

Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute*

Barbara Pezzini**

Salute e sanità nella prospettiva europea

SOMMARIO: 1. Equità nella salute e nella sanità: sesso e genere per guardare *oltre*. – 1.1. La prospettiva di genere nel Reg. UE/2021/522. – 2. «*Women Get Sicker, Men Die Quicker*»: dati e interpretazioni nel *Rapporto sulla Uguaglianza di genere e salute nell'Unione europea* (2021). – 3. Sesso, genere e salute: equità e salute nella prospettiva intersezionale.

1. Equità nella salute e nella sanità: sesso e genere per guardare *oltre*

Prendendo spunto dalla bella relazione di Lorenzo Chieffi, che parla dei “molteplici volti” della disuguaglianza, vorrei proporre una chiave di riflessione che, più di altre, spinge a pensare problematicamente, e ad affrontare criticamente, il tema dell'equità nei sistemi sanitari e nella tutela della salute: si tratta della prospettiva che rileva l'influenza di sesso e genere sulle condizioni di salute delle persone, permettendo di vedere sempre più lucidamente e più realisticamente dove e in quali forme si manifestino le disuguaglianze e, di conseguenza, quali debbano essere le risposte capaci di costruire una dimensione realistica dell'equità nel sistema della sanità, che è il sistema che attraverso i dati del suo funzionamento rivela le disuguaglianze, ma che, nella sua stessa funzione, è costruito per ridurle – lo è certamente nella dimensione costituzionale dell'art. 32 Cost., che sollecita *oltre* lo stesso art. 168 TFUE.

Concentrando il mio contributo su questo specifico aspetto non intendo dimenticare o trascurare che anche altre questioni di stringente attualità potrebbero sfidare il tema dell'equità *oltre l'art. 168 TFUE*, come chiede espressamente l'impostazione del confronto avviato nel XIX Convegno nazionale di diritto sanitario, e, in particolare, *oltre i confini dell'Europa* (prima fra tutte, nella necessaria consapevolezza della dimensione globale

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende e amplia i contenuti della relazione svolta al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario “Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE?”, Milano, 5-6 novembre 2021.

** Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale nell'Università di Bergamo, barbara.pezzini@unibg.it.

della sfida pandemica, la questione dei vaccini anti Covid-19, che interroga le implicazioni della configurazione dei vaccini come merci o come *beni pubblici globali*¹ e, più in generale, sugli strumenti che costruiscono giuridicamente una solidarietà transnazionale oltre la dimensione euro-unitaria²). Tuttavia, ritengo che l'intersezione tra sesso, genere e salute offra una prospettiva che ancora, per molti versi, manca alla dimensione nazionale e che sta, invece, trovando nella dimensione europea un'attenzione crescente; e che può contribuire in modo significativo a inquadrare la riflessione sull'equità in salute e sanità nel quadro globale della equità sociale e complessiva.

Nella relazione, evidenziato come la crisi pandemica abbia rappresentato una sorta di amplificatore delle disuguaglianze già presenti tra gli Stati e, al loro interno, tra differenti gruppi sociali e tra territori, Lorenzo Chieffi ha registrato positivamente un incremento dell'attenzione dell'UE nell'azione di promozione dei diritti gravemente pregiudicati nel corso delle diverse ondate pandemiche, che ne avrebbe mostrato una – se non inedita comunque – accresciuta propensione solidaristica. Attenzione imposta dall'art. 168 TFUE – che garantisce nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione «un livello elevato di protezione della salute umana» e indirizza l'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, al miglioramento della sanità pubblica, oltre che alla prevenzione delle malattie e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale – e restituita da lunga serie di atti e documenti di *soft law* nonché dal Regolamento UE/2021/522 che istituisce il *Programma d'azione Ue in materia di salute per il periodo 2021/2027 (EU4Health)*.

EU4Health sconta, inevitabilmente, non solo i limiti delle competenze indirette nel settore della sanità pubblica, ma anche quelli riconducibili agli obiettivi complessivi e pur sempre dominanti dell'azione dell'Unione, volti al potenziamento dell'efficienza del mercato interno. In linea con gli obiettivi dell'azione dell'Unione e con le competenze dell'Unione nel settore della sanità pubblica, il programma dovrebbe porre l'accento sulle *azioni in merito alle quali si possono realizzare vantaggi e incrementi di efficienza* mediante la col-

¹ Come riconosciuto formalmente dalla *Dichiarazione finale del Global Health Summit* tenutosi a Roma il 21 maggio 2021: https://www.governo.it/sites/governo.it/files/documenti/documenti/Approfondimenti/GlobalHealthSummit/GlobalHealthSummit_RomeDeclaration.pdf. Per lo sviluppo della riflessione sul punto v. P. ACCONCI, *L'effettività delle azioni internazionali per l'immunizzazione planetaria antiCOVID-19 tra interessi collettivi e unilaterali*, in *Accesso ai vaccini: diritto internazionale ed europeo*, numero speciale di *Eurojus*, 2021, p. 67 ss.

² Come il programma COVAX (*COVID-19 Vaccines Global Access*), istituito nell'aprile 2020 dall'OMS, dall'*Alleanza per i vaccini* GAVI e dalla *Coalizione per le innovazioni in materia di preparazione alle epidemie* CEPI, con il coinvolgimento finanziario di 190 Stati e dell'Unione europea, di cui sono beneficiari un centinaio di paesi a reddito medio-basso (LMIC), per la distribuzione di vaccini di ultima generazione in base alla necessità dei paesi riceventi e a prescindere dall'interesse economico o geopolitico dei donatori. L'Unione Europea, ma lo stesso hanno fatto anche gli altri paesi ad alto reddito, pur essendo uno dei principali finanziatori del meccanismo di approvvigionamento globale per l'acquisto e la distribuzione dei vaccini anti Covid, ha prenotato miliardi di dosi al di fuori del COVAX, compromettendo il funzionamento del sistema: A. VON BOGDANDY, P. A. VILLARREAL, *The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative*, MPIL Research Paper Series No. 2020-46, disponibile su: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3733454, p. 21. Anche sul tema COVAX si vedano le considerazioni presenti in diversi contributi di *Accesso ai vaccini cit.*

laborazione a la cooperazione a livello di Unione e sulle *azioni che producono effetti sul mercato interno*³, secondo un approccio che emerge anche negli altri punti che rimarcano la connessione tra azioni di miglioramento sanitario e finalità di efficienza⁴, rivelando che la tutela della salute non riesce pienamente ad essere considerata/ a emergere come obiettivo per se stessa.

