indicatori e monitoraggio delle politiche pubbliche. L'EIGE ha elaborato l'Indice sulla parità di genere[64] il quale fornisce strumenti di misurazione delle diseguaglianze

[63] Cfr. Regolamento (CE) n.1922/2006 che istituisce un Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE) entrato vigore dal 19 gennaio 2007 ma operativo dal 2009.

[64] L'Indice sulla parità di genere è un indicatore composito che misura il complesso concetto di parità di genere e, sulla base del quadro politico dell'UE, contribuisce a monitorare i progressi compiuti in materia di parità di genere in tutta l'UE. L'ultima edizione del Gender Equality Index, pubblicato il 10 dicembre 2024 sintetizza in un unico dato il livello di parità di genere raggiunto dai 27 Stati Membri dell'Unione Europea, restituendo un'analisi di

ISSN 2036-7821

anche in ambito sanitario, facilitando la definizione di politiche basate su evidenze scientifiche e comparabili tra Stati membri.[65]

All'interno del diritto dell'Unione Europea, l'integrazione sistemica della prospettiva di genere nelle politiche sanitarie ha acquisito crescente rilievo quale risposta normativa e strategica al perdurare di diseguaglianze strutturali nell'accesso, nella qualità e negli esiti dei servizi sanitari tra uomini e donne. È progressivamente maturata la consapevolezza che, nelle politiche sanitarie dell'Unione Europea, la tutela della salute femminile debba configurarsi come ambito prioritario di intervento, nella consapevolezza che la piena realizzazione del diritto alla salute passa necessariamente per il riconoscimento delle specificità di genere e per la rimozione degli ostacoli strutturali e normativi che ne impediscono l'effettivo esercizio in tutti gli Stati membri. Questa prospettiva trova un consolidamento normativo e politico, attraverso l'art. 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea adottato con il Trattato di Lisbona del 13 dicembre 2007 (TFUE, già art. 152 TCE), integrato successivamente dall'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (CDFUE) [66] il quale impone a tutte le politiche e attività dell'Unione un obbligo di risultato, finalizzato ad assicurare un livello elevato di protezione della salute umana. È fondamentale evidenziare come l'art. 35 della CDFUE che prevede che debba essere garantito "un livello elevato di protezione della salute umana, unitamente ai principi affermati dagli articoli 21 (non discriminazioni) e 23 (parità) fornisce il quadro normativo essenziale per qualificare la medicina di genere come strumento di uguaglianza sostanziale, orientando la definizione e l'attuazione delle politiche sanitarie e delle attività dell'Unione.

Inoltre, si riconosce il diritto alla prevenzione sanitaria e alle cure mediche in

performance complessiva misurata attraverso la combinazione di 31 indicatori, a loro volta aggregati in 14 variabili, poi raggruppate in sei dimensioni: Lavoro, Denaro, Conoscenza, Tempo, Potere e Salute. La maggior parte dei dati utilizzati per la costruzione dell'Indice del 2024 fa riferimento all'anno 2022 e proviene da elaborazioni statistiche portate avanti da Eurostat, Eurofound e EIGE stesso. Nel Gender Equality Index 2024, la Svezia si conferma al vertice della graduatoria, mantenendo la propria posizione di leadership sin dalla prima edizione, totalizzando un punteggio pari a 82. Seguono, in posizione di parità al secondo posto, la Danimarca e i Paesi Bassi. Completano le prime sei posizioni la Spagna, classificatasi al quarto posto, e, a pari merito in quinta posizione, il Belgio e la Francia, mentre l'Italia, si colloca al quattordicesimo posto, perdendo una posizione rispetto al 2023, superato da Malta. Tale classificazione riflette un livello elevato di conformità ai principi di parità di genere sanciti a livello europeo, nonché un'efficace attuazione delle relative politiche pubbliche e normative.

[65] A. SIMONATI, La cittadinanza di genere : le nuove frontiere dell'uguaglianza fra uomini e donne, 2024 - Editoriale Scientifica, pp. 207-223.

[66] Va ricordato che la tutela del diritto alla salute nell'Unione europea trova espressa consacrazione nella rubrica dell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea approvata nel 2000 ma diventata giuridicamente vincolante solo con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona il 1 dicembre 2009 ha rappresentato il primo "mattone" della costituzione europea. La disposizione riconosce il diritto di ogni persona di accedere alla protezione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali, precisando altresì, che l'Unione deve garantire "un alto livello di protezione della salute umana". GUCE, C 364 del 18 dicembre 2000, p. 1-22, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:C: 2000:364: FULL&from=IT.

ISSN 2036-7821

un'accezione ampia e inclusiva, riferendosi espressamente alla tutela della salute delle "persone" e non limitandola ai soli "cittadini". Tale formulazione lessicale estensiva sottolinea la volontà del legislatore europeo di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie quale diritto fondamentale universale, indipendentemente dalla cittadinanza o dallo status giuridico, in linea con i principi di uguaglianza, non discriminazione e dignità della persona umana sanciti dall'ordinamento dell'Unione. In altri termini, la salute pubblica diviene area di intervento che deve ispirarsi ai principi di universalità, equità e accesso non discriminatorio[67]. A livello normativo, l'articolo 168 del TFUE qualifica la tutela della salute pubblica come ambito di intervento dell'Unione, nel rispetto del principio di sussidiarietà. Esso conferisce all'Unione un ruolo di sostegno, coordinamento e completamento rispetto alle politiche sanitarie nazionali, riservando agli Stati membri la competenza primaria in ordine alla definizione, organizzazione e gestione dei propri sistemi sanitari. Ma al contempo, la disposizione impone alle istituzioni europee di integrare un elevato livello di protezione della salute umana in tutte le politiche e azioni dell'Unione, promuovendo forme di cooperazione interstatale e l'elaborazione di strategie comuni orientate al miglioramento complessivo della salute nei territori degli Stati membri. In tale contesto, rilevano in particolare le misure volte a contrastare le diseguaglianze sanitarie, con specifica attenzione ai bisogni dei gruppi più esposti a rischi di esclusione, inclusi quelli connessi alle differenze di genere. Tale norma, pur lasciando ai singoli ordinamenti la responsabilità primaria in materia di organizzazione dei servizi sanitari, consente e incoraggia azioni comuni volte alla riduzione delle diseguaglianze sanitarie, anche con attenzione ai fattori di vulnerabilità legati al genere. Le fonti di attuazione europee, in particolare il Regolamento (UE) 2021/522 che istituisce il Programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021–2027 (EU4Health), hanno colto l'opportunità offerta dalla crisi pandemica per promuovere una riflessione strutturata sulla necessità di ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario, attribuendo crescente rilievo all'integrazione della prospettiva di genere nelle politiche pubbliche in materia di salute. A tal riguardo, la Strategia UE per la Parità 2020–2025 e la Roadmap 2025 ribadiscono il gender mainstreaming come principio orizzontale, con impatti diretti non solo sul settore sanitario e sulla produzione e analisi dei dati, ma anche nella prevenzione della violenza di genere, nella promozione dell'uguaglianza di opportunità, nella lotta agli stereotipi di genere e nel colmare il divario di genere nel mercato del lavoro".

