



14 GIUGNO 2023

Accesso alle prestazioni sanitarie e questione di genere

di Gloria Mancini Palamoni
Assegnista di ricerca in diritto amministrativo
Università di Camerino

Accesso alle prestazioni sanitarie e questione di genere^{*}

di Gloria Mancini Palamoni

Assegnista di ricerca in diritto amministrativo
Università di Camerino

Abstract [It]: La pandemia causata dalla diffusione del virus Sars-Cov-2 ha inasprito le disuguaglianze. L'accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli utenti "non Covid" è stato reso maggiormente difficoltoso ed ha evidenziato una disuguaglianza nella disuguaglianza. Nonostante i tentativi di rendere la questione di genere un elemento sempre meno discriminatorio, la pandemia ha fatto fare un balzo indietro rispetto alla condizione precedente, specialmente del mondo femminile. Questo contributo vuole mettere in luce gli effetti discriminatori sull'accesso delle prestazioni sanitarie da parte delle donne indagando gli strumenti normativi esistenti tesi ad attenuare i nuovi squilibri creatisi.

Title: Access to health services and gender issues.

Abstract [En]: The impact of the Covid-19 pandemic increases inequalities in all sectors of societies and at every level. Access to healthcare services by non-Covid users has been made more difficult and has highlighted an inequality of inequality. This is happening despite attempts to make gender issue an increasingly less discriminatory element, the coronavirus pandemic has taken a leap backwards from the previous situation, especially women. This essay aims to highlight the discriminatory effects on women's access to healthcare services through the investigation of existing legal instruments aimed at mitigating the new imbalances created.

Parole chiave: Pandemia. Disuguaglianze. Genere. Sanità. PNRR.

Keywords: Pandemic. Inequalities. Gender. Healthcare. PNRR

Sommario: 1. Il virus diseguale: la pandemia come amplificatore delle disuguaglianze. – 2. Accesso alle prestazioni sanitarie e questione di genere prima dell'emergenza pandemica: la normativa sulla medicina di genere. – 3. Gli effetti della pandemia sull'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle donne. – 4. Le prospettive post-pandemia. – 5. Considerazioni finali: la questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie come elemento per il raggiungimento dell'effettività del diritto alla tutela della salute.

1. Il virus diseguale: la pandemia come amplificatore delle disuguaglianze

L'emergenza causata dalla diffusione del virus Sars-Cov-2 ha inasprito le disuguaglianze¹.

Le contraddizioni e le asimmetrie di diritti esistenti anche prima della pandemia sono accentuate².

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ A. ALGOSTINO, *Costituzionalismo e distopia nella pandemia di Covid-19 tra fonti dell'emergenza e (s)bilanciamento dei diritti*, in *Costituzionalismo.it*, 2021, p. 66; B. POGGIO, *Se il virus non è democratico. Squilibri di genere nella pandemia*, in *Sociologia*, 2020, p. 37-50. Per i dati, tra i principali: Istat, *Rapporto annuale, 2021*, spec. pp. 63 ss.; Gruppo di lavoro coordinato dal Consiglio regionale della Lombardia, *Disuguaglianze di genere nei sistemi socio-sanitari europei. Raccolta di buone prassi dalle regioni d'Europa contro i fattori di disuguaglianza (2019-2020)*, settembre 2020.

² Per una visione d'insieme v. ZAMAGNI S., *Disuguali. Politica, economia e comunità: un nuovo sguardo sull'ingiustizia sociale*, Sansepolcro, Aboca, 2020, spec. pp. 25 ss.

L'ambito sanitario rappresenta uno dei contesti in cui le differenze appaiono con più vigore evidenziando una disuguaglianza nella disuguaglianza³.

Tra le numerose asimmetrie illuminate dalla pandemia spicca la “questione di genere”: nonostante i tentativi di riduzione e di eliminazione delle discriminazioni, l'emergenza sanitaria riporta per certi versi indietro la condizione del mondo femminile, puntando un faro su una disuguaglianza strutturale del nostro Paese.

Come è stato osservato, infatti, «guardandole da una prospettiva sociologica, le fasi di crisi sono anche, quasi inevitabilmente, momenti di rimescolamento dei rapporti tra i generi»⁴, ciò parimenti con riguardo all'accesso alle prestazioni sanitarie.

In questo contesto, il contributo intende mostrare gli effetti discriminatori sull'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle donne, indagando gli strumenti normativi esistenti e quelli tesi ad attenuare i nuovi squilibri creati.

L'approccio giuridico al tema riposa sulla lettura subordinata dei rapporti tra persone di sesso diverso alla luce della pari dignità sociale della persona⁵, da tempo approfonditi dagli studiosi del diritto, e in particolare del diritto pubblico⁶, sebbene si evidenzia come manchi ancora del tutto una prospettiva di genere nell'analisi del patto sociale tra i Paesi occidentali sviluppati⁷.

L'emergenza pandemica rimescola le carte e, per tale ragione, l'impatto prodotto sull'accesso alle prestazioni sanitarie, creando o rafforzando nuovi squilibri, è assunto quale punto di riferimento temporale del contributo. Con questo scritto si intende, dunque, partecipare al dibattito sull'effettività della tutela del diritto alla salute costituzionalmente garantito concentrandosi sui profili di genere nella prospettiva pre e post pandemica.

³ OXFAM ITALIA, *Briefing paper, La pandemia della disuguaglianza. Di cosa abbiamo bisogno per combattere le disuguaglianze che in Italia e nel mondo si stanno acuendo a causa della pandemia di COVID-19*, 2022.

⁴ R. LODIGIANI, *Non solo pari opportunità: Milano laboratorio di politiche per l'equità di genere*, in *Lavoro e diritti Europa*, 2020, pp. 2-3.

⁵ G. FERRARA, *La pari dignità sociale (Appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, II, Milano, Giuffrè, 1974, pp. 1104 ss.

⁶ La dottrina ha affrontato la questione di genere con riguardo alle professioni, ai servizi, ai diritti, eccetera: P. BARILE, *Sul diritto delle donne ad accedere alla magistratura*, in *Giur. it.*, 1952, pp. 225 ss.; V. CRISAFULLI, *Una «manifesta infondatezza» che non sussiste (a proposito dell'ammissione delle donne alla carriera giudiziaria)*, in *Foro it.*, 1957, pp. 41 ss.; C. MORTATI, *L'accesso delle donne ai pubblici uffici*, in *Dem. e dir.*, 1960, pp. 142 ss.; F. BIMBI, A. DEL RE (a cura di), *Genere e democrazia*, Torino, Rosenberg e Sellier, 1997, pp. 81 ss.; R. BIN, G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La parità dei sessi nella rappresentanza politica*, Torino, Giappichelli, 2003; L. CARLASSARE, *Una donna sposata non poteva avere interessi scientifici*, in *Libertà e giustizia*, 24 novembre 2017; AA. VV., *Atti del Seminario di Studi La parità dei sessi nell'ordinamento costituzionale. Sessant'anni dopo la storica sentenza n. 33 del 1960*, in Osservatorio AIC, 2021; AA.VV., *Diritto sessuato?*, in *Democrazia e diritto*, 1993; C. TRIPODINA, *I gradini di pietra della parità di genere*, in *Costituzionalismo.it*, 2021, p. 115; F. DELLO PREITE, *Donne, famiglie e pandemia. Tra vecchie e nuove discriminazioni al femminile*, in *Riv. it. ed. fam.*, 2021, pp. 209-224.