Il programma intercetta, tuttavia, l'occasione di accelerazione indotta dalla crisi pandemica⁵, sollecitando l'attenzione alla riduzione delle disuguaglianze, sia nei confronti degli effetti collaterali delle crisi sanitarie nelle situazioni di vulnerabilità⁶, sia relativamente alle prestazioni di assistenza sanitaria nelle zone rurali, isolate o ultra periferiche⁷.

1.1. La prospettiva di genere nel Reg. UE/2021/522

Su questo sfondo emerge anche la possibilità di considerare le disuguaglianze nell'intersezione di sesso, genere e salute: la capacità di vedere la salute come capitolo rilevante delle questioni di genere⁸ viene, finalmente, a convergere con la capacità di cogliere la prospettiva di genere come tema rilevante delle strategie e dei programmi in materia di salute, integrando la dimensione di sesso e genere in modo sempre più convincente.

Lo dimostra proprio il regolamento 522 che, sia pure dosando le parole con una circospezione che tradisce un impegno minore rispetto ad altri obiettivi individuati con più nettezza⁹, sollecita studi sull'influenza del genere sulle caratteristiche delle malattie allo scopo di contribuire a migliorare le conoscenze e l'educazione in tale ambito, migliorando in tal modo la prevenzione, la diagnosi, il monitoraggio e le cure (*Cons. 25*).

³ Considerando n. 7.

⁴ Così nella definizione del *Cons. 19*, che pone al centro il concetto salute come *investimento* per mantenere le persone in buona salute e attive più a lungo, sottolineando gli effetti sulla *produttività, la competitività e la riduzione delle pressioni sui sistemi sanitari e sui bilanci nazionali*; o nel *Cons. 20*, che rimarca le importanti conseguenze sul piano sociale ed economico delle malattie non trasmissibili.

⁵ *Cons. 11, 12 e 16*.

⁶ Il *Cons. 14* menziona «le persone in situazione di vulnerabilità, comprese quelle affette da malattie mentali e quelle che vivono con o sono più colpite da malattie trasmissibili o non trasmissibili e patologie croniche».

⁷ Il *Cons. 19*, sulla premessa di quegli obiettivi di efficientamento già evidenziati *supra* nella nota 4, indica che il programma dovrebbe sostenere «azioni intese a ridurre le disuguaglianze nella prestazione di assistenza sanitaria, in particolare nelle zone rurali e nelle regioni isolate, tra cui quelle ultraperiferiche, ai fini del conseguimento di una crescita inclusiva».

⁸ La *European Union Gender Equality Strategy 2020–2025* riconosce i rischi per la salute *gender-specific* e prevede, tra l'altro, la facilitazione di scambi regolari di buone pratiche tra Stati membri e *stakeholder* competenti sugli aspetti di genere della salute, compresi diritti alla salute sessuale e riproduttiva. Si veda anche la revisione della piattaforma di azione *Beijing Platform for Action (BPfA) Area C, Women and Health*, ad opera dell'*European Institute for Gender Equality (EIGE)* nel 2020.

⁹ Si confronti l'espressione assai cauta usata nel *Cons. 25*: «Dovrebbe essere possibile promuovere studi sull'influenza del genere ecc.» non solo con l'impegno nei confronti, ad esempio, delle malattie croniche nel *Cons. 23*: «È ben nota l'importanza a tale riguardo della prevenzione e di una diagnosi precoce. Il programma dovrebbe sostenere azioni in tali ambiti e promuovere l'elaborazione di specifiche linee guida», ma anche nei confronti dell'alcolismo nel *Cons. 22*: «è auspicabile che il programma continui a sostenere le azioni in materia di riduzione e prevenzione dei danni connessi all'alcool, con particolare riferimento alla tutela dei giovani».

Viene così indicata una direzione precisa di azione, relativa agli studi sulla correlazione tra genere e malattie, che rappresenta un significativo passo avanti rispetto alla semplice integrazione della parità di genere e dell'eliminazione delle ineguaglianze tra uomini e donne nella sola cornice dell'approccio *mainstreaming*, che è comunque presente nel Regolamento¹⁰; l'integrazione della prospettiva di genere trasversalmente in tutte le politiche (*mainstreaming*), infatti, è certamente corretta e opportuna, ma resta fortemente esposta al rischio di rimanere priva di riscontri effettivi: così, ad esempio, dopo aver dichiarato un generale impegno a far propri i principi della parità dei sessi e della non discriminazione in tutte le sue azioni (*Cons.* 11), il precedente Regolamento Ue 282/2014 si limitava a richiamare in modo affatto generico la necessità di affrontare la prevenzione «operando in un contesto che tenga conto della dimensione di genere» (*Cons.* 14), senza contenere specificazioni ulteriori, se si esclude la menzione della necessità di tenere conto, fra gli altri elementi, della parità di genere *nella programmazione in termini di organico* del personale sanitario (3.3, nell'allegato relativo all'individuazione delle priorità tematiche legate della realizzazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili).

Nell'*Allegato I* del nuovo programma di azione *EU4Health*, invece, obiettivi specifici correlati alla dimensione di genere dell'equità in sanità compaiono espressamente nell'elenco delle azioni ammissibili al finanziamento¹¹: si menziona, infatti, il sostegno alla realizzazione e all'ulteriore sviluppo di indagini, studi, raccolte di dati e statistiche comprensive di dati disaggregati per genere ed età (ob. 1, lett. b) e, fra le azioni che rispondono all'obiettivo di migliorare l'accesso a servizi di qualità, incentrati sul paziente e basati sui risultati, si individua il sostegno alle azioni degli stati volte a promuovere l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e di sostegno ad approcci integrati e intersettoriali alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento e all'assistenza (ob. 7, lett. c). In stretta connessione, il riferimento al genere è presente in forma altrettanto esplicita nell'*Allegato II* relativo agli indicatori per la valutazione del programma; in particolare, il riferimento alla distinzione per genere è introdotto sia in relazione alle percentuali di sopravvivenza dopo diagnosi di tumore pediatrico, sia in riferimento alla copertura dei programmi di *screening* tumorali (indicatori n. 9 e 10); ed è previsto con riferimento al numero azioni riguardanti la prevalenza delle malattie croniche (n. 12), nonché «se possibile» per il numero delle azioni riguardanti la prevalenza per età del consumo di tabacco (n. 13) e del consumo nocivo di alcol (n. 14).

¹⁰ Viene suggerita nel *Cons.* 50: «Conformemente all'articolo 8 TFUE, in tutte le sue azioni l'Unione mira a eliminare le ineguaglianze, nonché a promuovere la parità, tra uomini e donne. È opportuno tenere conto della parità di genere, nonché dei diritti e delle pari opportunità per tutti, e dell'integrazione di tali obiettivi, e promuoverli durante l'intera valutazione, preparazione, attuazione e sorveglianza dei programmi pertinenti».