Rispetto all'art. 168 del TFUE, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea - che, ai sensi dell'art. 6 del Trattato sull'Unione europea ha valore giuridicamente

[67] Il TFUE trae origine dal Trattato che istituisce la Comunità Economica Europea (CEE) firmato a Roma nel 1957. Il TFUE, nella sua forma attuale, deriva dal Trattato di Lisbona, firmato il 13 dicembre 2007 e in vigore dal 1° dicembre 2009. Il Trattato di Lisbona ha modificato il TUE e il TCE, quest'ultimo ridenominato TFUE.

ISSN 2036-7821

vincolante - riconosce e tutela esplicitamente il diritto alla non discriminazione e alla protezione della salute come diritti fondamentali, strettamente interconnessi. In particolare, l'articolo 21 stabilisce il divieto generale di ogni forma di discriminazione fondata, tra l'altro, sul sesso, l'età, la disabilità e l'orientamento sessuale, sancendo così un principio di eguaglianza sostanziale che impone agli Stati membri e alle istituzioni europee l'obbligo di garantire trattamenti paritari in ogni ambito della vita sociale, incluso quello sanitario. Inoltre, l'articolo 35 (Protezione della salute) riconosce il diritto alla prevenzione sanitaria e al beneficio di cure mediche secondo modalità conformi alle legislazioni e prassi nazionali, ma comunque coerenti con i principi di dignità umana, equità e universalità, in un quadro che valorizza le differenze, comprese quelle legate al genere. Esso attribuisce al diritto alla salute una dimensione fondamentale, tanto individuale quanto collettiva, collocandolo tra i beni giuridici essenziali dell'ordinamento europeo e fondamento di una cittadinanza attiva e inclusiva. In tale contesto, la Carta impone agli Stati membri non solo l'obbligo di non discriminare nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari, ma anche un dovere proattivo di rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono l'eguale esercizio del diritto alla salute da parte di soggetti in condizioni di vulnerabilità, tra cui le donne, i minori, le persone con disabilità e i soggetti economicamente svantaggiati. Solo negli ultimi anni, il quadro normativo e strategico dell'Unione Europea ha conosciuto una progressiva istituzionalizzazione del principio del gender mainstreaming anche in ambito sanitario, riconoscendo la necessità di sviluppare politiche pubbliche capaci di integrare in modo strutturale la dimensione di genere nella pianificazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari, emergendo come obiettivo prioritario delle politiche pubbliche anche in un'ottica di genere. In particolare, l'integrazione del principio del gender mainstreaming nelle strategie sanitarie dell'UE ha condotto a un progressivo riconoscimento della salute delle donne quale ambito specifico e meritevole di interventi normativi mirati, in funzione del superamento delle disuguaglianze strutturali e del pieno esercizio del diritto alla salute da parte di tutti i soggetti, indipendentemente dal sesso o dall'identità di genere. La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea rafforza tale impostazione: l'art. 35 tutela il diritto all'assistenza sanitaria preventiva e all'accesso alle cure "alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali", mentre l'art. 23 sancisce l'eguaglianza tra uomini e donne in tutti i settori, imponendo un principio di parità orizzontale anche in ambito sanitario. Il punto di svolta si è poi avuto con la Strategia per la parità di genere 2020–2025[68], adottata dalla Commissione Europea, che

[68] La Commissione Europea a in coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 dell'Unione Europea e con l'obiettivo di definire i percorsi per garantire l'uguaglianza di genere, ha previsto, tra le altre cose, che le istituzioni pubbliche che vogliano accedere ai finanziamenti del programma Horizon Europe debbano dotarsi del

ISSN 2036-7821

esplicitamente richiama l'importanza di un approccio sensibile al genere nell'ambito della salute pubblica, sia in termini di ricerca che di accesso ai servizi. In tale documento, l'UE si impegna a promuovere una medicina personalizzata e non neutra, volta a colmare il gap storico nei modelli diagnostico-terapeutici costruiti prevalentemente su standard maschili[69]. Sul piano politico-programmatico, la Strategia europea per la parità di genere 2020 - 2025 individua esplicitamente la salute come settore prioritario per l'applicazione del mainstreaming di genere, impegnando la Commissione europea a garantire che le diseguaglianze sanitarie siano affrontate attraverso dati disaggregati, formazione del personale sanitario e promozione della medicina di genere nei programmi di ricerca finanziati a livello europeo (Horizon Europe). In quest'ottica la proposta della Commissione per la costruzione di un European Health Union mira a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari degli Stati membri, anche mediante l'adozione di indicatori sanitari di base per valutare l'equità nell'accesso ai servizi, con espliciti riferimenti alle differenze di genere. Questa evoluzione impone agli Stati membri, incluso l'ordinamento italiano, un dovere di adeguamento sistemico, finalizzato a rendere le politiche sanitarie più inclusive, accessibili e orientate all'equità di genere, in conformità con i principi costituzionali nazionali e i vincoli sovranazionali derivanti dal diritto dell'Unione. In tale contesto, la promozione della salute delle donne, richiede un approccio intersettoriale e integrato, fondato su una sinergia istituzionale multilivello – nazionale, regionale, locale ed europea – e su politiche basate sull'evidenza scientifica (evidence-based policies). È necessario, in particolare, che tali politiche siano in grado di riconoscere e valorizzare le differenze biologiche, fisiologiche e socioculturali connesse al genere come determinanti fondamentali della salute, tanto nella prevenzione quanto nella diagnosi, nella cura e nella ricerca clinica.

Un'effettiva promozione della salute femminile va inquadrata nel più ampio obiettivo della riduzione delle diseguaglianze sanitarie e del rafforzamento dell'empowerment individuale e collettivo e non può prescindere dall'adozione di strumenti normativi e operativi in grado di implementare una medicina orientata al genere, in linea con le raccomandazioni del Consiglio dell'UE e i recenti orientamenti della Commissione europea in materia di salute e parità di genere. Si tratta di un approccio integrato e intersettoriale, che richiede sinergia istituzionale e politiche evidence-based, capaci di riconoscere le differenze biologiche e socioculturali legate

Gender Equality Plan (GEP) e a tale scopo è stata pubblicata dalla Commissione l'Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans (GEPs), per chiarire i contenuti, le modalità di definizione e attuazione di un GEP.

[69] In quest'ottica la proposta della Commissione per la costruzione di un European Health Union mira a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari degli Stati membri, anche mediante l'adozione di indicatori sanitari di base per valutare l'equità nell'accesso ai servizi, con espliciti riferimenti alle differenze di genere. Questa evoluzione impone agli Stati membri, incluso l'ordinamento italiano, un dovere di adeguamento sistemico, finalizzato a rendere le politiche sanitarie più inclusive, accessibili e orientate all'equità di genere, in conformità con i principi costituzionali nazionali e i vincoli sovranazionali derivanti dal diritto dell'Unione.

