

## **Eguaglianza e corpo delle donne / Equality and Women's Bodies**

Francesca Rescigno

Università degli Studi di Bologna, Italia

---

### **Abstract**

This paper investigates about the relationship between the principle of equality between sexes and the right to health. It is well known that the Italian Constitution as a whole is aimed at establishing equality between sexes; unfortunately, although the right to health is among the fundamental principles that contribute to a full realization of persons, the implementation of this right has been hindered for a long time by a male-oriented approach to medical care. As a matter of fact, gender-specific medicine is not yet fully established. Procreation is the only field showing different medical and juridical approaches for males and females, respectively. However, regulation and governance of motherhood are still suffering from an archaic and paternalistic juridical outlook that mortifies female specificity and women's entitlement to self-determination. Consequently, real fulfilment of the principle of equality regardless of sex is still to be achieved.

**Keywords:** equality, sex, health, gender-specific medicine, motherhood.

## **1. L'articolo 3 e l'eguaglianza senza distinzione di sesso, principio trasversale dell'intera Carta costituzionale**

Alla base del nostro assetto politico-istituzionale si trovano i principi democratico, pluralista, personalista e quello di eguaglianza che formano un *unicum* inscindibile. I nostri Costituenti (donne e uomini) hanno composto una sorta di sequenza logico-giuridica senza lasciare nulla al caso, così la lettura dei primi tre articoli evidenzia immediatamente il quadro di democrazia disegnato per il nostro Paese, un sistema in cui attraverso l'esercizio della libertà si tendono a realizzare condizioni d'eguaglianza presupposto della democrazia quale «principio generale che condiziona tutto l'ordinamento nella sua obiettiva struttura» ed espressione di un «generale canone di coerenza dell'ordinamento normativo»<sup>1</sup>. L'eguaglianza è un concetto relazionale, relativo rispetto ad un parametro diverso da sé, per cui ogni giudizio di eguaglianza ha sempre un grado di incertezza, è un concetto per sua natura fluido, dinamico anche perché l'eguaglianza in quanto tale non esiste nemmeno in natura, ma esiste la necessità di trattare in modo eguale situazioni eguali ed in modo diverso situazioni diverse. Questa è l'essenza dell'eguaglianza e come tale viene sviluppata dall'art. 3 che al primo comma afferma l'eguaglianza formale e al secondo quella sostanziale.

La previsione dell'eguaglianza formale effettuata dalla nostra Carta, pur riecheggiando enunciati tradizionali, presenta una razionalizzazione maggiore che in altre Costituzioni. Innanzitutto, l'articolo si apre con l'affermazione del principio di pari dignità sociale al quale va attribuito un carattere più morale che giuridico, dato che nelle società contemporanee una differenza di dignità sociale giuridicamente rilevante non esiste più<sup>2</sup>. Si sancisce poi l'eguaglianza davanti alla legge, per cui secondo la *rule of law* la legge si applica sia a quelli che governano sia a coloro che sono governati senza eccezioni. Il principio di

---

<sup>1</sup> In tal senso cfr. Sentenze Corte Costituzionale n. 25 del 1966; n. 175 del 1971 e n. 204 del 1982, rispettivamente in «Giurisprudenza Costituzionale» 1966, 241; 1971, 2109; 1982, 2146.

<sup>2</sup> All'uopo la XIV disposizione finale dispone «che i titoli nobiliari non sono riconosciuti e che i predicati di quelli esistenti prima del 28 ottobre 1922 valgono come parte del nome».

eguaglianza opera dunque anzitutto a carico del potere legislativo e incide sul contenuto della legge oltre che sulla sua efficacia, evitando che precisi criteri vengano violati e per questo la Costituzione enuncia i parametri che non possono dare vita a trattamenti differenziati che sono: il sesso, la razza, la lingua, la religione, le opinioni politiche, e le condizioni personali e sociali. Ciò non toglie che la stessa Carta costituzionale contenga previsioni che stabiliscono trattamenti diversificati proprio sulla base di tali parametri ma tali statuizioni non rappresentano incongruenze costituzionali bensì potenziamenti del principio di eguaglianza che risulta leso solo da discriminazioni irragionevoli, fondate cioè su elementi non obiettivi e non giustificabili. In tal senso praticare l'eguaglianza significa rifiutare qualunque irragionevole disparità di trattamento<sup>3</sup>. La "ragionevolezza" non è un concetto astratto, ma significa che una distinzione legislativa è lecita se è difendibile, giustificabile, suscettibile di essere spiegata e motivata sulla base di criteri che in una data società e in un determinato momento storico sono considerati accettabili. Il criterio della ragionevolezza non è né univoco, né immobile nel tempo e quindi a tratti può apparire persino incerto se non ambiguo, tuttavia è l'unico strumento convincente attraverso il quale una Corte costituzionale sensibile ed un legislatore attento possono cancellare quelle differenze di trattamento che appaiono alla coscienza sociale come intollerabili (Morrone 2001).