⁷ I. MASSA PINTO, *Costituzione e generi: argomenti interpretativi e teorie della differenza sessuale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue*, 2019, p. 606.

In questo senso possono distinguersi tre momenti in cui giuridicamente collocare il tema in ordine agli effetti discriminatori generati dalla diffusione del virus Sars-Cov-2.

Il primo è riferito alla situazione esistente prima dell'esplosione dell'emergenza pandemica e conduce a chiedersi se e perché esista una questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Nel tentativo di fornire una risposta, esamino la normativa che innerva detto rapporto.

Il secondo momento muove internamente alla pandemia, riferendosi agli effetti prodotti sull'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle donne e alle ragioni per le quali, in conseguenza di essa, il tema diventa sempre più pregnante anche nell'ottica post pandemica.

Da ultimo, analizzo gli scenari futuri e le prospettive che le misure messe in atto per il superamento della situazione di crisi offrono.

2. Accesso alle prestazioni sanitarie e questione di genere prima dell'emergenza pandemica: la normativa sulla medicina di genere

I profili che, a prescindere dalla pandemia, inducono ad affrontare il tema della questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie sono principalmente due.

Il primo riguarda l'anello di congiunzione tra l'accesso alle prestazioni sanitarie e la questione di genere, rappresentato dall'approccio, prima scientifico e clinico, poi giuridico, alla personalizzazione e all'appropriatezza delle cure, nella direzione di una valorizzazione delle differenze di genere per il conseguimento della migliore proposta diagnostica e terapeutica.

La principale risposta in questo senso proviene dalla diffusione della c.d. medicina di genere⁸ che si esprime in modo innovativo di fronte alle diseguglianze di salute sia in punto all'insorgenza e all'evoluzione della malattia, sia in punto ai trattamenti sanitari da erogare.

La normativa sulla medicina di genere è recente.

Sebbene applicata in via sperimentale da tempo e nonostante l'attenzione, anche internazionale, sia risalente, in Italia il riconoscimento positivo giunge solo ultimamente.

Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta del secolo scorso la letteratura scientifica evidenzia come uomini e donne, pur essendo esposti alle medesime patologie, presentino significative differenze riguardo l'insorgenza, la progressione, la risposta ai trattamenti e la prognosi per vari tipi di patologie che interessano, a differenti livelli, organi come il cuore, i vasi, il cervello, il fegato, il polmone e il rene⁹.

⁸ Sul tema v. Quaderni del Ministero della Salute, *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, Roma, 26, aprile 2016.

⁹ M.J. LEGATO, *Gender-specific medicine: the view from Salzburg*, in *Gend Med*, 2004, p. 61.

Nel dicembre del 1979 l'Assemblea Generale delle Nazioni unite adotta la *Convenzione volta all'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*; nel 2005 nasce la Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM) e nel 2009, l'OMS

Nel 1998, per la prima volta in Italia, si manifesta l'attenzione verso la medicina di genere in occasione dell'avvio del progetto "Una salute a misura di donna" da parte dei Ministeri per le Pari Opportunità e della Salute.

Da lì numerosi approcci sono seguiti nel tempo¹⁰, sebbene il riconoscimento normativo giunga solo nel 2018 con l'art. 3 della legge n. 3¹¹.

La disposizione richiamata rappresenta il fulcro della disciplina che si dispiega in quattro previsioni principali.

Sono disposti, ai fini dell'attuazione, rispettivamente al primo e al quarto comma, l'adozione di due decreti ministeriali: uno avente ad oggetto il *Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere* (firmato il 13 giugno 2019)¹² e l'altro concernente il *Piano Formativo Nazionale*, diretto a garantire il trasferimento della conoscenza delle differenze di sesso e di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura.

Il terzo comma prevede l'emanazione di apposite raccomandazioni volte a promuovere l'applicazione della medicina di genere su tutto il territorio nazionale¹³, il quinto comma, invece, istituisce l'Osservatorio dedicato alla medicina di genere (avvenuta nel settembre 2020).

All'Osservatorio, che il 16 giugno 2022 ha approvato tre importanti documenti¹⁴, è attribuito il monitoraggio delle azioni e dei risultati ottenuti a livello nazionale, sui quali il Ministro della salute, con cadenza annuale, relaziona alle Camere.

istituisce un dipartimento dedicato alla salute delle donne e impegnato al superamento delle differenze di genere e, con l'Action Plan 2014-19 identifica il "genere" come tema imprescindibile della programmazione sanitaria.

La CE cura il Rapporto 2011 sullo stato di salute degli uomini d'Europa, evidenziando le grandi disparità di salute tra gli uomini di nazioni diverse e, più recentemente, con l'avvio del programma "Europa 2020" è posta l'attenzione sull'importanza dell'uguaglianza di genere nell'ambito del progresso sociale.

¹⁰ V. il Piano per l'applicazione della e la diffusione della Medicina di Genere, spec. 14 ss. Quasi dieci anni dopo, nel 2007, l'Istituzione della Commissione sulla Salute delle Donne che pubblica il rapporto sullo "Stato di salute delle donne in Italia" teso, tra l'altro, a promuovere programmi di ricerca in una prospettiva di genere; il rapporto su "La sperimentazione farmacologica sulle donne" pubblicato nel 2008 dal Comitato Nazionale di Bioetica pubblica; la formalizzazione, pochi anni dopo, nel 2011, da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), del "Gruppo di Lavoro su Farmaci e genere".

L'AIFA, nel 2016, diventa la prima organizzazione ad includere la medicina di genere come area tematica nel bando pubblicato per la ricerca indipendente sui farmaci (poi riproposta nel 2017). Più recentemente anche altre società scientifiche hanno costituito gruppi di studio specifici sulla medicina di genere.

¹¹ Legge 11 gennaio 2018, n. 3.

¹² Con il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, in particolare, per la prima volta in Italia, è inserito il concetto di "genere" nella medicina, al fine di garantire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN.

¹³ Le raccomandazioni sono destinate a Ordini e a Collegi delle professioni sanitarie, a società scientifiche e associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi.

¹⁴ Un glossario di medicina di genere per la comprensione del significato di termini che possono risultare poco chiari a chi si avvicina al tema teso alla definizione di un "linguaggio comune" elaborato dal gruppo di lavoro "comunicazione e informazione"; il documento sull'appropriatezza terapeutica delle persone *transgender* dal gruppo di lavoro "farmacologia di genere" e un'analisi descrittiva della salute delle persone migranti in ottica di genere ad opera del gruppo "diseguaglianze di salute legate al genere", tutti accessibili dal sito istituzionale dell'Osservatorio.

La principale funzione dell'Osservatorio è il supporto (“a posteriori”) all’analisi dei risultati dei programmi in ottica di genere poiché fornisce un aiuto al miglioramento e all’orientamento delle attività.

Il concetto di medicina di genere è recepito anche a livello territoriale, in maniera differenziata: alcune regioni la inseriscono nel Piano socio-sanitario regionale, altre, la indicano nell’ambito della costituzione di tavoli tecnici e centri regionali, altre ancora attribuendo obiettivi di genere ai direttori generali delle aziende sanitarie o organizzando corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori sanitari.