¹¹ Negli articoli 3 e 4 la riduzione delle disuguaglianze sanitarie (art. 3, lett. a) compare come obiettivo generale e viene declinata nell'obiettivo specifico di «sostenere le azioni volte a porre fine alle disuguaglianze in ambito sanitario» (art. 4, lett. a).

2. «Women Get Sicker, Men Die Quicker»: dati e interpretazioni nel Rapporto sulla Uguaglianza di genere e salute nell'Unione europea (2021)

Nel corso del 2021 è stato anche pubblicato un importante Rapporto intitolato *Gender equality and health in the EU*, promosso dalla *Unità D2 Gender Equality* della *Direzione generale Giustizia e Consumatori della Commissione Europea* e curato da Paula Franklin, Clare Bambra e Viviana Albani per la fondazione Brodolini¹².

Il lavoro contribuisce a rendere evidenti le complesse implicazioni reciproche di sesso, genere e salute, fornendo un'ampia raccolta di informazioni, dati, indicatori, prassi e letteratura in materia, e, nelle conclusioni, indirizza specifiche raccomandazioni sia al livello dell'Unione europea, sia al livello degli Stati membri¹³.

Nel suo approccio, muove dal paradosso che vede le donne, a fronte di una maggiore aspettativa di vita (minore tasso di mortalità), ammalarsi di più rispetto agli uomini (maggiore tasso di morbilità) ed essere le prime consumatrici di farmaci: *women get sicker, men die quicker*¹⁴.

Un paradosso che viene attentamente percorso dal Rapporto in tutte le sue principali manifestazioni, fornendo la presentazione e la discussione di un'ampia raccolta di dati differenziati per genere che disegnano chiaramente come le condizioni di salute, fisica e psichica, degli uomini e delle donne presentino obiettive e rilevanti differenze, in relazione ai tassi di mortalità¹⁵ e morbilità¹⁶, alle cure e al consumo di farmaci¹⁷. Le differenze di genere vengono costantemente poste in correlazione anche con i livelli di istruzione, l'età,

¹² Fondazione Brodolini srl (contratto JUST/2017/RGEN/PR/EQUA/0159); le autrici appartengono al *Population Health Sciences Institute* della *Newcastle University*.

¹³ Completano il Rapporto tre *Appendici*, rispettivamente dedicate all'illustrazione di pratiche relative all'accesso ai servizi, allo sviluppo della sensibilità di genere nelle professioni sanitarie, alle tavole di dati, e un'ampia bibliografia.

¹⁴ Paradosso rilevato già nel 1995 da L. DOYAL, *What makes women sick: Gender and the political economy of health*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ).

¹⁵ Il *gender gap* nell'aspettativa di vita delle donne europee rispetto agli uomini è pari a 5.3 anni (83.6 / 78.3) e si riduce a 0.4 nell'aspettativa di vita sana (63.8/63.4); in Italia è rispettivamente 4.4 (85.6/81.2) e 0.1 (66.9/66.8).

¹⁶ Nella popolazione sopra i 16 anni le donne italiane indicano di soffrire di condizioni di salute cattive o molto cattive nella misura del 44% in più rispetto agli uomini (in termini di percentuale sulla popolazione il totale è pari al 6.8% della popolazione, dato dal 7.9% delle donne e 5.5% degli uomini; la media dei 28 paesi europei è del 24% in più per le donne, su un totale dell'8,4% della popolazione); anche nella popolazione anziana, sopra i 65 anni, resta superiore del 40% (il totale rappresenta il 18.3% della popolazione – che corrisponde anche alla media europea – dato dal 20.9% delle donne e il 14.9% degli uomini; la media europea si riferisce, invece, al 19.9% delle donne e 16.3% degli uomini, con una percentuale di differenza del 22%). Le condizioni della salute psichica rilevano in Italia il 61% in più di donne che dichiarano sintomi depressivi rispetto agli uomini (4.3% della popolazione sopra i 15 anni, 5.3% donne e 3.3% uomini; la media europea è del 46% in più per le donne, su un totale che rappresenta il 6.7 della popolazione); il tasso di mortalità per suicidio e autolesionismo intenzionale registra, invece, una differenza del 76% in meno per le donne (73% in meno è l'analoga media europea), rispetto a un dato di incidenza sulla popolazione pari a 9.83 casi maschili e 2.40 femminili per 100.000 abitanti (16.96 casi maschili e 4.51 femminili per quanto riguarda la media europea).

¹⁷ Sono infatti le principali consumatrici di farmaci (il 42% delle donne, a fronte del 34% degli uomini; un divario che tende a ridursi con la fine dell'età fertile perché tra i farmaci considerati sono inclusi i contraccettivi) e si rivolgono in misura

le cause di mortalità e con altri ricorrenti fattori di differenziazione delle condizioni personali (condizioni economiche, territoriali, di appartenenza e origine etnica e nazionale). La necessità di disporre di dati attendibili, adeguati e periodicamente aggiornati, su cui il Rapporto insiste costantemente, rimarcandone spesso l'insufficienza, viene inquadrata dal richiamo della letteratura scientifica, dalla quale si ricava la presenza di quattro fondamentali linee di indirizzo nelle interpretazioni e spiegazioni del paradosso, che mostrano come i fattori biologici e quelli sociali attinenti a sesso e genere giochino un ruolo importante e interconnesso¹⁸.

Ciò appare evidente già nelle ricerche rivolte a fornire spiegazioni essenzialmente *biologiche*, che si concentrano sulla diversa configurazione biologica e genetica dei corpi maschili e femminili (vengono richiamati gli studi diretti a rilevare differenze del sistema immunitario e risposte differenziate allo stress ossidativo, così come variazioni a livello mitocondriale, oppure che studiano l'influenza del sistema ormonale, in particolare la connessione tra osteoporosi e livello degli estrogeni, o, ancora, che ipotizzano basi genetiche della depressione femminile). Proprio dagli studi di orientamento biologico, infatti, emerge come i dati restituiti dalla ricerca siano ancora largamente insoddisfacenti¹⁹, lasciando intravedere condizioni e cause largamente di natura culturale e sociale che pesano sull'adeguatezza della ricerca²⁰.

Le spiegazioni di *natura sociale* rilevano, invece, in particolare il peso dei ruoli familiari sulla salute e la cura: sul *doppio ruolo* delle donne, che pure consente loro di beneficiare degli effetti positivi che sono connessi al loro posizionamento al centro della rete di relazioni familiari, pesano quelli negativi della costante esperienza di conflitto tra ruolo domestico ed extradomestico. Per converso, si osserva come sulle condizioni di salute e sulla morbilità incidono anche i modelli prevalenti di mascolinità, che inducono negli uomini una maggiore sollecitazione a comportamenti a rischio, compreso l'abuso di alcol e sostanze, e una minore propensione a curarsi e ad accedere ai servizi sanitari. Le spiegazioni di *natura economica* mostrano l'incidenza sulla salute delle donne dei fattori socioeconomici, quali povertà, bassa istruzione, segregazione nel mercato del lavoro, lavoro precario, che le colpiscono in misura differenziata rispetto agli uomini.

maggiormente anche ai servizi medici (53.3% delle donne e 41% degli uomini) e psicologico-psichiatrici (4% delle donne e 2.7% degli uomini).