ISSN 2036-7821

al genere come variabili determinanti della salute. Nonostante i passi avanti, permangono significative lacune nelle politiche sanitarie italiane[70].

L'analisi svolta dimostra che la promozione della parità di genere rappresenta ormai uno degli assi strategici dell'azione esterna dell'Unione europea, fondata su un solido ancoraggio giuridico nei Trattati, in particolare agli articoli 8 e 21 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) e dell'articolo 3, paragrafo 5, del Trattato sull'Unione europea (TUE). Essa si afferma non solo come obiettivo politico, ma anche come parametro imprescindibile di legittimità ed efficacia dell'azione dell'UE in quanto attore globale, impegnato nella promozione dei diritti umani, dell'inclusione sociale e dello sviluppo sostenibile. In questo quadro, la tutela della salute delle donne si configura come una delle aree prioritarie di intervento, in quanto ambito in cui le disuguaglianze di genere si manifestano in modo particolarmente evidente e persistente, sia nei paesi membri che nei rapporti di cooperazione esterna. L'adozione di un approccio di genere alla salute non solo risponde a principi di giustizia e non discriminazione, ma è altresì coerente con le linee strategiche dell'Unione, tra cui il *Gender Action Plan III* (2021–2025), che promuove l'accesso equo e universale alla salute sessuale e riproduttiva e la piena partecipazione delle donne ai sistemi sanitari, anche nei contesti fragili e post-conflitto.

Pertanto, la salute femminile, intesa nella sua dimensione globale, diventa terreno di verifica della reale capacità dell'UE di integrare la parità di genere come criterio trasversale delle proprie politiche esterne, con effetti concreti sull'affermazione del diritto alla salute come diritto umano fondamentale, da garantire in modo egualitario e senza discriminazioni.

Tuttavia, l'analisi condotta mette in evidenza una significativa incoerenza normativa tra l'evoluzione del diritto dell'Unione europea in materia di parità di genere e gli strumenti giuridico-programmatici adottati nell'ambito delle relazioni esterne, in particolare con i Paesi del Mediterraneo meridionale. Mentre, sul piano interno, l'UE ha progressivamente consolidato un corpus normativo vincolante e strutturato, fondato sugli articoli 8 e 10 TFUE e su un'ampia produzione legislativa e giurisprudenziale, la sua azione esterna in materia di uguaglianza di genere, e in particolare di tutela della salute femminile, continua a poggiare su un impianto prevalentemente programmatico, privo di efficacia giuridica diretta e di meccanismi cogenti di condizionalità. Questa asimmetria produce effetti concreti anche all'interno del territorio dell'Unione, ove risiedono numerose donne immigrate provenienti da contesti in cui i diritti di genere, inclusi quelli legati alla salute

[70] Il Rapporto sullo stato di salute delle donne curato dal Ministero della Salute e i contributi dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere (ONDA) rappresentano strumenti preziosi, ma non ancora sufficienti ad attivare una trasformazione strutturale.

ISSN 2036-7821

sessuale e riproduttiva, non sono pienamente riconosciuti o garantiti. In assenza di strumenti esterni più incisivi, in grado di promuovere standard minimi comuni nelle politiche sanitarie di cooperazione e vicinato, l'UE rischia di compromettere l'effettività del diritto alla salute per una parte significativa della popolazione femminile presente sul proprio territorio, contribuendo, di fatto, al mantenimento di disuguaglianze strutturali legate all'origine etnico-culturale e allo status migratorio. In questo senso, la tutela della salute delle donne migranti si configura come un banco di prova per la coerenza tra l'azione interna ed esterna dell'Unione europea, nonché per la reale attuazione del principio di indivisibilità e universalità dei diritti fondamentali, anche in ambito sanitario.

La progressiva integrazione della medicina di genere all'interno delle strategie istituzionali ha aperto nuovi spazi di intervento per correggere gli squilibri storici legati all'impostazione neutra e universalistica della medicina tradizionale, spesso insensibile alle specificità femminili.

Le recenti riforme del SSN avviate dopo la crisi pandemica – in particolare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale n. 77/2022 – offrono un'occasione concreta per integrare i principi della medicina di genere in modelli organizzativi e assistenziali innovativi, più equi e centrati sulla persona. La riforma della sanità territoriale non si limita al potenziamento infrastrutturale, ma include il riconoscimento della parità di genere come obiettivo trasversale e leva per la promozione della salute femminile, in una prospettiva di giustizia sanitaria. Il PNRR individua, infatti, la parità di genere, insieme a digitalizzazione e sostenibilità ambientale, tra gli assi strategici dell'intervento pubblico; in questo quadro, la Missione 6 – Salute contribuisce attraverso una riorganizzazione dell'assistenza ispirata a prossimità, integrazione, prevenzione e personalizzazione delle cure. L'approccio di genere diventa così condizione imprescindibile per garantire equità ed efficacia, in coerenza con la legge n. 3/2018 e con il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel SSN (DM 13 giugno 2019). Il rafforzamento dell'assistenza territoriale – attraverso l'istituzione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e la valorizzazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità – costituisce un'occasione concreta per ridurre le diseguaglianze di genere nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, grazie a un modello organizzativo orientato alla presa in carico integrata e multidisciplinare dei bisogni di salute. Il DM n.77/2022, nell'attuare le previsioni del PNRR, delinea un sistema assistenziale fondato su standard organizzativi e strutturali che, se adeguatamente declinati, possono favorire l'emersione e il trattamento delle specificità sanitarie femminili, spesso trascurate o sottovalutate dalla medicina tradizionale. L'attenzione ai determinanti sociali della salute, alle malattie croniche, ai disturbi legati alla sfera riproduttiva e alla salute mentale –

ISSN 2036-7821

ambiti in cui le donne presentano profili di rischio, manifestazioni cliniche e bisogni terapeutici diversi – richiede un approccio capace di incorporare stabilmente la prospettiva di genere nei livelli essenziali di assistenza. Inoltre, strumenti come la Telemedicina, previsti dal PNRR per il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, possono rivelarsi particolarmente utili per superare le barriere culturali, territoriali ed economiche che spesso limitano l'accesso delle donne ai servizi, specie nelle aree interne o tra le fasce più fragili della popolazione. Tuttavia, ciò richiede un uso consapevole, inclusivo e non tecnocratico delle innovazioni digitali, che eviti il rischio di ulteriori disuguaglianze derivanti da un divario digitale di genere, ampiamente documentato anche in ambito sanitario. La riformulazione dell'assistenza territoriale operata dal PNRR e dal DM n.77/2022 si configura quale snodo sistemico per l'attuazione di un paradigma sanitario ispirato alla medicina di genere, attraverso l'incorporazione strutturale delle differenze sesso-genere nei modelli organizzativi e nei percorsi assistenziali[71].