In particolare, Toscana¹⁵ e Lombardia¹⁶ includono la medicina di genere tra gli atti di programmazione, la regione Lazio ha realizzato il primo rapporto sulla medicina di genere¹⁷, l’Emilia-Romagna¹⁸, il Veneto¹⁹, l’Umbria²⁰ e la Calabria²¹, seppure in ambiti e con aperture differenti, menzionano la medicina di genere in proprie leggi regionali.

In questa direzione va anche la regione Marche, ove il servizio sanitario regionale, proprio attraverso la medicina di genere, intende promuovere il rafforzamento del concetto di “centralità del paziente” e di personalizzazione delle cure²².

Lombardia ed Emilia-Romagna hanno, poi, all’attivo il maggior numero di sportelli di consulenza sanitaria e giuridica dedicata alle persone *transgender* sulla scia della nascita, nel 2020, del primo portale istituzionale sul tema²³.

L’iniziativa, che dimostra come non si possa più limitare la definizione di medicina di genere alla sola medicina dedicata e riservata alle donne, è il frutto di una proficua collaborazione tra l’Istituto Superiore di Sanità e l’Ufficio Nazionale Anti discriminazioni Razziali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il

¹⁵ Piano socio-sanitario integrato regionale Toscana 2018-2020, 9.

La L.R. Toscana 25 luglio 2017, n. 36, che modifica la L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 recante la “Disciplina del servizio sanitario regionale”, individua il “Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere” una struttura regionale del governo clinico (art. 2 comma 1 lett. h).

¹⁶ Piano socio-sanitario integrato lombardo 2019-2023, 49.

¹⁷ Il rapporto *Salute e genere nella regione Lazio* è stato presentato il 31 maggio 2022, Roma ed edito da Il pensiero Scientifico Editore.

¹⁸ L.R. Emilia-Romagna 24 giugno 2014, n. 6, (“Legge quadro per la parità e contro le discriminazione di genere”), artt. 3, 10 e 11, più recentemente, L.R. 5 dicembre 2018, n. 19 in tema di “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria”, artt. 16, 20 e 22.

¹⁹ L.R. Veneto, 29 giugno 2012, n. 23 contenente le “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”, spec. all. A, punto 1.3.2.

²⁰ L.R. Umbria 25 novembre 2016, n. 14 sulle “Norme per le politiche di genere e per una nuova civiltà delle relazioni tra donne e uomini”, modificata da ultimo il 3 novembre 2022, artt. 2 e 14 (dedicato specificamente al “Diritto alla salute delle donne”).

²¹ L.R. Calabria, 16 maggio 2018, n. 12, in materia di tutela, promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo, all’art. 7, comma 1, nell’ambito dell’organizzazione di incontri formativi, ritiene l’apprendimento «modalità fondamentale per vivere da protagonisti la longevità» e favorisce eventi sull’educazione alla medicina di genere (lett. d).

²² L.R. Marche 8 agosto 2022, n. 19, art. 2, comma 4, «Il servizio sanitario regionale, nel rispetto delle disposizioni statali vigenti, promuove: [...] e) il rafforzamento del concetto di “centralità della paziente” e della personalizzazione delle cure attraverso l’approccio innovativo della medicina di genere».

²³ Il portale è accessibile attraverso il *link* www.infotrans.it.

progetto avvalorava infatti l'idea, sempre più diffusa, della medicina del prossimo futuro come medicina di precisione maggiormente orientata alla salute dell'individuo alla luce delle proprie peculiarità.

Le finalità sono il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi di prevenzione ed il rafforzamento della "centralità della persona", elementi essenziali per la definizione delle strategie tese a contrastare le disuguaglianze e ad aumentare la congruità di interventi e prestazioni²⁴.

Il secondo profilo si pone, invece, su un piano organizzativo e coinvolge le politiche sanitarie, posto che la parità di genere è diventata negli anni un obiettivo delle politiche pubbliche anche in tema sanitario.

Da una parte, la questione interessa le prassi discriminatorie nell'accesso ai servizi sanitari, dall'altra, apre nuove prospettive all'accesso in termini di appropriatezza, efficacia ed equità degli interventi di prevenzione e cura, anche influenzando la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, migliorandone i risultati e diminuendone i costi²⁵.

Nella prima ipotesi, nell'ambito della quale l'Unione Europea già nel 2004 varava una normativa di contrasto alle discriminazioni fra uomini e donne nell'accesso e nella fornitura di beni e servizi²⁶ (tra i quali rientrano i servizi sanitari²⁷), recepita nel nostro ordinamento nel 2007²⁸ modificando, tra l'altro, il c.d. codice delle pari opportunità²⁹, rientrano i servizi necessariamente riservati alle donne come l'interruzione di gravidanza e la contraccezione di emergenza³⁰.

Si tratta di due manifestazioni emblematiche della diversità fra i sessi, le quali presuppongono il riconoscimento, anche giuridico, dell'asimmetria di genere che è alla base e che deve necessariamente tenere conto del fatto che uomini e donne si trovano in una situazione profondamente diversa dinanzi all'offerta di beni e servizi.

Nella seconda ipotesi rientrano, invece, il tema dei farmaci (maggiormente utilizzati dalle donne, anche in considerazione della loro longevità, ma meno studiati dal punto di vista degli effetti), gli ambiti prioritari di azione (malattie cardiovascolari, neurologiche, dell'osso, psichiatriche e i vaccini), il cui riconoscimento

²⁴ Sul punto, ISS, Osservatorio Medicina di genere, *Appropriatezza terapeutica nelle persone transgender*, 16 giugno 2022.

²⁵ Camera dei deputati, Legislazione e politiche di genere, 2 marzo 2022, n. 62, 64.

²⁶ Direttiva 2004/113/CE del Consiglio del 13 dicembre 2004 che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura. In argomento B. PEZZINI, A. LORENZETTI, *Il principio di parità tra uomo e donna nell'integrazione europea: costruzione del genere e costruzione dell'uguaglianza*, in P. Gargiulo, *Politica e diritti sociali nell'Unione Europea*, Napoli, Editoriale scientifica, 2011, pp. 105 ss.

²⁷ B. PEZZINI, *Inizio e interruzione della gravidanza*, in S. Canestrari, G. Ferrando, C.M. Mazzoni, S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Il governo del corpo*, II, *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, Milano, Giuffrè, pp. 1660 ss.

²⁸ D. lgs. 6 novembre 2007, n. 196 "Attuazione della direttiva 2004/113/CE che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura".

²⁹ D. lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

³⁰ In argomento, A. LORENZETTI, *La parità tra uomo e donna nell'accesso ai servizi sanitari. Riflessioni su donne, aborto e obiezione di coscienza*, in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, Editoriale scientifica, 2013, pp. 401 ss.; B. PEZZINI, *L'uguaglianza uomo-donna come principio anti-discriminatorio e come principio anti-subordinazione*, in G. Brunelli, A. Pugiotto, P. Veronesi (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare*, III, Napoli, Jovene, 2009, pp. 1150; C. LALLI, *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Roma, Editore Fandango, 2022.

definisce anche l'adeguatezza dell'intervento sulla salute³¹, e i più recenti stanziamenti di risorse dedicati allo studio, alla cura e alla diagnosi di singole patologie femminili come l'endometriosi³² e la fibromialgia³³. A questi profili va aggiunto un terzo (ed ultimo) aspetto, non meno rilevante, relativo alla capacità di accesso ai servizi in relazione alle condizioni socio-economiche.