¹⁸ P. RIEKER, C. BIRD, *Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives*, in *The Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2005, vol. 60, Special no 2, p. 40.

¹⁹ S. AUSTAD, K. FISCHER, *Sex differences in life span*, in *Cell Metabolism*, 2016, Vol. 23, No 6, pp. 1022-1033.

²⁰ Una ricerca medica e farmacologica basata prevalentemente su corpi e vissuti maschili, che non riesce a intercettare il modo diverso in cui donne e uomini si ammalano, conferma e riproduce quella che, già nel 1991 nel contesto delle malattie cardiache, era stata chiamata la «sindrome di Yentl», per lamentare la incapacità della ricerca e, di conseguenza, della pratica medica di intercettare le specificità femminili nelle malattie cardiache: B. HEALY, *The Yentl Syndrome*, in *The New England Journal of Medicine*, July 25, 1991, p. 274

Infine, le spiegazioni che si concentrano sulle diverse configurazioni delle *politiche pubbliche* come determinanti di macro-livello delle disuguaglianze di genere ne restituiscono correlazioni complesse rispetto ai tassi di mortalità e morbilità di uomini e donne: in riferimento ai tassi di mortalità per malattie cardiache, la presenza di servizi pubblici per l'infanzia corrisponde a una riduzione della per entrambi i sessi; la presenza di congedi parentali pagati e la formazione professionale hanno una correlazione positiva con la riduzione della mortalità femminile per malattie cardiache; quanto alla morbilità, le donne beneficiano più degli uomini degli investimenti nelle politiche sociali, per la maggiore propensione a curarsi e accedere ai servizi sanitari.

Presentando i dati disponibili, il Rapporto fa oggetto di considerazione specifica alcune correlazioni che, almeno apparentemente, appaiono meno spiegabili; ad esempio, si rileva una diffusa, per quanto differenziata, prevalenza maschile fra le persone con indice di massa corporea superiore a 30 kg/m²: l'obesità riguarda il 23% della popolazione europea, con un differenziale di genere di 1.3 punti, che sale a 5.3 e 5 nel caso di Danimarca e Svezia e si riduce a 0.3 per Cipro²¹. La ricerca non sembra avere rilevato – cosa che viene segnalata come dato di interesse – correlazioni territoriali (modelli regionali) evidenti rispetto alle percentuali totali e ai differenziali di genere dell'obesità nei diversi paesi. Segnala, tuttavia, anche una sproporzionata prevalenza delle donne per quanto riguarda i tumori collegati all'obesità: i tumori dell'endometrio, del colon e del seno rappresentano il 73% di tutti i tumori legati all'indice di massa corporea nelle donne; inoltre, nonostante gli studi suggeriscano che il 10% dei tumori al seno post-menopausa (il tumore più diffuso nelle donne a livello mondiale) potrebbero essere prevenuti con il controllo del peso, la percentuale dei casi di tumori femminili ascrivibile all'eccesso di grasso corporeo supera in quasi tutti i paesi europei la media mondiale (5.3%; in Repubblica Ceca e Malta risulta più che doppia)²².

Muovendo dall'evidenza di una diffusa condizione di salute peggiore per i migranti e gli appartenenti ai gruppi etnici minoritari (compresa specificamente la popolazione Rom), anche la correlazione con l'origine nazionale o etnica viene fatta oggetto di attenzione specifica, con l'intento dichiarato di reagire alla carenza di dati disponibili a evidenziarla e sollecitare una prima riflessione sull'importanza di questo fattore. Le condizioni di salute delle donne di queste minoranze risultano sempre significativamente peggiori di quelle delle donne dei paesi ospitanti, in particolare in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e al rischio di violenza: ma anche la depressione *post partum* colpisce le migranti in misura doppia rispetto alle autoctone, la mortalità di parto registra 9 morti in più all'anno

²¹ Per l'Italia l'obesità riguarda il 19.5% delle donne e il 20.1% degli uomini. Mentre in Regno Unito, Irlanda, Grecia, Portogallo, Croazia, Slovenia, Estonia, Lituania e Lettonia è prevalente l'obesità femminile, con un differenziale che va da 3.6 punti percentuali della Lituania a 0.4 dell'Irlanda.

²² V. a p. 16 del Rapporto il rinvio all'*European Health Interview Survey* - EHIS consultabile all'indirizzo https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm.

ogni 100.000 parti, il rischio di partorire neonati morti è superiore del 40%, la mortalità perinatale del 35%, quella dei neonati del 34% e quella infantile del 33%.

Altrettanto specifica è l'attenzione rivolta alle condizioni di lavoro, considerate un fattore decisivo nell'esplorare, e impegnarsi a spiegare, le differenze nelle condizioni di salute maschili e femminili.

Una prima preoccupante evidenza è la persistenza della *sindrome di Yentl*²³, che inficia gli studi sulle malattie professionali, nei quali le donne vengono spesso ignorate.

Per esempio, da una recente revisione condotta sugli studi dedicati all'analisi dell'origine professionale di una malattia come il cancro ai polmoni, la cui elevata incidenza fra gli uomini e fra le donne risulta analoga, ha mostrato che il 51% delle ricerche si era specificamente focalizzato sugli uomini, il 45% aveva considerato un campione misto e solo un 4% aveva preso direttamente in considerazione le donne. Analogamente, lo studio dell'esposizione a sostanze dannose resta sottovalutato nei settori a prevalente impiego femminile, come quello sanitario o nei servizi di pulizia, cosmetici o di parrucchieri, ma anche in altri settori a vasto impiego di manodopera femminile come l'agricoltura o la gestione dei rifiuti: il *Rapporto* evidenzia che in Francia, nel settore altamente femminilizzato dei servizi domestici, il 28% del personale risulta esposto a sostanze cancerogene non incluse nella regolazione delle malattie professionali riconosciute, il cui impatto resta, perciò, invisibile²⁴.

D'altra parte, in ragione della segregazione orizzontale del mercato del lavoro, le donne sono meno presenti nei settori a più elevato rischio di incidenti sul lavoro, che colpiscono, infatti, in prevalenza gli uomini²⁵, anche se prevalgono nei settori medico-sanitario, dell'assistenza sociale, dell'educazione, della pubblica amministrazione e del commercio, nei quali si rileva un'alta esposizione al rischio di violenze da parte di terzi.