In tale prospettiva, la salute della donna cessa di essere una dimensione marginale o settoriale, per assumere rilevanza trasversale nell'architettura dei servizi, in coerenza con il principio di eguaglianza sostanziale ex art. 3, co. 2, Cost. e con la dimensione personalistica e universalistica del diritto alla salute. L'approccio differenziato alla presa in carico, sostenuto da strumenti normativi, formativi e tecnologici, consente così di superare la neutralità apparente del modello clinico tradizionale, restituendo effettività al diritto alla salute nella sua declinazione inclusiva e relazionale, secondo un criterio di legittimità costituzionalmente orientata dell'azione amministrativa in ambito sanitario.

4. Per una strategia sanitaria integrata per la medicina di genere nel terzo millennio: etica, economia e diritto come pilastri di sistema.

Il quadro normativo e politico fin qui delineato mette in luce persistenti criticità strutturali che ancora oggi ostacolano una piena ed effettiva tutela della salute femminile. Le difficoltà che hanno accompagnato l'affermazione della medicina di genere si sono riflesse in modo significativo sulla dimensione organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale, il quale ha incontrato sostanziali criticità nell'integrare in maniera sistemica la variabile di genere all'interno delle politiche sanitarie. Quest'ultima si deve configurare come ambito intrinsecamente multidimensionale, in cui convergono fattori sanitari, sociali, culturali ed economici[72], e in cui le

[71] D.CALDIROLA, Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale. Jus-online, 2022, 5, 161.

[72] Cfr. S. TONOLO - D. MONEGO, Il diritto alla salute delle donne migranti: garanzie costituzionali e internazionali a confronto. Il diritto alla salute delle donne migranti: garanzie costituzionali e internazionali a confronto, in Donne migranti e violenza di

ISSN 2036-7821

disuguaglianze di genere trovano terreno di riproduzione e consolidamento. Indubbiamente le resistenze riscontrate nei processi di riforma strutturale trovano origine nelle complessità che hanno segnato fin dall'inizio il percorso di legittimazione scientifica e istituzionale della medicina di genere, ostacolandone l'effettiva incorporazione nei meccanismi decisionali, programmatori e farmacologici. Ciò nonostante, il riconoscimento formale del genere quale determinante fondamentale di salute da parte della comunità scientifica e del legislatore, evidenzia una persistente inerzia sistemica al cambiamento. Le disparità esistenti non possono essere circoscritte alla sola dimensione sanitaria, poiché i sistemi sanitari riflettono inevitabilmente le dinamiche valoriali e strutturali della società in cui si inseriscono. In tal senso, laddove la soggettività femminile non sia adeguatamente riconosciuta e valorizzata sul piano sociale, tale invisibilità si traduce anche in una sottorappresentazione e marginalizzazione nei processi decisionali, diagnostici e terapeutici del sistema sanitario. La medicina, dunque, non può considerare tali diseguaglianze come fenomeni estranei al proprio ambito, bensì deve riconoscere il proprio ruolo sistemico all'interno di un contesto socioculturale più ampio. Ne deriva la necessità di un ripensamento strutturale delle politiche sanitarie, anche attraverso l'applicazione effettiva del principio del gender mainstreaming, affinché il sistema sanitario possa contribuire attivamente alla rimozione delle diseguaglianze e all'attuazione di un cambiamento sociale orientato alla parità sostanziale. La tutela della salute femminile non può essere ricondotta esclusivamente alla sfera clinico-assistenziale, ma richiede un approccio integrato trasversale capace di tenere conto dell'interazione tra politiche sanitarie e politiche non strettamente sanitarie, come quelle educative, lavorative, abitative e ambientali. Inoltre, in un contesto segnato da rapide trasformazioni tecnologiche e scientifiche, le sfide che investono la tutela della salute femminile si fanno sempre più complesse, chiamando in causa anche i modelli relazionali, i ruoli sociali di genere, e le condizioni materiali di vita quotidiana. Riconoscere questa complessità è il presupposto per una lettura effettiva del diritto alla salute che sia sensibile alle specificità biologiche, psicologiche e sociali che caratterizzano l'esperienza femminile. Abbiamo visto che l'impostazione androcentrica - che ha storicamente influenzato l'organizzazione e l'azione della pubblica amministrazione - si traduce in un modello decisionale e normativo caratterizzato da una presunta 'neutralità', in realtà fondata su una prospettiva maschile dominante ormai superata[73]. Tale paradigma, tuttavia, comporta la marginalizzazione delle specifiche esigenze delle donne, con ripercussioni significative sull'elaborazione e sull'attuazione delle politiche pubbliche, in

genere nel contesto giuridico internazionale ed europeo, a cura DI A. DI STASI, R. CADIN, A. IERMANO, V. ZAMBRANO, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021, 31.

7373 Si v. il DDL S. n.989, Misure per il potenziamento della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale, presentato il 14 dicembre 2018, e ripreso nel 2019 (XIX legislatura) dove è attualmente in discussione.

ISSN 2036-7821

particolare in ambito sanitario. È pertanto indispensabile un mutamento strutturale con la costituzionalizzazione della medicina di genere. Il riconoscimento della medicina di genere a livello costituzionale rappresenterebbe un'evoluzione coerente con il costituzionalismo contemporaneo, inteso non solo come sistema di limiti al potere pubblico, ma anche come garanzia proattiva dei diritti fondamentali, in particolare del diritto alla salute (art. 32 Cost.) e del principio di eguaglianza sostanziale (art. 3, co. 2, Cost.). Dal punto di vista dell'azione amministrativa in ambito sanitario, la medicina di genere si configura come parametro sostanziale di legittimità e proporzionalità dell'azione pubblica, in quanto orienta l'organizzazione e l'erogazione dei servizi verso criteri di efficacia e adeguatezza rispetto alle differenze biologiche, cliniche e socio-relazionali tra i soggetti destinatari delle prestazioni sanitarie. Ne deriva che l'adozione della medicina di genere come principio costituzionale non costituirebbe una mera innovazione tecnica, bensì l'affermazione di una garanzia strutturale, vincolante per l'intero apparato pubblico, orientata alla realizzazione concreta dell'eguaglianza di genere nell'accesso e nella fruizione dei diritti sociali fondamentali. Leggere la giurisprudenza costituzionale attraverso le "lenti del genere" consente di riconoscere che il diritto di per sé non è inevitabilmente maschile o strutturalmente incapace di tutelare le donne, come a volte si è sostenuto. Al contrario, il principio costituzionale di eguaglianza se correttamente interpretato, può essere uno strumento efficace per correggere le disuguaglianze sanitarie che colpiscono le donne, spesso invisibili nel sistema sanitario costruito su modelli maschili. Ad esempio, se si assume che la salute delle donne richieda attenzioni specifiche, come nel caso della medicina di genere, della tutela della salute riproduttiva o della diversa incidenza e sintomatologia di molte patologie, allora l'uguaglianza non va intesa come trattamento identico tra uomini e donne, ma come necessità di trattamenti differenziati per garantire pari tutela**.** In questo senso, la giurisprudenza della Corte costituzionale può e deve essere letta come alleata**,** quando riconosce che l'eguaglianza sostanziale richiede la rimozione di ostacoli specifici che impediscono alle donne di godere pienamente del diritto alla salute. Una giurisprudenza orientata in tal senso, non perpetua pregiudizi, ma li smonta e consente di ribaltare la visione tradizionale, spesso neutra solo in apparenza, che ha storicamente marginalizzato le istanze sanitarie femminili. Il principio costituzionale di uguaglianza può così essere un potente strumento di emancipazione e giustizia di genere che consente di ribaltare la tradizionale visione dei rapporti di genere. Sesso e genere non possono essere considerati concetti sovrapponibili[74]. Il sesso attiene alle differenze biologiche e fisiologiche tra uomini e