È dimostrato³⁴ che le situazioni di disagio riducono la probabilità delle donne di sottoporsi a controlli preventivi³⁵, ponendole in condizioni di svantaggio di fronte al SSN.

Il paradosso, acuito dalla pandemia, è che se, da un lato, la donna rappresenta la figura maggiormente deputata alla cura e all'assistenza anche della salute della famiglia, dall'altro, non beneficia di altrettanta attenzione nei confronti del *proprio* stato di salute.

3. Gli effetti della pandemia sull'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle donne

Mentre la pandemia rallenta i progressi che in termini di contrasto agli squilibri di genere stavano faticosamente avanzando, le implicazioni della questione sull'accesso alle prestazioni sanitarie diventano centrali³⁶.

Come segnala il *World Economic Forum* nel *Global Gender Gap 2022* la crisi innescata dal *Coronavirus* riporta la parità di genere indietro di una generazione.

Il Rapporto, drammaticamente, colloca l'Italia nel gruppo di Paesi europei che versano in situazioni di generale difficoltà per le donne³⁷.

Più specificamente, le conseguenze prodotte si manifestano sia in forma diretta sia in forma indiretta, anche se molto spesso si tratta di profili intrecciati tra di loro.

Gli effetti diretti sono quelli che rilevano dal punto di vista clinico³⁸.

Recenti studi hanno analizzato la prospettiva di genere sia con riguardo alla suscettibilità all'infezione, sia in relazione alla manifestazione clinica e alla letalità, sia al benessere psicologico e al *long Covid*, come anche alle vaccinazioni contro il *Coronavirus*³⁹.

³¹ Camera dei deputati, Legislazione e politiche di genere, cit., 64-65.

³² Art. 1 comma 498 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di bilancio per l'anno 2021).

³³ Art. 1 comma 972 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di bilancio per l'anno 2022).

³⁴ Come dichiarato nel documento Camera dei deputati, Legislazione e politiche di genere, cit., 66.

³⁵ Come pap-test e mammografia.

³⁶ AA. VV., *Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021*, in *The Lancet*, 399, 10344, 2022, pp. 2381-2397.

³⁷ Il Rapporto confronta l'evoluzione della parità di genere in quattro dimensioni tra le quali la "salute" rilevando anche i progressi nella riduzione del divario di genere in 146 Paesi. Il divario di genere globale nel 2022 è stato colmato al 68,1%; a livello nazionale l'Italia ha colmato il 72% del dislivello collocandosi al sessantatreesimo posto: *World Economic Forum, Global Gender Gap Report*, luglio 2022, 10.

³⁸ In argomento, G. R. GRISTINA, M. PICCINNI, *Il Sistema Sanitario Nazionale e la pandemia da SARS-CoV-2: un disastro annunciato? Riflessioni per un cambiamento*, in *Recenti progressi in medicina*, 2022, pp. 41 ss.

³⁹ M. G. MODENA, E. LODI, L. RAGGIANINI, *Covid-19 e differenze di genere in clinica*, in *Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, Covid-19 e salute di genere*, cit., pp. 40-46.

Il Sars-Cov-2, insomma, pur colpendo in maniera letale più gli uomini che le donne, penalizza maggiormente queste ultime sia a livello fisico, sia psichico e sociale⁴⁰.

Gli esiti indiretti sono, invece, quelli legati agli aspetti giuridico-organizzativi i quali, a loro volta, possono distinguersi in effetti indiretti interni ed effetti indiretti esterni al Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i primi vi sono, ad esempio, le conseguenze connesse alla salute riproduttiva e materno infantile della donna: le misure di contenimento dei contagi, da una parte, chiedono la riorganizzazione dei percorsi nascita e di quelli dedicati ai disturbi della fertilità e dell'infertilità⁴¹, dall'altra, isolano molte donne lasciando vivere in solitudine il periodo della gravidanza⁴².

Per i percorsi nascita sono previsti tre passaggi diversi costituiti dal *pre-triage* telefonico (cioè un momento informativo preliminare consistente nel munirsi di mascherina, arrivare in orario, eccetera), dal *trriage* pre-visita (ossia la misurazione della temperatura corporea e la compilazione di un questionario) e dalla visita e/o dall'ecografia vera e propria (in questo caso gli accorgimenti adottati sono quelli, noti, dell'uso del disinfettante, del mantenimento della distanza, della adeguata ventilazione dei locali, eccetera)⁴³.

Una riorganizzazione che, sebbene tenda a ridurre il rischio di contagio delle donne e degli operatori sanitari, mira a consentire, nel contempo, alle utenti un accesso sereno al servizio sanitario anche in considerazione del fatto che gli accessi agli studi medici e agli ospedali sono limitati e che si registra un calo di visite e di prestazioni dovuto al grande timore di contrarre il virus nelle strutture sanitarie. Ciò nonostante l'incremento del fabbisogno sanitario nazionale di 478,2 milioni di euro vincolati al riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali e di *screening*, operato dal d.l. 14 agosto 2020, n. 104, ed il recupero dei ricoveri ospedalieri non effettuati a causa della pandemia e finalizzati, contestualmente, alla riduzione delle liste d'attesa⁴⁴.

A causa della riorganizzazione delle strutture sanitarie verso le terapie Covid-19, tuttavia, i servizi e le tutele legate al corpo della donna e alla riproduzione (dalla maternità all'aborto) diminuiscono. Il numero

⁴⁰ Secondo i dati dell'ISS nell'aprile 2021 le donne morte di Covid-19 sono state il 43,6% del totale delle vittime contro il 56,4% degli uomini, nonostante le prime siano state contagiate in numero maggiore. Sul tema: A. M. ALOISI, *Gli ultimi dati disponibili evidenziano come le conseguenze del contagio da Covid19 siano diverse per uomini e donne. In attesa di dati più stabili la ricerca medica ha iniziato a formulare delle ipotesi*, in *In Genere, Dati, Politiche, Questioni di genere*, 24 marzo 2020, in www.ingenere.it.

⁴¹ C. COSSUTTA, V. GRECO, *Oltre l'emergenza. Aborto e diritti non/riproduttivi al tempo della pandemia*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia: politiche sociali e prospettive future*, in *Social cohesion paper – Quaderni della coesione sociale*, 2, 2021, pp. 74 ss.

⁴² A. LOCATELLI, R. ZANINI, *Gravidanza e puerperio in era Covid: la solitudine delle donne*, in Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, *Covid-19 e salute di genere: da pandemia a sindemia. Esperienze, nuove consapevolezze, sfide future. Libro bianco 2021*, Milano, Franco Angeli, pp. 109 ss.; sulla solitudine come effetto della pandemia in senso generale v. C. MENCACCI, G. CERVERI, *Covid-19 e impatto sulla salute mentale*, in Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, *Covid-19 e salute di genere*, cit., pp. 70-72.

⁴³ E. VIORA, *Covid-19, gravidanza e parto: la riorganizzazione del percorso nascita*, in Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, *Covid-19 e salute di genere*, cit., pp. 99-100.