Il secondo comma dell'art. 3 enuncia il principio dell'eguaglianza sostanziale ai sensi del quale il legislatore, nel tentativo di rendere "più uguali" le situazioni di fatto, ha la possibilità di introdurre discipline differenziate che garantiscano la promozione dei gruppi sociali economicamente e socialmente svantaggiati. È questa una delle missioni dello Stato sociale che si impegna a rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione del principio di eguaglianza, uno Stato che può e che deve intervenire nella vita economica e sociale anche creando delle 'disuguaglianze legislative' per contrastare le disuguaglianze di fatto.

Come visto, uno dei parametri richiamati dall'art. 3 è quello del sesso, che assume un particolare significato considerando che l'Assemblea Costituente è la prima assemblea

---

<sup>3</sup> Cfr. *sent. Corte cost. n. 53 del 1958*, in «Giurisprudenza Costituzionale» 1958, 601 con osservazione di Esposito, C.

realmente rappresentativa di donne e uomini del nostro Paese<sup>4</sup>, e le donne contribuirono alla redazione della Carta fondamentale dimostrandosi particolarmente attente alla declinazione del paradigma dell'eguaglianza<sup>5</sup>.

La parità senza distinzione di sesso anima quindi trasversalmente l'intera Costituzione emergendo nelle previsioni in materia di diritto di famiglia<sup>6</sup>, in quelle relative al mondo del lavoro<sup>7</sup> fino a quelle, modificate più recentemente, in tema di rappresentanza politica, senza dimenticare che già affermando la sovranità del popolo ci si riferisce ad un concetto, quello di popolo, di per sé asessuato che ricomprende in maniera paritaria donne e uomini.

La parità di genere costituisce dunque un *fil rouge* che cuce l'intera Carta costituzionale in una trama di eguaglianza tra donne e uomini.

---

<sup>4</sup> Come noto, il percorso che ha condotto le donne italiane all'espressione del diritto di voto è stato lungo e complesso. Per una ricostruzione di tale conquista cfr. Galeotti 2006; Severini 2012.

<sup>5</sup> Furono ventuno le donne elette all'Assemblea Costituente e, di queste, cinque fecero parte anche della "Commissione dei 75" incaricata di redigere concretamente la Carta costituzionale. Nove delle ventuno Costituenti appartenevano alla Democrazia Cristiana e nove al Partito Comunista; due erano state elette nel Partito Socialista e una era esponente del Partito dell'Uomo Qualunque. Le donne Costituenti rappresentavano circa il 4% dell'Assemblea, una piccola percentuale, che riuscì però a dare vita ad una collaborazione trasversale e moderna nel tentativo di realizzare un testo ispirato all'uguaglianza giuridica di tutti i cittadini, «senza distinzione di sesso ...».

<sup>6</sup> Rispetto all'evoluzione della posizione femminile nel diritto di famiglia meritano di essere ricordate oltre alle previsioni costituzionali anche alcune pronunce del Giudice costituzionale come la sent. n. 126 del 1968, con la quale è stato dichiarato incostituzionale il reato di adulterio femminile; la sent. n. 87 del 1975 che dichiarò incostituzionale la previsione legislativa contenuta nella l. n.555/1912 ai sensi della quale la donna italiana che sposava un cittadino straniero perdeva automaticamente la cittadinanza italiana, e infine la sent. n. 27 del 1975 con cui venne depenalizzata l'interruzione volontaria di gravidanza per l'ipotesi in cui la prosecuzione della gestazione avesse implicato un danno per la salute psico-fisica della donna. Riguardo, invece, all'atteggiamento del legislatore decisiva è stata la riforma del 1975 del diritto di famiglia (l. 19 maggio 1975 n. 151) che ha abrogato l'art. 144 c.c. e l'istituto della potestà maritale ed anche sostituito la patria potestà con la potestà dei genitori adeguandosi.

<sup>7</sup> È il Titolo III ad occuparsi dei Rapporti economici, e in tale ambito si sottolinea quanto previsto dall'art. 37 che afferma: «La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione». Gli interventi legislativi in materia sono stati molto tempestivi: si è dovuto infatti attendere il 1963 per vedere l'approvazione della l. n. 7 che vieta il licenziamento per le lavoratrici a causa di matrimonio ed elimina le c.d. 'clausole di nubilitato', e il 1971 per la l. n. 1204 che tutela le lavoratrici madri. L'attuazione legislativa dell'art. 37 si è orientata dapprima verso l'eliminazione delle discriminazioni più evidenti ai danni delle lavoratrici nubende, gestanti e madri e solo in un secondo momento il legislatore si è dedicato alla promozione della parità attraverso l'adozione delle c.d. azioni positive, rispetto alle quali si ricordano la l. n. 125 del 1991, contenente *Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro* alla quale si deve l'introduzione del divieto di discriminazione indiretta e diretta.