[74] Sulla differenza tra "sesso" e "genere" sotto il profilo del principio di uguaglianza, B. PEZZINI, Costruzione del genere e costituzione, in B. PEZZINI (a cura di), La costruzione del genere. Norme e regole, Vol. I, Sestante editore, Bergamo, 2012, 3 e 45.

ISSN 2036-7821

donne, mentre il genere rappresenta una costruzione sociale e culturale che incide profondamente sulle modalità di percezione, esperienza e gestione della salute. Il genere costituisce un determinante essenziale di salute, influenzando variabili cruciali quali lo stato di benessere psicofisico, l'accesso ai servizi sanitari, la diagnosi, l'evoluzione delle patologie, la risposta ai trattamenti terapeutici e l'efficacia delle cure. Il riconoscimento di tali differenze, non soltanto biologiche ma anche sociali e relazionali, risulta indispensabile per orientare in modo equo ed efficace: la programmazione sanitaria, l'organizzazione dell'offerta di servizi, le priorità della ricerca clinica e farmacologica, e l'analisi dei dati epidemiologici e statistici. Il persistente fallimento nell'implementazione sistemica della medicina di genere richiede interventi strutturali e coordinati, come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. È sufficiente considerare l'impatto economico delle diagnosi errate, dei ritardi terapeutici e della perdita di produttività per comprendere l'urgenza del problema. In tale contesto, l'imperativo di investire nella salute delle donne e nelle politiche sanitarie sensibili al genere risulta non solo eticamente fondato, ma economicamente e strategicamente ineludibile. A ciò deve necessariamente seguire un adeguamento strutturale e organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, basato sull'evidenza scientifica relativa alle differenze di genere. Solo attraverso tale riconfigurazione sarà possibile garantire una presa in carico effettivamente personalizzata, fondata sul rispetto delle specificità biologiche, cliniche e sociali della persona, in coerenza con i principi di eguaglianza sostanziale e tutela della salute sanciti dalla Costituzione. Tuttavia, la riorganizzazione del sistema sanitario impone l'esigenza di una riflessione critica, in grado di mettere in discussione non solo i modelli teorici e le prassi dominanti, ma anche le categorie analitiche consolidate, soprattutto laddove queste si rivelino inadeguate a rappresentare la complessità dei bisogni sanitari femminili. L'elaborazione di un assetto sanitario realmente inclusivo non può limitarsi alla formulazione di risposte standardizzate, 1681 porre nuove domande e di intercettare le istanze inedite che emergono dall'esperienza concreta delle donne nel rapporto con i servizi di cura. Tale approccio richiede un pensiero giuridico-scientifico vigile, capace di rimanere aperto al confronto tra i principi normativi (uguaglianza, autodeterminazione, diritto alla salute, non discriminazione) e le pratiche sanitarie effettive, in un contesto in cui la distanza tra la dimensione assiologica del sistema (i diritti fondamentali garantiti a livello costituzionale e sovranazionale) e le disuguaglianze strutturali riscontrabili nella realtà sanitaria si fa sempre più evidente. Richiede un ripensamento delle politiche sanitarie in chiave autocritica, capace di rimettere in discussione modelli centrati su una neutralità solo apparente, che nella prassi si traduce spesso in esclusione o marginalizzazione delle specificità femminili e delle categorie vulnerabili. Ripensare l'organizzazione della sanità in termini di appropriatezza,

ISSN 2036-7821

accessibilità e differenziazione significa, in ultima analisi, riaffermare il ruolo del diritto come strumento di giustizia sostanziale, capace di orientare la scienza medica verso un paradigma realmente universale, fondato sulla cura della diversità e non sull'omologazione. È un'operazione complessa, ma imprescindibile, per non tradire il significato profondo del costituzionalismo contemporaneo. Solo attraverso questo processo di trasformazione sarà possibile superare le disuguaglianze consolidate e assicurare un'effettiva equità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Se, come affermato da autorevole dottrina[75], il fine del diritto costituzionale moderno risiede nella sua capacità di garantire i diritti fondamentali e di delineare un efficace sistema di bilanciamento e separazione dei poteri, allora diventa imprescindibile, soprattutto alla luce delle persistenti disuguaglianze di genere e sociali, interrogarsi sulla concreta configurazione di tali diritti e sulla loro effettiva attuazione. Il diritto alla salute, riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, si presenta come uno snodo cruciale di questa riflessione, imponendo un'analisi critica della capacità delle istituzioni di assicurare un accesso equo, appropriato e non discriminatorio ai servizi sanitari con particolare riferimento alle donne e alle categorie maggiormente esposte a vulnerabilità. La tensione tra universalismo astratto dei diritti e riconoscimento delle differenze concrete costituisce una delle sfide principali per la tenuta del paradigma costituzionale, tanto sul piano normativo quanto su quello organizzativo. In questo contesto, è auspicabile una lettura rinnovata e trasformativa del diritto, che si fondi sulla necessità di superare una concezione formalistica dell'uguaglianza per abbracciare un modello capace di rendere visibili le asimmetrie strutturali e le esigenze specifiche legate al genere[76].

È dunque lecito domandarsi se siano oggi effettivamente disponibili strumenti giuridici e meccanismi di contenzioso idonei a contrastare l'assenza o l'inadeguatezza di politiche sanitarie gender-sensitive, e se tali strumenti possano essere efficacemente attivati anche alla luce degli impegni internazionali assunti dall'Italia. Occorre interrogarsi anche su quali strategie normative, istituzionali e culturali possano essere attivate per superare il persistente "oblio istituzionale" rispetto alla salute delle donne e promuovere un reale approccio di genere nella sanità pubblica. Nel breve e medio periodo, potrebbero essere adottate alcune misure concrete per rafforzare l'equità di genere nel sistema sanitario. Ad esempio, attraverso l'adozione di un decreto ministeriale, si potrebbe procedere all'integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con l'introduzione di standard minimi obbligatori in materia di salute femminile. Tali standard

[75] Sulla tradizione costituzionalista garantisca, L. Ferrajoli, Principia iuris, Teoria del diritto e della democrazia, Laterza, 2007; Id., La costruzione della democrazia, teoria del garantismo costituzionale, Laterza, Roman, 2021.