⁴⁴ Report Osservatorio Fondazione GIMBE, *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, Bologna, Fondazione GIMBE, 1, 2021, pp. 9.

di donne decedute durante il parto o che non sono riuscite a portare a termine la gravidanza aumenta proprio a causa delle interruzioni nell'erogazione dei servizi sanitari⁴⁵. Il protrarsi della crisi ha, peraltro, reso progressivamente meno disponibili, inaccessibili o non sostenibili, nella maggior parte dei Paesi, i servizi di assistenza materna e neonatale, prima assicurati, determinando, altresì, un incremento dei casi di violenza ostetrica⁴⁶.

Tra gli “effetti indiretti esterni” possono comprendersi le conseguenze del confinamento e delle misure emergenziali messe in atto per far fronte alla pandemia, le quali «in nome della tutela “generalissima” della salute collettiva, pare abbiano rinunciato a garantire *in toto* quella “più particolare” delle donne»⁴⁷.

Emergono alcuni elementi sintomatici, rilevatori di un virus asimmetrico che acuisce le disparità sociali producendo un impatto negativo soprattutto nelle fasce di popolazione che vertono in condizioni socio-economiche precarie⁴⁸: le donne con un reddito basso sono le più colpite in termini di salute⁴⁹.

⁴⁵ OXFAM ITALIA, *Briefing paper, La pandemia della disuguaglianza*, cit., pp. 10.

⁴⁶ Dal recente studio di M. LAZZERINI, B. COVI, I. MARIANI, A. GIUSTI, E. PESSA VALENTE, *Quality of care at childbirth: Findings of IMAGiNE EURO in Italy during the first year of the COVID-19 pandemic*, in *Int J Gynecol Obstet*, 2022, pp. 405-417, durante la pandemia il 12,7% delle donne che hanno partorito in una struttura italiana tra il 1° marzo 2020 e il 29 febbraio 2021 ha riferito di aver subito abusi.

Giuridicamente la violenza ostetrica è per la prima volta definita in una legge del Venezuela (n. 156/2006). L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce nella dichiarazione su “La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere” (2014) come l'insieme dei trattamenti irrispettosi e abusanti durante il parto in ospedale (pubblicato qui: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf;jsessionid=4C55DC8635E7BCA57F978A3B9C9D67D5?sequence=17).

Il Consiglio d'Europa ha per la prima volta affrontato il tema della violenza ostetrica e ginecologica nella risoluzione n. 2306 del 3 ottobre 2019 ritenendola una forma di violenza rimasta nascosta per troppo tempo ed esortando gli Stati membri ad intervenire per contrastare, prevenire e combattere tale fenomeno anche attraverso campagne di sensibilizzazione.

In Italia l'11 marzo 2016 è stata presentata alla Camera dei deputati la proposta di legge C. 3670 “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico” che definisce all'art. 14 gli atti di violenza ostetrica «*de azioni o le omissioni realizzate dal medico, dall'ostetrica o dal personale paramedico volte ad espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto*» e prevede per i responsabili di tali atti la reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto non costituisca un più grave reato. Il Capo IV della proposta di legge stabilisce, tra gli altri, la realizzazione, da parte delle regioni e delle province autonome, di modelli organizzativi assistenziali per il percorso nascita nel rispetto della tutela della salute della madre e del neonato (art. 22 PdL); compiti relativi alla predisposizione di modelli organizzativi comprensivi dell'adeguata dotazione di personale e di materiali sono attribuiti nella proposta anche alle aziende sanitarie (art. 23 della PdL). L'art. 24 della PdL prevede, infine, l'istituzione dell'Autorità nazionale per la garanzia dei diritti della donna e del bambino nel parto e nella nascita avente compiti di prevenzione, monitoraggio e sanzionatori.

⁴⁷ M. D'AMICO, *I diritti delle donne fra parità, differenza e uguaglianza in una società complessa*, in www.federalismi.it, 2022, p. xviii. Più ampiamente: E. CATELANI, M. D'AMICO (a cura di), *Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Bologna, Il Mulino, 2021; M. CORSI, *Che genere di povertà*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., 2, 2021, pp. 29 ss.

⁴⁸ Sul tema recentemente L. RONCHETTI, *Il genere e la pandemia costituzionale*, in G. Palmieri (a cura di), *Oltre la pandemia. Società, salute, economia e regole nell'era post Covid-19*, II, Napoli, 2020, pp. 1057 ss.

⁴⁹ Secondo il Rapporto annuale 2020 dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), l'epidemia ha avuto un forte impatto sull'organizzazione familiare con riflessi sui carichi di cura, sugli equilibri di convivenza e sulle opportunità di apprendimento dei bambini, aspetti importanti della qualità del lavoro che hanno penalizzato soprattutto le donne.

Tra questi elementi, sovrasta, anzitutto, l'aggravamento del divario di svantaggio femminile: le donne sono sovraccaricate di attività che le inducono a trascurare la propria salute e a limitare l'accesso ai servizi, aumentando le difficoltà nell'attivazione delle reti di supporto.

Un secondo elemento riguarda il fatto che le donne rappresentano il maggior numero di personale impiegato in attività primarie e di cura come strutture o residenze sanitarie per anziani (RSA), servizi essenziali rimasti aperti durante la pandemia, assistenza all'infanzia e agli anziani, eccetera⁵⁰.

Un terzo elemento è dato dalla circostanza per cui, notoriamente, da diversi anni, è accresciuto il numero di donne medico e di donne attive nei lavori a rischio⁵¹, in particolare durante la fase acuta della pandemia, tale da giustificare un numero maggiore di donne contagiate.

Altre condizioni interessano, infine, l'impatto che le misure contenute nella normativa emergenziale adottata per il contenimento della diffusione del virus hanno sul mondo femminile.

Le donne senz'altro subiscono le restrizioni maggiori dovendo modificare radicalmente le proprie abitudini.

L'emersione e la crescita, durante la pandemia e, in particolare, nel periodo di isolamento sociale, di bisogni di assistenza informali, come mai prima, costringono le donne a riorganizzare i ritmi e i tempi per l'accudimento e l'assistenza di genitori isolati⁵², per riuscire a conciliare lavoro e didattica a distanza dei figli⁵³, per garantire prestazioni efficienti durante il lavoro da casa⁵⁴.

Tutto questo produce una «sindemia», intesa come insieme di patologie pandemiche non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche, psicologiche, dei modelli di vita, di lavoro, di fruizione della cultura e delle relazioni umane⁵⁵.

⁵⁰ P. VILLA, *L'impatto della crisi pandemica sull'occupazione femminile*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., 2, 2021, pp. 12.

⁵¹ A. COVERI, M. G. MONTESANO, *Perché la pandemia non ci rende tutti uguali*, in *In Genere, Dati, politiche, Questioni di genere*, 26 marzo 2020, www.ingenere.it; E. SPINA, *La pandemia e le operatrici sanitarie*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., 2, 2021, pp. 39 ss.; L. BROFFERIO, *La parità di genere in sanità? Le donne erogano l'assistenza, gli uomini la dirigono e la organizzano*, in *Medical Sciences*, 2020, p. www.proquest.com/scholarly-journals/la-parità-di-genere-sanità-le-donne-erogano-l/docview/2439755330/se-2.