I dati sulla segregazione di genere in relazione all'organizzazione dei settori sanitario e sociale aiutano a introdurre l'analisi dell'accesso ai servizi sanitari e a riflettere sulla necessità di una sensibilizzazione di genere nella pratica medica²⁶.

In tutta Europa sono quasi esclusivamente femminilizzati il settore infermieristico e dell'assistenza alla persona, pubblica e domestica; il settore della "economia della cura", che registra una domanda in crescita, resta marcato da condizioni di lavoro povero e precario, con elevato grado di rischi per la salute fisica e mentale e per la stessa sicurezza fisica delle lavoratrici. Le professioni mediche hanno però registrato un incremento significativo della componente femminile, che dal 2019 risulta prevalente in venti paesi europei su ven-

²³ Vedi sopra nota 20.

²⁴ Richiamando uno studio rintracciabile all'indirizzo: https://www.etui.org/sites/default/files/ez_import/2014-Guide_Cancers_EN.pdf.

²⁵ La media europea è inferiore del 53% per le donne, quella italiana del 18%.

²⁶ Cui sono dedicati i capitoli 3 e 4 del Rapporto.

tutto (in Italia la percentuale femminile resta invece al 46% del totale dei medici generici e specialisti).

Le rilevazioni dei dati relativi ai bisogni di cura non soddisfatti – con una significativa prevalenza femminile (37% in più degli uomini è la media europea; 33% in Italia) – mostrano che i problemi riguardano sia la *disponibilità* delle cure (liste d'attesa; carenze dei servizi), sia l'*accessibilità* (distribuzione sul territorio; costi elevati dei servizi privati), sia l'*accettabilità* delle condizioni di accesso (orari incompatibili con i tempi di lavoro o di altri impegni).

Sulle donne gravano in particolare e in modo differente dagli uomini sia le barriere finanziarie (a causa delle loro condizioni di reddito generalmente inferiori e anche per un minore accesso delle donne ad assicurazioni private e complementari), sia quelle territoriali (per la maggiore dipendenza delle donne dal sistema di trasporto pubblico); ma spesso sono anche gli oneri familiari e di cura a condizionare negativamente l'accesso ai servizi medici delle donne.

Il Rapporto non manca di rilevare la carenza di dati e di analisi specificamente dedicate ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva; sono molti i sistemi sanitari europei che neppure dispongono di dati disaggregati per genere, età, disabilità, origine etnica o nazionale e condizioni economiche nell'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. Un dato che forse neppure sorprende, nella misura in cui dà conferma del perdurante pregiudizio di genere che contribuisce a occultare la condizione femminile, ma che certo non può non apparire preoccupante, per la centralità della salute sessuale e riproduttiva nell'esperienza di vita delle donne.

Il Forum Popolazione e Sviluppo del Parlamento europeo ha recentemente promosso un progetto di ricerca in materia di contraccezione (*European Contraception Atlas 2018*) che restituisce un panorama europeo per certi versi sorprendente: la percentuale di donne in età fertile sposate o conviventi che fa uso di contraccezione è del 69%, inferiore alle percentuali dell'America del Nord, dell'America latina e della regione caraibica; la percentuale di gravidanze non pianificate raggiunge il 43%; l'accesso alla contraccezione è considerato eccellente in soli sei paesi (Belgio, Germania, Francia, Olanda, Norvegia e Regno Unito), molto buono in undici, medio in nove (tra i quali l'Italia), ma povero in sette e molto povero tredici paesi; in ogni caso, la contraccezione risulta generalmente particolarmente difficile per adolescenti, persone a basso reddito, popolazioni rurali, persone con HIV, migranti e rifugiati. La percentuale di insoddisfazione delle esigenze di pianificazione familiare – riferita a coppie in età riproduttiva che pur desiderando evitare o rimandare una gravidanza non utilizzano metodi contraccettivi – è significativa (varia dal 4% della Francia al 13.5% della Bulgaria; in Italia è del 10.5%); solo Belgio, Francia e Regno Unito prevedono forme di gratuità o rimborso per i contraccettivi. Non solo: oltre 500.000 donne in Europa nei primi mesi di gravidanza non hanno accesso ai servizi sanitari; solo una parte degli stati membri (undici, tra i quali l'Italia) garantiscono assistenza gratuita per la gravidanza e il parto anche alle straniere in condizioni irregolari e, in generale, l'assistenza alla maternità si presenta particolarmente problematica per le donne straniere e migranti sotto una pluralità di aspetti, relativi alle condizioni economiche, culturali, linguistiche e psico-

logiche, oltre che per le barriere in termini di condizione legale (regolarità del soggiorno). Nel 2020 il *Commissario Speciale* delle Nazioni Unite per la violenza contro le donne, che aveva promosso una indagine in tal senso²⁷, ha raccolto segnalazioni di forme di *violenza ostetrica*²⁸ provenienti da quindici paesi europei, compresa l'Italia²⁹, che descrivono una serie di comportamenti *attivi* (abusi fisici intenzionali e deliberati) e *passivi* (trascuratezza non intenzionale per ragioni di cattiva organizzazione o sovraffollamento del servizio), *individuali* (abusi verbali da parte del personale sanitario nei confronti delle donne) o di *natura istituzionale* (carenza di posti letto, mancanza di privacy) che influiscono sulla salute della donna e compromettono il suo diritto a un trattamento rispettoso, dignitoso e umano nell'esperienza del parto, e che violando la dignità e l'autodeterminazione possono diventare un disincentivo all'utilizzo dei servizi e persino alla riproduzione.

Per quanto la sensibilizzazione sul tema della violenza ostetrica possa essere considerata recente, l'OMS ha sollecitato un'adeguata formazione del personale medico e di assistenza e un ripensamento delle modalità di organizzazione dei servizi di assistenza al parto per garantire una "*women-centred care*" (assistenza incentrata sulle donne)³⁰. Nella stessa direzione vanno una serie di progetti europei, evidenziati dal Rapporto, che attestano un impegno crescente della medicina di genere (SGSM, *sex and gender sensitive medicine*), nella ricerca e nella formazione del personale sanitario³¹, volti a rispondere alle criticità riscontrate in tutti i paesi dell'area UE.

Il Rapporto di ricerca si chiude con una prima riflessione sulla pandemia da Covid-19, che ne coglie ed evidenzia l'impatto differenziato di genere: benché l'indice di mortalità sia più elevato tra gli uomini, le politiche di *lockdown* hanno portato a un incremento della violenza di genere e hanno ridotto le possibilità di accesso ai servizi sanitari da parte delle donne, accrescendo la vulnerabilità delle donne di minoranze etniche o migranti; e anche gli effetti economici di lungo termine si prevedono peggiori per le donne³².