[76] L. CARLASSARE, Nel segno della Costituzione. La nostra carta per il futuro, Feltrinelli, 2012.

ISSN 2036-7821

dovrebbero includere percorsi diagnostico-terapeutici differenziati per patologie tipicamente femminili, nonché per condizioni che presentano evidenti variabilità cliniche tra i generi. A garanzia dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica di tali interventi, si renderebbe altresì necessario prevedere un obbligo di aggiornamento periodico degli standard stessi, basato su evidenze scientifiche stratificate per sesso e genere, in linea con i principi di medicina personalizzata e con le raccomandazioni internazionali in materia di medicina di genere. Tale impostazione, nel rispetto dell'art. 117 della Costituzione, dovrebbe riflettersi anche a livello pianificatorio, imponendo l'inserimento di indicatori di genere nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nei Piani Sanitari Regionali (PSR), così da consentire l'adozione di obiettivi misurabili di equità di genere (ad es. in termini di accesso, tempi diagnostici, esiti di cura), con indicatori pubblici e trasparenti. Infine, a livello legislativo, una legge ordinaria attuativa degli articoli 3 e 32 Cost., eventualmente rafforzata da una clausola antidiscriminatoria esplicita inserita nella normativa sulla formazione medica (ad es. mediante modifica del D.lgs. 502/1992), potrebbe introdurre un obbligo vincolante e continuativo di formazione in medicina di genere nei corsi universitari delle professioni sanitarie e nei programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM). Tali strumenti, se coerentemente integrati in una strategia multilivello, potrebbero rappresentare una svolta concreta verso l'effettiva realizzazione del diritto alla salute senza discriminazioni di genere.

In questa prospettiva, strumenti giuridici e istituzionali aggiuntivi potrebbero consolidare un approccio sistemico alla medicina di genere. Un Osservatorio nazionale indipendente per l'equità di genere nella salute, con funzioni consultive e ispettive, potrebbe garantire un presidio stabile contro le discriminazioni e promuovere azioni collettive o ricorsi pilota. Parallelamente, il Reg. 2025/327 (EHDS) che istituisce uno spazio europeo dei dati sanitari ed abilita lo scambio e riuso dei dati per ricerca/innovazione, ed offre l'opportunità di standardizzare la raccolta e l'uso dei dati sanitari andrebbe valorizzato per rendere obbligatoria la disaggregazione per sesso e l'integrazione di metadati gender-sensitive, così da orientare ricerca e innovazione verso maggiore equità. Tale proposta si innesta in un solco già tracciato: la legge n. 3 del 18 gennaio 2018 ha introdotto l'obbligo di istituire un "Osservatorio dedicato alla medicina di genere" presso enti vigilati dal Ministero della Salute, per garantire formazione, ricerca e informazione differenziata per genere[77]. Analogamente, prevedere l'obbligo di rappresentanza nei trial clinici, con funzioni di garanzia (come i Garanti per l'Infanzia o la Privacy), potenzierebbe

[77] Nel 2020 si è riunito per la prima volta presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Tavolo dei referenti individuati da tutte le Regioni per l'applicazione del Piano nazionale sulla medicina di genere. I referenti regionali hanno il compito di individuare e trasferire le attività previste dal Piano nazionale in ogni Regione per la loro attuazione nei piani sanitari regionali e per l'inserimento del genere come indicatore sia clinico che organizzativo.

ISSN 2036-7821

significativamente la giustiziabilità del diritto alla salute in un'ottica di genere, favorendo una rappresentatività effettiva nella ricerca clinica[78]. Tali strumenti si fondano su una visione del diritto alla salute non come categoria neutra ma come universale solo se strutturalmente capace di riconoscere e integrare la differenza di genere. L'adozione di misure specifiche non implica la creazione di una tutela separata, bensì la correzione di distorsioni sistemiche che ostacolano l'accesso equo alle cure. Esattamente così si evita di confinare la "salute delle donne" in un ambito residuale, restituendo invece centralità e dignità all'uguaglianza sostanziale sancita dalla Costituzione. Nel quadro dell'evoluzione dei sistemi sanitari pubblici, le innovazioni tecnologiche e scientifiche - tra cui la medicina personalizzata, l'intelligenza artificiale, la telemedicina e l'analisi dei big data - costituiscono strumenti strategici per il rafforzamento dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'azione amministrativa in materia sanitaria. Tuttavia, affinché tali innovazioni tecnologiche si traducano in reali benefici anche sotto il profilo della salute femminile, è imprescindibile che esse siano progettate, sviluppate e applicate secondo una prospettiva di genere e non come una mera opzione tecnica o amministrativa. In assenza di tale approccio, vi è il rischio concreto che i nuovi strumenti digitali riproducano, o addirittura amplifichino, i pregiudizi sistemici già esistenti nei modelli clinici e organizzativi, storicamente calibrati su parametri maschili. Tale orientamento trova fondamento anche a livello europeo, nella *Gender Equality Strategy 2020–2025* della Commissione europea, e nelle raccomandazioni dell'EIGE (European Institute for Gender Equality), che richiamano la necessità di uno sviluppo tecnologico inclusivo e sensibile alle differenze di genere, anche nel settore della salute pubblica[79]. In attuazione del principio di mainstreaming di genere, già sancito dagli artt. 8 e 10 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), le pubbliche amministrazioni sono tenute a considerare l'impatto di genere in ogni fase del processo decisionale, incluse le scelte tecnologiche e organizzative in ambito sanitario. Al tempo stesso, occorre evidenziare il rischio che l'introduzione non governata delle tecnologie sanitarie possa determinare una deriva mercatistica dell'organizzazione dei servizi, orientando l'erogazione delle prestazioni

[78] Questa esigenza è supportata da evidenze empiriche: in Italia, nonostante i progressi normativi, permane una sottorappresentazione delle donne nei trial, specialmente nelle fasi iniziali (I e II). Inoltre, il Regolamento 536/2014 armonizza autorizzazione, trasparenza e protezione dei soggetti nelle sperimentazioni, con implicita esigenza di adeguata rappresentatività dei gruppi.