⁵² M. ARLOTTI, *Cura degli anziani e problematiche di genere: le conseguenze della pandemia*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., pp. 53 ss.

⁵³ G. DOTTI SANI, *L'emergenza sanitaria da COVID-19 e la divisione del lavoro domestico e di cura*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., pp. 21 ss.; M. NALDINI, *La conciliazione famiglia-lavoro prima e durante la Pandemia*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., pp. 46 ss.

⁵⁴ In argomento, v. il Rapporto *Gender policies report*, dicembre 2020, redatto da Inapp, il *Global gender gap Report 2021* del *World Economic Forum*, la Relazione sulla prospettiva di genere nella crisi Covid-19 e nel periodo successivo alla crisi della Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere A9-0229/2020 del 20 novembre 2020, Parlamento europeo; *European Institute for Gender Equality (EIGE), Gender Equality Index: 2022 The COVID-19 pandemic and care*, Luxembourg, *Publications Office of the European Union*, 2022; I. DI TULLIO, *Lavorare da casa ai tempi del Covid-19: le dimensioni dello smart working*, in S. Avveduto (a cura di), *Il mondo nuovo: la ricerca nell'anno della pandemia. Rapporto GETA 2020*, Roma, Edizioni CNR, 2021, pp. 63 ss.

⁵⁵ C. MENCACCI, G. CERVERI, *Covid-19 e impatto sulla salute mentale*, in Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, *Covid-19 e salute di genere*, cit., pp. 63.

Da ultimo, non per importanza, si registra un numero crescente di donne costrette a convivere, specialmente nei grandi centri urbani, in spazi limitati con mariti o compagni violenti⁵⁶: in Italia, il numero di omicidi in famiglia aventi le donne come vittime durante il periodo del confinamento è aumentato del 76%⁵⁷.

4. Le prospettive post-pandemia

L'esperienza vissuta nel corso dell'emergenza pandemica pone le basi, già in parte costruite, per irrobustire il ruolo della questione di genere nelle politiche pubbliche, aprendo interessanti prospettive sulle quali a tutti i livelli sarà necessario intervenire.

Indubbiamente tra queste, si inserisce il Piano nazionale di prevenzione (PNP) 2020-2025, strumento teso anche al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030⁵⁸.

Il Piano persegue l'approccio di genere come un mutamento culturale e di prospettiva, affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria⁵⁹.

In occasione del *G20women*, ad esempio, è nominata, per la prima volta, la Commissione *Equity in Health* con l'obiettivo di aumentare la diffusione e gli investimenti in strategie efficaci per affrontare le disuguaglianze di genere nei sistemi sanitari⁶⁰.

⁵⁶ A. TOFFANIN, M. MISITI, *Il sostegno alle donne in situazione di violenza alla prova della pandemia*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., pp. 67 ss.

⁵⁷ G. BARBARA, M. C. FRASSANITO, A. KUSTERMAN, *Covid-19 e violenza domestica: la pandemia ombra*, in Fondazione Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, *Covid-19 e salute di genere*, cit., pp. 142 ss.

⁵⁸ L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU che ingloba 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile da raggiungere entro il 2030. Tra questi obiettivi vi sono la salute ed il benessere (n. 3), la parità di genere (n. 5), l'acqua pulita e i servizi igienico-sanitari (n. 6) e la riduzione delle disuguaglianze (n. 10).

⁵⁹ Ministero della salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, 6 agosto 2020, pp. 63 ss.

⁶⁰ Nel luglio 2020, il gruppo specializzato sulla parità di genere è stato presieduto dall'Italia e in occasione dell'evento l'uguaglianza di genere è stata ritenuta un fattore chiave il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (in particolare, l'obiettivo 5 "Uguaglianza di genere: raggiungere l'uguaglianza di genere e potenziare tutte le donne e le ragazze" (fonte: www.n20italia.it).

La comunicazione relativa all'edizione del 2022 tenutasi in Indonesia indica tra le aree di priorità (oltre a quella su "Non discriminazione e uguaglianza") la "Risposta sanitaria equa dal punto di vista del genere" individuando cinque punti centrali: l'aumento dell'accesso all'assistenza sanitaria a prezzi accessibili per donne e ragazze anche attraverso la creazione di nuove strutture, la fornitura di servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze anche aumentando l'utilizzo di strumenti digitali, la richiesta di riconoscere le differenze biologiche e sociali includendo in tutte le future ricerche mediche uomini e donne, l'inclusione delle donne a tutti i livelli decisionali e di *leadership* nella ricerca medica e l'aumento dei benefici occupazionali formali per gli operatori sanitari così creando un maggior numero di posti di lavoro (10).

L'Unione Europea ha promosso uno *Strategic Engagement* sulla *Gender Equality* per il triennio 2016-19 e una nuova Strategia per il quinquennio 2020-2025.

In accordo con le linee guida europee, il Governo italiano ha altresì redatto la *Strategia nazionale per la parità di genere*⁶¹ con l'intenzione di tracciare una prospettiva chiara ed un percorso certo verso la parità di genere e le pari opportunità e per delineare nitidamente un sistema di azioni politiche integrate nell'ambito delle quali attivare iniziative concrete, definite e misurabili.

È interessante osservare come nella *Strategia* un paragrafo sia dedicato alla dimensione temporale nel senso dell'impiego di tempo, non remunerato, dedicato alle attività di cura della casa e della famiglia propria e degli altri (come figli o genitori).

Si legge, in particolare, che, «considerando il divario di genere nella cura della casa, l'Italia è fanalino di coda in Europa con l'81% di donne che vi si dedica tutti i giorni contro il 20% degli uomini (in confronto con il 79%-34% in Europa ed il 74%-56% in Svezia). L'assunto che la gestione della casa e dei figli sia primaria o esclusiva responsabilità delle donne crea, oltre ad un significativo dispendio di tempo, anche un aggravio psicologico»⁶².

In relazione al pilastro “tempo” la priorità strategica definita è rappresentata dalla promozione della condivisione paritaria delle attività di cura e di assistenza non remunerate tra uomini e donne e dalla garanzia di assistenza della prima infanzia di qualità, economicamente accessibile e capillare su tutto il territorio da raggiungere attraverso una serie di misure a favore della condivisione delle responsabilità genitoriali, della promozione del congedo di paternità, dell'attuazione del piano degli asili nido e del potenziamento dei poli per bambini 0-6 anni, degli incentivi per la realizzazione di asili nido aziendali e simili e delle agevolazioni per l'utilizzo degli strumenti di *welfare* aziendale a supporto della genitorialità, del sostegno all'ampliamento del tempo pieno scolastico, eccetera⁶³.

Un posto di assoluta preminenza è occupato, poi, dalle misure indicate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), adottato per il rilancio dello sviluppo nazionale in seguito alla pandemia⁶⁴ e in riferimento al quale la strategia nazionale per la parità di genere richiamata rappresenta un punto chiave. Il Piano riporta al centro le questioni relative al superamento delle disparità di genere e rappresenta il primo caso, nella storia della Repubblica, in cui la questione di genere occupa uno spazio decisamente visibile in un programma di investimento della portata del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁶⁵.

⁶¹ Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per le Pari opportunità, *Strategia Nazionale per la parità di genere*, luglio 2021 pubblicata sul sito istituzionale del Governo, 2.