Gli esiti di questa ampia ricognizione di dati e ricerche su uguaglianza di genere e salute nell'Unione europea, riassunti nel capitolo conclusivo, introducono una serie di *Raccomandazioni*³³, indirizzate sia al livello dell'UE, sia degli Stati membri, che collocano i dati

²⁷ *Mistreatment and violence against women during reproductive healthcare with a focus on childbirth*.

²⁸ La terminologia varia negli studi, che parlano di violenza ostetrica, mancanza di rispetto o abuso, maltrattamento nell'assistenza al parto, v. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29073914/>

²⁹ V. Osservatorio Italiano sulla violenza ostetrica: <https://ovoitalia.wordpress.com/2020/05/>

³⁰ V. *New WHO evidence on mistreatment of women during childbirth*: <https://www.who.int/reproductivehealth/mistreatment-of-women-during-childbirth/en/>

³¹ *European Gender Medicine Network* (EUGenMed) (2016), *Final Report Summary* – EUGENMED (*European Gender Medicine Network*): <https://cordis.europa.eu/project/id/602050/reporting>; *European Commission* (2017b), *Project brochure GenCAD*: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_gencad_brochure_en.pdf.

³² Delle stesse autrici del Rapporto v. anche *COVID-19 and the gender health paradox*, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–10, 2020.

³³ Cap. 6.2, p. 59–62, fra le quali sono indicate come priorità a livello dell'Unione: rapido sviluppo di un sistema IT di regolazione e monitoraggio dei test clinici; indagine sulle perduranti disuguaglianze di genere e salute e sulle politiche

raccolti e discussi, così come quelli di cui si sollecita la provvista, nel quadro generale delle politiche sociali e dell'equità di genere nella salute e nella sanità³⁴.

Anche senza percorrere nel dettaglio, è significativo sottolineare come la sensibilizzazione a sesso e genere in quanto determinanti fondamentali per la configurazione di un sistema di elevata protezione della salute incroci continuamente l'attenzione alle altre variabili, in particolare con riferimento alle condizioni lavorative (in generale, richiedendo di identificare i fattori di rischio in base al sesso e genere, e in particolare, promuovendo trasparenza e parità salariale e migliori condizioni di lavoro nel settore dei servizi sanitari e dell'assistenza alla persona), all'età (sollecitando l'inserimento di genere e salute nella formazione obbligatoria), all'appartenenza a minoranze (con la previsione di programmi per minoranze etniche e migranti che si indirizzino alle barriere culturali e linguistiche).

3. Sesso, genere e salute: equità e salute nella prospettiva intersezionale

L'approccio che integra sesso e genere come dimensioni specifiche dell'equità nella salute e nei servizi sanitari è, infatti, una prospettiva multi-dimensionale, che incrocia al sesso/genere altre determinanti o variabili, e più specificamente *intersezionale*, nel senso di rivolta a considerare come l'interazione con il genere di altri fattori o condizioni di rischio e/o vulnerabilità produca effetti specifici, qualitativamente differenti dalla mera sommatoria, la cui complessità va adeguatamente considerata³⁵.

pubbliche di promozione dell'equità; piena inclusione della dimensione di genere nel quadro generale strategico per la salute e sicurezza del lavoro; monitoraggio specifico delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, identificazione delle aree di cambiamento e pubblicazione dei risultati; aggiornamento della legislazione sulla protezione e il supporto alle vittime di violenza di genere; implementazione ed efficienza della formazione per il personale sanitario in relazione alla violenza di genere; parità e trasparenza delle retribuzioni nei servizi sociali e sanitari per rendere consapevoli della segregazione del mercato del lavoro; uso della centralità del settore sanitario nella lotta al Covid-19 per richiamare l'attenzione alle condizioni di lavoro e ai rimborsi; finanziamento di materiale destinato alla integrazione di sesso e genere nella formazione delle professioni sanitarie; sviluppo di linee guida per la diagnosi e la cura con sensibilità di genere; uno studio sulle differenze di genere nell'impatto a lungo termine del Covid-19.

³⁴ Richiamando J. BECKFIELD, K.A. MORRIS, C. BAMBRA, *How social policy contributes to the distribution of population health: the case of gender health equity*, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 2017, Vol. 46, No 1, p. 6.

³⁵ L'attenzione indispensabile all'intersecarsi e combinarsi della subordinazione di genere con le altre condizioni di subordinazione è restituita dal concetto di intersezionalità, risalente agli studi di K. CRENSHAW (*Demarginalising the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine*, in *Feminist Theory and Antiracist Policies. The University of Chicago Legal Forum*, 1989, 140) su cui si vedano C.A. MACKINNON, *Intersectionality as Method: A Note*, in *Signs. Intersectionality: Theorizing Power, Empowering Theory*, Vol. 38, No. 4, 2013, pp. 1019-1030 e da ultimo B. BELLO, *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, Milano, 2020. Sulla differente nozione di discriminazione in forma multipla e delle sue plurime articolazioni, D. SCHIEK, *From European Union non-discrimination law towards multidimensional equality law for Europe*, in D. Schiek, V. Chege (eds.) *European Union Non-Discrimination Law. Comparative Perspectives on Multidimensional Equality law*, London-New York: Routledge-Cavendish, 2009, 12-13; T. MAKKONEN, *Compound and Intersectional Discrimination: Bringing the Experiences of the Most Marginalized to the Fore*, Åbo Akademy University, 2002, 10-11, disponibile in <http://www.ilgaeurope.org/content/download/24688/157174/version/1/file/multiple,+compound+and+intersectional+discrimination.pdf>; S. BURRI, D. SCHIEK, *Multiple Discrimination*

A partire dalla necessaria consapevolezza che, parlando di salute, il riferimento è sempre saldamente ancorato alla dimensione della corporeità e della biologia – cioè al sesso – ma non può per questo mai prescindere dalla considerazione delle costruzioni sociali che insieme interpretano e definiscono l'appartenenza sessuale – cioè il *genere*. La complessità è, dunque, prima di tutto, la complessità del *sistema sesso-genere*, che già come tale presenta una configurazione bi-dimensionale.

Proprio sul terreno della salute (diritto costituzionalmente riconosciuto come fondamentale) e della sanità (funzione e struttura organizzativa cui è affidata la tutela dell'interesse collettivo alla salute e la garanzia del diritto fondamentale individuale) emerge con forte evidenza come *sesso e genere* siano due categorie di analisi entrambe imprescindibili, senza che una sola di esse possa considerarsi esaustiva o autosufficiente (o capace di inglobare l'altra)³⁶.