[79] L'approccio del legislatore nazionale è pienamente in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea, che, attraverso iniziative come il Gender Equality Strategy 2020–2025 e il Piano europeo di lotta contro il cancro, promuove attivamente l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sanitarie, nella ricerca clinica e nell'uso delle tecnologie digitali in sanità (digital health). L'European Institute for Gender Equality (EIGE) sottolinea inoltre la necessità di garantire che le innovazioni in ambito sanitario non riproducano bias di genere già presenti nei dati e nei modelli algoritmici, raccomandando una maggiore rappresentatività delle donne nei dati clinici, nei trial e nelle analisi statistiche su cui si fondano le decisioni pubbliche

ISSN 2036-7821

secondo logiche di offerta e di profitto, piuttosto che secondo i bisogni concreti e personalizzati dei pazienti. In tal senso, l'adozione acritica di soluzioni biotecnologiche può aggravare le disuguaglianze già esistenti, penalizzando in particolare le donne e le categorie sociali più vulnerabili, sia in termini di accesso che di qualità delle cure. Ulteriori criticità si manifestano con particolare evidenza nell'ambito della salute femminile, laddove l'autonomia decisionale della persona, presupposto essenziale per la validità e l'effettività del consenso informato, risulti compromessa da dinamiche comunicative inadeguate, da un eccesso di informazioni non personalizzate, oppure da processi decisionali sanitari eccessivamente automatizzati. Ne consegue che l'adozione di una prospettiva di genere nell'impiego delle nuove tecnologie in ambito sanitario costituisce non solo un obiettivo di policy, ma una condizione giuridicamente necessaria per la realizzazione di una giustizia sanitaria sostanziale, in coerenza con i principi di eguaglianza, universalismo e solidarietà che informano il Servizio Sanitario Nazionale, nonché con gli obblighi derivanti dal diritto costituzionale e sovranazionale. Tale esigenza si impone con particolare urgenza in relazione alla condizione di molte donne che, per ragioni culturali, socioeconomiche o generazionali, non dispongono degli strumenti conoscitivi, digitali o relazionali necessari per interagire in modo critico e consapevole con le tecnologie sanitarie avanzate. In assenza di un adeguato accompagnamento informativo e formativo, il rischio è che l'adozione di soluzioni tecnologiche, per quanto innovative, possa tradursi in una nuova forma di esclusione o di subordinazione sanitaria, aggravando il divario di genere nell'accesso, nella comprensione e nella gestione dei percorsi terapeutici. In questo senso, la tecnologia, se non adeguatamente regolata e umanizzata, può finire per amplificare le diseguaglianze preesistenti, privando le pazienti più vulnerabili – in particolare quelle meno istruite o culturalmente svantaggiate – della possibilità concreta di esercitare il proprio diritto alla salute in modo autodeterminato e consapevole.

In tale scenario di rapida evoluzione scientifica e tecnologica, le frontiere biomediche e digitali non rappresentano soltanto un'opportunità di potenziamento del sistema sanitario, ma pongono anche interrogativi complessi di natura etica, identitaria e antropologica che impongono al legislatore e agli attori istituzionali una governance della tecnologia orientata non solo all'efficienza, ma anche all'inclusività, alla sostenibilità e al rispetto delle differenze, comprese quelle di genere. L'espansione dell'intelligenza artificiale applicata alla diagnosi, l'uso dei big data nella predittività clinica, la personalizzazione delle terapie basata su algoritmi e l'incremento delle piattaforme digitali per la salute sollevano questioni cruciali riguardo alla trasparenza dei processi decisionali, al rispetto dell'autonomia individuale e alla protezione dei dati sensibili. Solo un approccio integrato potrà garantire che l'innovazione non diventi fattore di nuove disuguaglianze, ma strumento effettivo di

ISSN 2036-7821

giustizia sanitaria e costituzionale. Inoltre, non va trascurato il rischio che l'equilibrio tra innovazione ed etica venga compromesso se le scelte cliniche e organizzative vengano orientate più dalla logica della standardizzazione algoritmica che da una reale attenzione alle singolarità biografiche e relazionali dei pazienti. Questo rischio è ancora più evidente se si considera la tendenza storica della medicina a ignorare o sottovalutare le differenze di genere, rendendo urgente una riflessione normativa e culturale che accompagni l'innovazione con criteri di inclusività, responsabilità e giustizia**.** Anche nei nuovi sistemi questi vecchi pregiudizi vengono codificati in quanto la maggior parte degli algoritmi è fatta per malattie più specifiche per gli uomini[80]. Il diritto alla salute ha bisogno di politiche e strumenti giuridici strutturalmente capaci di riconoscere e integrare la differenza come elemento dell'universalità del diritto. Non si tratta, dunque, di "separare" i diritti sanitari delle donne da quelli generali, ma di correggere le distorsioni sistemiche che impediscono a tutte e tutti di fruirne in modo equo. Solo così si evita l'effetto paradossale di una "salute delle donne" vista come ambito separato, e si realizza invece un'effettiva giustizia costituzionale in materia di salute. Da ciò consegue la necessità una governance pubblica della tecnologia che non si limiti a regolare i profili tecnici dell'innovazione, ma che sappia orientarla in modo coerente con i principi costituzionali di uguaglianza, dignità e autodeterminazione, nonché con gli obblighi internazionali assunti dall'Italia in materia di diritti umani, bioetica e protezione contro le discriminazioni. Solo attraverso una simile impostazione sarà possibile trasformare le potenzialità della medicina digitale in strumenti effettivi di equità e giustizia sanitaria, anche sotto il profilo della salute femminile, evitando che l'innovazione diventi nuovo veicolo di diseguaglianze.

Nel quadro del progressivo ripensamento delle politiche pubbliche in materia di salute delle donne non va trascurato il ruolo strategico assunto dalla comunicazione pubblica, intesa non solo come strumento informativo, ma come leva per la costruzione di consapevolezza, responsabilità istituzionale e inclusione. Tale funzione, tuttavia, presuppone il superamento di una concezione monolitica della comunicazione sanitaria, tradizionalmente incentrata su modelli informativi rigidi e burocratici, orientati alla mera trasmissione di direttive istituzionali. Nell'attuale contesto sociale e culturale sempre più articolato e caratterizzato da una pluralità di bisogni, identità e vissuti femminili, si rende necessaria l'adozione di una comunicazione più complessa, differenziata e relazionale. Ciò implica una riformulazione dell'agire comunicativo pubblico, capace di riconoscere e valorizzare

[80] Gli algoritmi di intelligenza artificiale mostrano una maggiore efficacia nell'individuazione dello STEMI (infarto miocardico con innalzamento del tratto ST) e dell'insufficienza cardiaca sistolica, condizioni più frequenti negli uomini, rispetto alle corrispondenti manifestazioni femminili, spesso meno evidenti. Questa disparità tecnica evidenzia criticità di equità diagnostica, richiedendo un'integrazione della prospettiva di genere nella progettazione degli strumenti tecnologici sanitari.