⁶² *Ivi*, 8-9.

⁶³ *Ibidem*, 12 e 26-27. In argomento, A. MINELLO, *Non è un paese per madri*, Roma, Laterza, 2022, spec. pp. 63 ss.

⁶⁴ Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato presentato dal governo italiano alla Commissione europea alla fine dell'aprile 2021 con lo scopo di ottenere i finanziamenti (sussidi e prestiti) per favorire il rilancio economico dopo la pandemia. È stato approvato nel 2021 nell'ambito del programma *Next Generation EU* e i suoi interventi si proiettano fino al 2026.

Le misure adottate dal PNRR in materia di salute consistono in 68,9 miliardi in sovvenzione e 122,6 in prestito.

⁶⁵ F. BETTIO, *Più soldi dall'Europa, più parità? Annotazioni sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, in U. Ascoli, R. Ciccia (a cura di), *Le donne in Italia durante la pandemia*, cit., pp. 81 ss.

Due circostanze sono di particolare rilievo.

La prima, appena richiamata, svela che i paesi con generale difficoltà concentrano i propri sforzi verso misure tese a favorire l'uguaglianza di genere, laddove quelli con divari di genere più contenuti convogliano l'attenzione verso l'implementazione di politiche per il mercato del lavoro e la riduzione delle disparità del tasso occupazionale, mentre meno sostanziosa è la parte dedicata all'attuazione di misure per favorire la parità di genere⁶⁶.

Ad esempio, se il Piano italiano riserva ampi spazi al raggiungimento della parità di genere indicandolo espressamente, come fa anche la Spagna attraverso l'*España Puede* (il Piano di ripresa, trasformazione e resilienza spagnolo), ove l'uguaglianza di genere è indicata come uno dei quattro assi principali, il tema non è affrontato in maniera tanto esplicita nel *France relance* (il Piano francese), né nel *Deutscher Aufbau - und Resilienzplan* (il Piano adottato dalla Germania), molto attento, tuttavia, al rafforzamento dell'inclusione sociale attraverso anche l'assistenza all'infanzia, e neppure nel *National Recovery and Resilience Plan* greco⁶⁷.

La seconda concerne il fatto per cui il Piano dovrà essere valutato in un'ottica di *gender mainstreaming*⁶⁸.

Oltre ad individuare la parità di genere come uno dei tre assi trasversali a tutte le missioni che lo compongono, il PNRR inserisce la questione di genere in due missioni specifiche, la numero 5 e la numero 6⁶⁹.

La missione 5 "inclusione e coesione" pone come obiettivi, tra l'altro trasversali a tutte le missioni del piano, la promozione della crescita femminile ed il contrasto alle discriminazioni di genere anche attraverso il potenziamento delle cure domiciliari, al fine di adottare misure volte a ridurre il sovraccarico del lavoro di cura che grava sulle donne impedendo loro, talvolta, di avere un accesso effettivo ai propri diritti.

La questione è ulteriormente precisata nella successiva missione 6, intitolata proprio "salute" e strettamente correlata alla missione 5⁷⁰.

La missione prevede un miglioramento della qualità nelle prestazioni erogate sul territorio in tre livelli territoriali mediante la creazione delle case (Investimento 1)⁷¹ e degli ospedali di comunità (Investimento

⁶⁶ Rapporto della Ragioneria generale di Stato, p. 41.

⁶⁷ Su una comparazione tra i Piani richiamati v. MOCAVINI G., NAPOLITANO G. (a cura di), *I piani nazionali di ripresa e resilienza in prospettiva comparata*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2021, 1137-1181.

⁶⁸ Camera dei deputati, Servizio studi, XIX Legislatura, Parità di genere, 1 ottobre 2022, p. 1.

⁶⁹ In realtà, la trasversalità della questione di genere rileva anche nella missione 4 "Istruzione e Ricerca" in particolare in riferimento al Piano su asili nido e altri servizi per l'infanzia e nella missione 2 sull'implementazione della formazione inclusiva nell'ambito delle discipline STEM.

⁷⁰ Anche in ragione del d.m. 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

⁷¹ Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, ai medici di medicina generale e specialisti e ai servizi socio-sanitari.

3)⁷², il rafforzamento dell'assistenza domiciliare (Investimento 2)⁷³ tramite anche il ricorso alle nuove tecnologie, lo sviluppo della telemedicina e una maggiore integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari.

Si tratta, nel dettaglio, della Linea M6C1 del PNRR che prevede la definizione di un nuovo modello organizzativo assistenziale che sia più vicino ai bisogni dei cittadini, compresi di quanti vivono in zone rurali o svantaggiate al fine di garantire equità di accesso ai servizi sanitari e sociali (le reti di prossimità). Obiettivi principali sono il miglioramento dell'assistenza dei pazienti nella propria abitazione e la garanzia della continuità, l'accessibilità e l'integrazione della cura sanitaria⁷⁴.

A queste misure e ai relativi investimenti ad esse dedicati sono assommate le risorse che la Commissione europea programma per un Piano operativo per la sanità del Mezzogiorno indirizzate proprio alla medicina di genere.

In aggiunta, in considerazione dell'interesse per il sud evidenziato sempre nel PNRR, il 21 aprile 2021, la Società Scientifica *GISeG* (Gruppo Italiano Salute e Genere)⁷⁵ ha valutato l'opportunità di istituire un gruppo di lavoro operativo (c.d. *task-force*) dedicato alla diffusione e all'applicazione della medicina di genere nelle regioni meridionali: il Gruppo *GISeG-consorzio sud*⁷⁶.

Nell'ambito della programmazione sanitaria, il Gruppo ha l'obiettivo di proporre progetti che prevedano la definizione di percorsi di appropriatezza ed equità per affrontare le sfide legate al superamento delle disuguaglianze di genere da sviluppare con istituzioni, enti e società scientifiche di tutte le regioni italiane. A livello europeo, il Regolamento UE/2021/522 istitutivo del *Programma d'azione UE in materia di salute per il periodo 2021/2027 (EU4Health)*, in linea con gli obiettivi e le competenze dell'Unione europea in materia di sanità pubblica, pone l'attenzione sulle azioni grazie alle quali poter realizzare vantaggi ed incrementi di efficienza, sollecitando la riduzione delle disuguaglianze sia nei confronti degli effetti collaterali delle crisi sanitarie nelle situazioni di vulnerabilità, sia relativamente alle prestazioni di assistenza sanitaria in zone rurali, isolate o ultra periferiche⁷⁷.

Da questa prospettiva, come osservato, scaturisce la possibilità di considerare le disuguaglianze nell'intersezione di sesso, genere e salute, nel senso di ritenere la salute una parte rilevante della questione

⁷² Strutture intermedie, brevi degenze, transizione casa-ospedale e prestazioni infermieristiche.

⁷³ Malattie croniche, autosufficienze, domotica, digitalizzazione e Centrali operative territoriali di telemedicina (COT).

⁷⁴ Altra componente riguarda l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN e persegue lo scopo di rinnovare e riammodernare le strutture tecnologiche e digitali esistenti.

⁷⁵ Società fondatrice della rete italiana di medicina di genere insieme all'Istituto Superiore di Sanità e al Centro Studi Nazionale di Medicina di Genere: www.giseg.it.