Sesso e genere sono entrambi presenti a definire strutturalmente la condizione della persona in relazione *ad ogni aspetto della prevenzione, della diagnosi, della cura e del trattamento delle malattie che l'analisi di genere può illuminare*, in quanto prospettiva descrittiva e interpretativa della differenza e della relazione tra i sessi; prospettiva che indaga il modo sessuato di esistere di una società utilizzando un codice *binario* (che rileva due sessi, uomini e donne) e *relazionale* (che implica dialettica e reciprocità tra le sue componenti), che restituisce una relazione gerarchica (in quanto elaborazione, variabile

in EU Law. Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination? European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit EMPL/G/2, disponibile in http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplediscriminationfinal7september2009_en.pdf

³⁶ Di una visione delle categorie di sesso e genere insieme approssimativa e sbilanciata, che rinuncia alla complessità, troviamo un'eco, al netto delle strumentalizzazioni ideologizzanti, nella discussione sul ddl Zan (A.S. 2005, *Misure di prevenzione e contrasto della discriminazione e della violenza per motivi fondati sul sesso, sul genere, sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere e sulla disabilità*), la cui discussione si è arenata il 27 ottobre 2021 al Senato con l'approvazione del non passaggio all'esame degli articoli. Il ddl aveva provato – a mio avviso improvvidamente, per quanto a fini limitati – a trasferire nella sua parte definitoria le categorie di sesso e genere in una base giuridica, tagliando come se fosse la spada di Gordio la loro embricazione. Le definizioni, su cui si sono accese, anche fuori dal parlamento, riflessioni e polemiche contrapponevano *sesso* (per sesso si intende il sesso biologico o anagrafico) e *genere* (per genere si intende qualunque manifestazione esteriore di una persona che sia conforme o contrastante con le aspettative sociali connesse al sesso) accentuando l'elemento puramente volontaristico dell'*identità di genere* (intesa come l'identificazione percepita e manifestata di sé in relazione al genere, anche se non corrispondente al sesso, indipendentemente dall'aver concluso un percorso di transizione). A differenza della Convenzione di Istanbul, dove la definizione di *genere* è preceduta dalle considerazioni del *Preambolo*, che forniscono una vera e propria cornice interpretativa dell'atto («riconoscendo che la violenza contro le donne è una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione; riconoscendo la natura strutturale della violenza contro le donne, in quanto basata sul genere e che la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini»), l'assenza di una analoga premessa impedisce il riferimento al genere come *categoria analitica binaria e relazionale*, confermata dai riferimenti contenuti nei *Dossier* dei lavori preparatori, che da un lato contrappongono la dimensione sociale del genere a quella fisiologica del sesso e dall'altro rilevano che l'espressione genere sarebbe comunemente usata nell'ordinamento per «riferirsi ai due diversi sessi» o addirittura, «quando genere è attribuito di un sostantivo, come nelle espressioni “diseguaglianze di genere”, “politiche di genere” o “violenza di genere”» varrebbe *tout-court* come implicito riferimento al genere femminile.

culturalmente, del sesso come coppia gerarchica)³⁷. L'oggetto di indagine per l'analisi di genere è sempre un sistema nel quale rilevano entrambe le dimensioni della relazione tra femminile e maschile: sia quella più immediatamente restituita dal *sesso*, cui appartengono la biologia, la corporeità, la sessualità e la riproduzione; sia quella dei ruoli, delle possibilità, dei diritti e delle aspettative, dei costrutti di rapporti di potere connessi socialmente all'appartenenza sessuale (il *genere*). Sesso e genere sono attributi della persona, in un'interazione complessa che tiene al centro la corporeità; nel *sex-gender-system* il rapporto tra sesso e genere non può essere inteso secondo una sequenzialità data e banale (al corpo è attribuito un sesso e al sesso un genere), ma come l'attivazione di una relazione *circolare*, alimentata dalla dimensione relazionale della persona³⁸.

Se in prima approssimazione è plausibile e persino utile distinguere sesso e genere per riferirsi agli attributi – rispettivamente biologici e sociali – del corpo e della persona, sesso e genere non possono essere impiegati per qualificare le analisi, le interpretazioni e le politiche senza la piena consapevolezza della loro reciproca influenza: il costrutto analitico di genere serve per riconoscere i costrutti sociali proprio separandoli dagli elementi biologici e naturali che caratterizzano il sesso (e per rilevarne i tratti di gerarchizzazione, subordinazione e asimmetria nella relazione tra femminile e maschile³⁹), ma anche la dimensione biologica del sesso – la differenziazione sessuale, la sessualità, la riproduzione – viene interpretata e ricostruita all'interno di un contesto e di un costrutto sociale: del resto, ne abbiamo già avuto riscontro osservando come le stesse spiegazioni biologiche delle disuguaglianze di genere nella salute siano condizionate da fattori sociali e dalle condizioni di genere della ricerca medica e scientifica (e dalla “sindrome di Yentl”). Nella contemporaneità la nozione di sesso si è fatta sempre più complessa, nella misura in cui il corpo umano si trova esposto a una manipolazione tecnologica di carattere e intensità nuova e sembra smarrire il suo carattere fondante e indiscutibile e, in particolare, la capacità di significare qualcosa di inequivoco e inevitabile anche rispetto alla dimensione del

³⁷ A. CRANNY-FRANCIS et al., *Gender studies: Terms and Debate*, New York, 2003.

³⁸ Il rapporto *corpo – sesso – genere* non si risolve per nessuno nella presa d'atto di un corredo cromosomico, ma neppure nella presenza e funzionalità delle gonadi, nella conoscenza del patrimonio genetico, nella forma e nella misura degli organi genitali. Ciascuno di questi elementi può essere diversamente importante, anche in momenti e circostanze specifiche della propria esistenza; ogni persona sperimenta nel corso della vita il processo complesso attraverso il quale diventa consapevole di ognuno degli elementi che si definiscono “sesso” (caratteri sessuali primari e secondari, sesso cromosomico, cromatinico, gonadico, biologico, psicologico, sociale); un cammino che ha necessità di “narrazioni” attraverso le quali altri e altre ci raccontano e noi raccontiamo a noi stessi/e le combinazioni possibili tra tutti quegli elementi, prendendo coscienza del sesso e del genere nella nostra vita: C. FASOLA, M. INGHELLERI, *L'identità di genere nella psicologia clinica postmoderna*, in E. Ruspini, M. Inghilleri (a cura di) *Transessualità e scienze sociali*, Napoli, 2008.

³⁹ 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, p. 307 (ed. orig. *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, 1987) considera il genere un fattore primario del manifestarsi di rapporti di potere e parla di quattro elementi correlati che interagiscono e costituiscono i rapporti di genere: i simboli e i miti culturali; i concetti normativi che eliminando le potenzialità alternative e conflittuali dei simboli fissano la posizione dominante in una contrapposizione binaria; le istituzioni e organizzazioni sociali; l'identità soggettiva.