ISSN 2036-7821

le specificità di genere e di promuovere una partecipazione attiva e consapevole delle donne ai processi di cura e prevenzione. In tale prospettiva, la comunicazione pubblica si configura non solo come strumento tecnico, ma come leva giuridico-amministrativa a supporto della piena attuazione del diritto alla salute (art. 32 Cost.), da intendersi in senso sostanziale e non meramente formale, in conformità ai principi di uguaglianza sostanziale (art. 3, co. 2 Cost.), trasparenza, accessibilità e personalizzazione dell'azione amministrativa sanitaria[81]. Questa trasformazione si esprime nel riconoscimento di due aree principali: da un lato, la comunicazione sanitaria deve essere rivolta a garantire trasparenza e accesso ai servizi, dall'altro, la comunicazione sociale per la promozione della salute, che costituisce una parte essenziale della comunicazione pubblica orientata all'interesse collettivo, ha come obiettivo principale non solo l'informazione, ma anche la motivazione all'adozione di comportamenti salutari, promuovendo una visione olistica della salute, in linea con la definizione dell'OMS: uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia. Nel mutato contesto della comunicazione istituzionale in ambito sanitario, il diritto all'informazione si configura come componente essenziale dell'azione amministrativa, assumendo una valenza non solo quantitativa, ma anche qualitativa. In particolare, l'effettivo accesso delle donne a un'informazione sanitaria chiara, completa e culturalmente adeguata si presenta come condizione imprescindibile per garantire l'esercizio pieno e sostanziale del diritto alla salute. Tale esigenza risponde alla necessità di colmare storiche asimmetrie comunicative e di superare approcci standardizzati, non sempre in grado di cogliere le specificità biologiche, sociali e culturali dell'esperienza femminile in ambito sanitario. Alla tradizionale comunicazione istituzionale, connotata da un'impostazione unidirezionale e standardizzata, prevalentemente orientata alla diffusione di prescrizioni sanitarie e al controllo dei comportamenti individuali in funzione dell'ordine pubblico, si è progressivamente affiancato un modello comunicativo più articolato e plurale. Questo nuovo approccio si fonda sull'interazione tra una molteplicità di attori, pubblici e, in taluni contesti, anche privati, e sull'impiego di linguaggi e strumenti comunicativi differenziati, costruiti in relazione ai diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria, istruzione e coinvolgimento dei destinatari. Con particolare riferimento alla salute delle donne, tale evoluzione risponde alla necessità di superare modelli comunicativi neutri solo in apparenza, ma in realtà basati su presupposti androcentrici, che nel tempo hanno contribuito a marginalizzare le specificità biologiche, psicologiche e sociali dell'esperienza femminile. In questa prospettiva, l'informazione sanitaria non può più essere intesa

[81] Sul ruolo della comunicazione e delle campagne di informazione, M. INGROSSO, Comunicare la salute, Milano: Franco Angeli,2001. A. LOVARI, G. DUCCI, Comunicazione Pubblica. Istituzioni, pratiche, piattaforme, Milano: Mondadori Università,2022.

ISSN 2036-7821

come mera trasmissione di dati uniformi, ma assume il valore di strumento di empowerment, in grado di riconoscere e valorizzare la soggettività delle donne, promuovendone la partecipazione attiva e consapevole ai processi decisionali che incidono sulla tutela della propria salute e sull'effettivo godimento dei relativi diritti. Ne discende che l'amministrazione sanitaria, nell'esercizio delle proprie funzioni pubbliche, è tenuta a garantire un'informazione non soltanto accessibile, ma anche comprensibile, trasparente e sensibile alle differenze di genere, in coerenza con i principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (art. 97 Cost.), nonché con il principio personalista e con la tutela del diritto fondamentale alla salute (art. 32 Cost.)[82]. In tale prospettiva, l'effettività del diritto all'informazione sanitaria rappresenta una condizione abilitante per l'esercizio sostanziale del diritto alla salute da parte delle donne, incidendo sulla loro capacità di autodeterminarsi nei percorsi di prevenzione, cura e assistenza. Essa si inserisce, inoltre, nella più ampia funzione amministrativa di promozione del benessere collettivo e di attuazione dell'interesse pubblico primario alla salute, che impone all'amministrazione di adottare modelli comunicativi inclusivi, non discriminatori e orientati al superamento delle disuguaglianze di accesso e trattamento. Anche la comunicazione sanitaria, quale funzione essenziale dell'azione amministrativa nel settore della salute pubblica, riveste quindi, un importante ruolo nella promozione della salute delle donne, in quanto strumento abilitante per l'accesso equo, consapevole e informato ai servizi sanitari. In questa prospettiva, la relazione comunicativa tra operatore sanitario e paziente costituisce, per molte donne, uno dei principali ambiti attraverso cui l'informazione, spesso veicolata da fonti mediali disomogenee e talora contraddittorie ed errate, viene rielaborata, interpretata e trasformata in orientamento decisionale. Questo aspetto assume rilievo particolare alla luce delle disuguaglianze di genere ancora persistenti nell'accesso all'informazione sanitaria, nell'ascolto dei bisogni specifici e nella rappresentazione delle donne nei modelli comunicativi tradizionali. Alla luce di tali criticità, l'amministrazione sanitaria è chiamata a garantire, in conformità ai principi costituzionali (artt. 3, 32 e 97 Cost.), modelli comunicativi differenziati e inclusivi, capaci di tener conto delle specificità di genere e delle condizioni socioculturali delle destinatarie. Ciò risulta coerente anche con gli indirizzi normativi e programmatici dell'Unione Europea, che promuovono un approccio integrato alla salute delle donne, fondato sul principio di non discriminazione e sull'eguaglianza sostanziale nell'accesso ai servizi sanitari. In particolare, la Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al

[82]L'amministrazione sanitaria è chiamata a operare su tre livelli complementari: attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario e amministrativo; raccolta, analisi e monitoraggio dei dati disaggregati per sesso e genere; interventi orientati alla riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi, al fine di garantire l'equità nell'accesso e nella qualità delle prestazioni sanitarie.

ISSN 2036-7821

comitato delle COM(2020) 152 final – "Un'Unione dell'uguaglianza: Strategia per la parità di genere 2020-2025" sottolinea la necessità di affrontare le disparità di genere nei sistemi sanitari, evidenziando come la mancanza di dati disaggregati per sesso e l'assenza di una comunicazione sensibile al genere possano limitare la piena attuazione del diritto alla salute per le donne[83]. Allo stesso modo, il Piano europeo di lotta contro il cancro (2021) e le azioni del Programma EU4Health (2021-2027) riconoscono il ruolo centrale della comunicazione per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e promuovere l'equità nell'accesso alla prevenzione e alle cure[84]; in questo quadro, EU4Health, quale canale di finanziamento dell'UE volto a rafforzare i sistemi sanitari, ridurre le disuguaglianze e migliorare l'uso dei dati, può costituire lo strumento e la cornice finanziaria per l'attuazione di piani e indicatori di medicina di genere a livello nazionale e regionale. Una comunicazione sanitaria pubblica efficace e orientata al genere non solo contribuisce all'effettività del diritto all'informazione, ma si configura anche come condizione imprescindibile per l'attuazione di una governance sanitaria inclusiva, in linea con gli standard europei e internazionali in materia di diritti fondamentali, salute pubblica e parità di genere.

[83] In eur-lex.europa.eu.

[84] Anche gli ospedali che svolgono attività di ricerca sono ricompresi a pieno titolo tra le Research Performing Organizations (RPOs), a cui dal 2022 viene richiesto di dotarsi di un GEP come requisito di ammissibilità di Horizon Europe intendono partecipare al bando.

ISSN 2036-7821