⁷⁶ L'istituzione aderisce alla legge n.3 art. 3 del 2018 ed al relativo Piano Attuativo.

⁷⁷ Considerando n. 11, 12, 14 e 16.

di genere, e l'ottica di genere un tema essenziale delle strategie e dei programmi in materia di salute, integrando saldamente la dimensione tra sesso e genere⁷⁸.

La prospettiva centrale derivante dalla fase post pandemica è identificata, dal punto di vista dell'organizzazione amministrativa, principalmente nel potenziamento dell'assistenza territoriale; essa, da un lato, rappresenta l'opportunità per colmare le lacune strutturali del SSN attraverso misure per l'implementazione delle cure a domicilio, l'istituzione delle Case della salute comunitarie aperte tutto il giorno (ove operano un medico di medicina generale e un infermiere) e la creazione degli ospedali comunitari finalizzati a ridurre i ricoveri nell'ospedale generale, dall'altro, porta molteplici vantaggi alle donne.

I benefici possono esplicitarsi almeno in due modi.

In primo luogo, secondo i dati raccolti dall'Istat prima della pandemia (2019), le donne tendono ad usufruire con maggiore frequenza rispetto agli uomini dei servizi di pronto soccorso⁷⁹ e di guardia medica⁸⁰ e dei ricoveri ospedalieri⁸¹.

In secondo luogo, l'accresciuta disponibilità di infrastrutture socio-sanitarie di prossimità reca benefici maggiori alle donne anche alleviando i carichi di cura familiari non solo dal punto di vista del tempo ad essi dedicati, ma anche in termini di riduzione dello stress psico-fisico ad essi associati, incidendo positivamente sulla salute percepita.

5. Considerazioni finali: la questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie come elemento per il raggiungimento dell'effettività del diritto alla tutela della salute

Gli aspetti delineati pongono l'attenzione su una prima distinzione di ordine giuridico, ripartizione che si muove sul delicato crinale tra il diritto all'accesso alla tutela della salute e l'accesso al diritto alla tutela della salute.

Le due espressioni non si pongono in modo formale, ma rappresentano l'interrogativo sostanziale che viene da porsi quando si discute di temi di rilevante importanza, ossia se "essere titolari" di un diritto e "averne l'accesso" equivalga giuridicamente a poter effettivamente godere di quella tutela.

⁷⁸ B. PEZZINI, *Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute*, in *Corti supreme e salute*, 2022, p. 243. L'A. prosegue più avanti (253) che «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 persona».

⁷⁹ 79,5 donne ogni 1000 donne e 75 uomini ogni 1000 uomini.

⁸⁰ 42,2 donne ogni mille donne e 34,9 uomini ogni 1000 uomini.

⁸¹ 30,9 donne ogni 1000 donne e 27,8 uomini ogni 1000 uomini.

Nel caso in cui (come in questa ipotesi) essere titolari o avere l'accesso abbia ad oggetto l'unico diritto che la Costituzione riconosce come fondamentale⁸², la questione acquista una portata ancora maggiore: ciò di cui un individuo abbisogna è vedere effettivamente garantita la tutela della propria salute.

Allora il rapporto al centro di queste riflessioni assume i caratteri dell'essenzialità. La garanzia del diritto alla tutela della salute per una parte della popolazione, quella femminile, è effettiva solo quando riflette i propri peculiari bisogni, divenendo indispensabile un cambio di passo, visto che per lungo tempo la medicina è stata sperimentata e applicata in ottica androcentrica: una medicina studiata e attuata dall'uomo bianco per l'uomo bianco⁸³.

In questa prospettiva due sono le considerazioni che legano la relazione tra accesso alle prestazioni e questione di genere, valutazioni che si aggiungono alla circostanza, preliminare, per cui, mutuando la nota definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), è più corretto parlare di "salute" di genere⁸⁴ che di "medicina" di genere.

La prima considerazione rileva dal punto di vista giuridico e organizzativo.

La questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta un fondamentale elemento per il raggiungimento dell'appropriatezza delle cure e, conseguentemente, per l'efficienza del servizio sanitario come sistema realmente universale, capace di garantire le prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno e nel momento in cui ne ha bisogno.

La seconda considerazione, invece, vuole assurgere la questione di genere nell'accesso alle prestazioni sanitarie a paradigma non soltanto del rispetto del principio di uguaglianza (posto che, sul piano clinico, come si è visto, la situazione "di partenza" tra uomini e donne non è paritaria)⁸⁵, ma anche a parametro per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni stesse.

⁸² Art. 32 Cost.: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

⁸³ Uomini e donne non sono uguali in medicina. Si ammalano in modo diverso, di malattie differenti, non hanno gli stessi sintomi e rispondono in modo dissimile alle terapie. Per molto tempo questa diversità non è stata riconosciuta dai ricercatori e dai medici, tanto che la medicina è stata costruita su un modello unico e androcentrico: M. V. DI SANGRO, *Medicina di genere, le sfide per una sanità equa e universale*, in *i-com.com*, sulla Comunicazione del *Women20*, Italia 2021, p. www.i-com.it/wp-content/uploads/2021/09/W20-Italy-Communiqué.pdf.

⁸⁴ AA. VV., *Covid-19 e salute di genere: da pandemia a sindemia*, op. cit.; M. APPETECCHIA, *Gruppo di coordinamento aziendale per la promozione della salute di genere: agli IFO un centro che utilizza il genere come determinante per la salute*, in *Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, pp. 145-147; C. CAPANNI, L. TURCO, *Salute e medicina di genere*, in *Salute e territorio: rivista bimestrale di politica socio sanitaria*, 2011, pp. 277-320.

⁸⁵ Il principio di uguaglianza, diversamente, sarebbe "vuoto"; esso dovrebbe vivere non come semplice negazione delle differenze, ma come necessità di differenziazioni ragionevoli e proporzionali, anche organizzativamente e pure differenziandosi nei singoli territori, ferma restando la garanzia del progressivo superamento delle asimmetrie e degli squilibri. Sul tema v. G. AZZARITI (a cura di), *Uguaglianza o differenza di genere? Prospettive a confronto*, Atti del seminario di Roma, 26 novembre 2021, Napoli, Editoriale scientifica, 2022.

La piena realizzazione del principio di uguaglianza passa per il riconoscimento delle differenze e per l'integrazione delle diversità, quella del principio di appropriatezza delle prestazioni sanitarie attraverso le reali e concrete esigenze della persona-utente che ne usufruisce (ri)portandola al centro.

L'auspicio posto nelle misure di salute inserite nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che potrebbero contribuire a rafforzare la declinazione del sistema di garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEA) in un'ottica di genere e che la dottrina legge anche come «diagnosi delle inefficienze del sistema vigente»⁸⁶, va nella direzione di ritenere un servizio sanitario efficiente quando è in grado di assicurare l'accesso alle prestazioni sanitarie più adeguate e appropriate, così garantendo un diritto alla salute effettivo.

In questo senso la titolarità del diritto, l'accesso ad esso e la sua effettiva garanzia tramuterebbero da espressioni giustapposte a espressioni interscambiabili.

⁸⁶ G. CORSO, M. DE BENEDETTO, N. RANGONE, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, Bologna, Il Mulino, 2022.