## 2. Eguaglianza senza distinzione di sesso: diritto alla salute e medicina di genere

L'intera Carta costituzionale è dunque pervasa da una generale tensione verso l'eguaglianza tra i sessi; ma ciò non significa che ogni previsione costituzionale si riferisca direttamente a tale principio che però appare sottointeso all'intero impianto costituzionale e quindi non può mai considerarsi inesistente solo perché non chiaramente esplicitato. In tale ottica si può indagare se l'eguaglianza riesca ad operare nei confronti di un aspetto fondamentale della persona e cioè la salute. Il nostro Paese, grazie all'art. 32, è stato per lungo tempo l'unico ad avere una Costituzione che «nel conferire rilievo costituzionale agli interessi collegati con la salute dei cittadini, ne abbia dato una disciplina compiuta» (Mortati 1961-1971). La discussione in Assemblea Costituente mise subito in luce il legame inscindibile tra la salute e la piena ed integrale realizzazione sia della libertà che dell'eguaglianza degli individui e vennero anticipate importanti questioni quali l'autodeterminazione del paziente, il rapporto con il medico, l'interruzione di gravidanza, e si manifestarono anche contrapposizioni ideologiche. La definizione del concetto e del relativo diritto alla 'salute' che emerge dall'art. 32 è alquanto complessa poiché questa previsione sembra far saltare la distinzione tra libertà negative e positive essendo i profili di astensione del potere pubblico intrecciati con la necessità di erogare prestazioni (Sullo 1947), ma anche quella tra norme programmatiche e norme precettive poiché la parte immediatamente applicativa è inscindibilmente legata con quella che richiede ulteriori adempimenti legislativi. Da ultimo appare assai complesso anche distinguere tra il contenuto del diritto e gli strumenti di attuazione dello stesso poiché la salute, a differenza di altri diritti costituzionali, non è riconducibile strettamente ad un *facere* o *non facere*, ad una attività giuridica o materiale, ma è effettivamente "uno stato", una condizione di benessere, un valore percepito dal soggetto che dipende da molteplici fattori esterni ed interni rispetto al soggetto stesso, uno stato che si cerca di mantenere nel tempo (Pace 2003).

Il bene salute tutelato dall'art. 32 è dunque di difficile definizione, così come lo è il corrispettivo diritto alla salute, un diritto della persona ma anche un diritto per le persone (...*interesse della collettività*) per cui non è indifferente l'atteggiamento del singolo nei confronti della propria salute quando le scelte possano avere conseguenze negative per la

collettività. La salute è uno degli elementi che contribuiscono alla realizzazione della persona e per questo la sua protezione è affidata alla convergenza di azioni e strumenti diversi<sup>8</sup>. La salute è dunque un diritto ma non solo, essa è un bene, un valore, che contribuisce a definire la persona operando secondo il principio di eguaglianza. Questo diritto prevede sostanzialmente due livelli fondamentali di garanzia: il primo, quello della ‘garanzia negativa’, consiste nella pretesa che i terzi si astengano da qualsiasi comportamento pregiudizievole nei confronti della nostra salute; il secondo, di ‘garanzia attiva’, si estrinseca nella pretesa dell’individuo alla utilizzabilità (ma anche al rifiuto) di tutti i mezzi terapeutici esistenti e necessari per la tutela della salute stessa (Simoncini e Longo 2006). L’affermazione costituzionale della salute ha una dimensione omnicomprensiva includendo corpo e mente a differenza delle previsioni pre-costituzionali che si concentravano invece unicamente sulla dimensione fisica al fine del mantenimento dell’integrità biologica<sup>9</sup>.

L’entrata in vigore della Costituzione impone dunque di rileggere i Codici per affermare i principi personalistico e solidaristico dando la precedenza alla persona concretamente intesa e ai suoi diritti (Rescigno 2013); lo Stato è vincolato alla massima tutela dei singoli secondo il dettato, ma non solo, dell’art. 2 della Cost. per realizzare quei diritti inviolabili garantiti al singolo indipendentemente dai vantaggi o dagli svantaggi che possono derivarne per lo Stato<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Rispetto alla definizione di salute, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) nella sua carta fondativa del 1948 definisce la salute quale: «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia»; tale definizione appare alquanto utopica e ha condotto ad un eccesso di medicalizzazione volto a un globale benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale, per questo nel 2011 è stata elaborata una nuova definizione di salute quale «capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive».