Sesso e del genere; transitando da una logica binaria a una concezione a mosaico, il sesso assume e continua a interrogare il dimorfismo, ma la differenza sessuale è percepita entro un modello dinamico e complesso, in cui lo stesso processo di differenziazione viene interrogato nei termini di una relazione di somiglianza/dissimiglianza che implica pluralità e variazione (le ricerche suggeriscono che la differenziazione sessuale non è unifattoriale, ma è il risultato di numerosi eventi che agiscono in modo coordinato e regolantisi reciprocamente, e che non esiste un confine netto tra due sessi, ma un *continuum* lungo una scala graduale, con una serie di variazioni e di differenziazioni che non autorizzano la configurazione di due gruppi nettamente distinti⁴⁰).

Altrettanto necessaria è la consapevolezza della intrinseca mutevolezza dei costrutti di sesso e genere, che, tuttavia, non diventa mai evanescenza; non si tratta mai di determinanti interamente manipolabili o disponibili, né sul piano individuale, né su quello collettivo, piuttosto di qualificazioni della persona immerse nella sfera di relazioni personali, sociali e giuridiche dalle quali dipendono e si alimentano.

E va comunque tenuto presente come l'uso delle categorie sottintenda e richiami teorizzazioni in merito alla differenza e al suo senso etico e politico: che ne precedono e fondano il rilievo e il trattamento dal punto di vista giuridico e che - se si conviene sulla differenza come ciò che a ciascuno/a svela l'incompletezza di un'identità mai completabile, che postula la relazione con l'altro da sé, da riconoscersi e che sia riconoscibile come tale⁴¹ - possono correggere e integrare le tendenze a una neutralizzazione o semplificazione assimilazionistica e paritaria⁴².

⁴⁰ M. BUSONI, *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Roma, 2000.

⁴¹ L. BOELLA, *I corpi hanno un sex o un gender?*, paper, Fonte Avellana, 2015, p. 6, in una prospettiva che è stata per me illuminante, parla di intendere la differenza in e per se stessa, invece di inserire le persone in categorie precostituite [e rinvia a D. ROY, *Neuroethics, Gender and the Response to Difference*, in *Neuroethics*, 2012(5), p. 217]; anche la differenza sessuale intesa come differenza "tra" i sessi sarebbe distorsiva, in quanto «tra i sessi ci sono molte cose: abitudini, pregiudizi, leggi, scienza, codici di comportamento, muri, mogli e mariti»; mentre la differenza presa in sé e per sé «inerisce alla mia esistenza e al modo in cui la vivo. In questa luce, essa è incompletezza, mancata coincidenza tra me e me, è il mio differire da me stessa. Ogni essere umano vive la mancata coincidenza con se stesso e cerca qualcosa d'altro per trovare se stesso ... [e] pensare la differenza di donne e uomini implica assumere il fatto della nascita non come puro dato biologico, ma come elemento di corporeità vivente che qualifica la presenza di ogni essere umano sulla scena del mondo ... il corpo femminile non è semplicemente questione di natura (donna si nasce) o di costruzione sociale (donna si diventa), ma si colloca nell'intersezione di natura e cultura, è un luogo particolarmente delicato di rimessa in discussione dell'antitesi mente-corpo, una soglia di forze naturali e simboliche ... si apre così un processo di donazione di senso autonomo al proprio essere (al proprio corpo, alla propria esperienza, ai propri desideri). Si tratta di una questione etica, politica e esistenziale, che mira a una trasformazione di sé, dei propri orientamenti nel mondo e a un superamento del conformismo sociale».

⁴² L'analisi di genere offre una prospettiva analitica che affonda le sue radici nelle varie e complesse elaborazioni del pensiero femminista, che hanno offerto le categorie per pensare in modo non gerarchizzato la differenza di sesso e genere e che permettono di ricostruire dinamiche sociali complesse. Anche la costruzione giuridica del *sex-gender system* è un processo che avviene in una dimensione, necessariamente mobile e dinamica, nella e attraverso la quale si compie una costante ridefinizione dei rapporti di genere, che impedisce di isolare le caratteristiche associate al genere in una statica dimensione essenzialistica o naturalistica; i contenuti di genere sono socialmente variabili e, come tali, vengono costantemente rinegoziati in complessi ed incessanti processi circolari cui anche il diritto contribuisce, sia precedendo il genere ed orientandone la costruzione, sia inseguendolo, come avviene quando la regola sociale diviene una categoria

Dell'analisi di genere applicata alla salute e alla sanità si è vista – attraverso i dati e le interpretazioni del documento sulla uguaglianza di genere e salute nell'Unione europea – la capacità di sollecitare una considerazione più consapevole dell'equità rispetto ai parametri di disuguaglianza sociale, economica, di condizione e origine etnica che incrociano il genere, consentendo, di conseguenza, per costruire una dimensione realistica dell'equità nel sistema della sanità.

È, infatti, l'imprevedibile dimensione *gerarchica* implicata dalla e incorporata nella analisi di genere, e continuamente dimostrata dalla persistenza della questione di genere⁴³, a imporre una costante attenzione alla dimensione relazionale che restituisce la consapevolezza della disuguaglianza.

Ed è l'intersezionalità il metodo che consente di procedere in un costante approccio critico e decostruttivo, fornendo un'analisi qualitativa e non meramente quantitativa, che fa comprendere la dimensione trasformativa dell'incrociarsi di più fattori di differenziazione con la condizione di genere; le differenze cessano di essere innocui elementi di strutturazione dell'esperienza umana e diventano rilevanti in quanto fattori determinanti di una condizione compromessa nell'accesso e godimento di diritti e prestazioni.

Sesso e genere non si “sommano” agli altri elementi, producendo effetti che restano separati e distinti nell'esperienza vitale; le svariate condizioni di disuguaglianza cambiano l'esperienza dell'essere donna e il posizionamento di genere “cambia” l'esperienza di povertà, marginalità, istruzione, lavoro. E solo una prospettiva che consente di individuare puntualmente le dinamiche che creano discriminazione e subordinazione consente di mettere a punto trattamenti adeguati a rimuoverle.

giuridica, avvalendosi della forza e delle strutture dell'ordinamento per riprodurre gerarchie e/o imporre complementarietà.

⁴³ Nonostante l'indebolimento e la delegittimazione delle forme patriarcali tradizionali, la struttura di genere della società continua, infatti, a proporre una codificazione statica della coppia maschile/femminile e del posto assegnato ai due sessi nella società, la cui pretesa di assolutezza ontologica ed assiologica trasfigura il dualismo dei sessi da dimensione materiale dell'esistenza a regola di una complementarietà sempre necessaria.