<sup>9</sup> I codici di epoca fascista, per esempio, risentivano fortemente della filosofia idealistica, rielaborata da Giovanni Gentile, secondo la quale «prima lo Stato e i suoi interessi, poi gli interessi dei singoli del tutto funzionali agli obbiettivi del potere», lo stesso art. 5 del Codice Civile del 1942 («Gli atti dispositivi del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge») va letto nel senso della tutela dell’integrità fisica non per il bene del singolo bensì per quello dello Stato.

<sup>10</sup> Alla luce di questo cambiamento il rapporto diritto/corpo subisce un radicale mutamento di prospettiva e si apre la possibilità per il singolo di decidere e autodeterminarsi in ordine a comportamenti e vicende che in vario modo coinvolgono il suo corpo, come espressamente richiamato dalla Corte Costituzionale, tra le altre, con la sent. n. 471/1990, nella quale si esplicita che il valore costituzionale della inviolabilità della persona nel suo aspetto attivo va costruito come libertà nella quale è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo; dal punto di vista passivo a ciò corrisponde il diritto del singolo di impedire intromissioni nel proprio corpo secondo gli artt. 3 e 32 della Costituzione.

La salute dunque quale diritto fondamentale della persona intesa in maniera asessuata coinvolgendo necessariamente e in misura paritaria donne e uomini.

Nell'art. 32 non viene menzionato il genere, né si effettuano richiami espliciti al principio di eguaglianza senza distinzione di sesso, dando probabilmente per scontato che tale diritto fondamentale dovesse essere patrimonio di tutti: donne e uomini in egual modo. Resta da accertare se effettivamente la concretizzazione di tale diritto sia avvenuta in maniera neutra dal punto di vista del sesso, ed anche verificare se effettivamente un approccio neutrale risulti convincente e proficuo<sup>11</sup>.

Dal punto di vista della ricerca e sperimentazione medica per molto tempo le malattie, la loro prevenzione e le diverse terapie sono state studiate prevalentemente su casistiche di un solo sesso, quello maschile, pensando di poter trasporre i risultati alla popolazione generale trascurando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne. Tra i motivi alla base di questo trend ci sono i costi della ricerca, poiché fare ricerche sul corpo femminile è più costoso e complesso a causa delle continue modificazioni dovute alle diverse fasi del ciclo ormonale. A questo si aggiunge che il potere medico è sempre stato quasi esclusivamente in mani maschili, cosa che ha determinato un'ottica parziale nell'interpretazione dei fenomeni e non di rado ideologica. Così l'identità del corpo femminile è stata a lungo affermata solo per differenza e in negativo rispetto all'identità maschile e l'assunto ai sensi del quale «l'organismo maschile e quello femminile non differiscono in alcuna maniera se non nell'apparato riproduttivo» (Vesalius 1543) ha fatto sì che le cure mediche rivolte alle donne siano state compromesse da un vizio di fondo, e

---

<sup>11</sup> Nel presente scritto ci si riferisce indifferentemente al sesso e al genere ma in realtà questi due termini non sono sinonimi ma concetti interrelati, infatti il sesso riguarda le differenze biologiche ed anatomiche esistenti tra maschio e femmina, il corredo cromosomico, la forma dell'apparato sessuale, mentre il genere è il processo di costruzione sociale e culturale ed indica la rappresentazione, la definizione e l'incentivazione di quei comportamenti che danno vita allo *status* di uomo/donna. Il genere, dunque, è appreso e non innato ed è frutto di un persistente rinforzo sociale e culturale delle identità: esso viene creato quotidianamente attraverso tutte quelle interazioni che tendono a definire le differenze tra uomini e donne. Nel sentire comune il sesso e il genere costituiscono un tutt'uno. Il rapporto tra sesso e genere varia a seconda delle aree geografiche, dei periodi storici, delle culture di appartenenza. I concetti di mascolinità e femminilità sono concetti dinamici che devono essere storicizzati e contestualizzati. Ogni società definisce quali valori riferire alle varie identità di genere, in cosa consiste essere uomo o donna. Mascolinità e femminilità sono quindi concetti relativi. Altra cosa ancora è l'orientamento sessuale, vale a dire ciò che innesca la risposta erotica della persona.

che i metodi utilizzati nelle sperimentazioni cliniche e nelle ricerche farmacologiche nonché la successiva analisi dei dati abbiano risentito di una prospettiva maschile disinteressata alle peculiarità femminili. Le donne sono quindi da sempre paradossalmente sottovalutate negli studi epidemiologici, nelle sperimentazioni farmacologiche, negli studi clinici, negli esami di laboratorio e della diagnostica per immagini, mentre per garantire a ciascun individuo la tutela del proprio benessere ed il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico-riabilitativo, è necessario non trascurare il sesso *quale fattore determinante*, a garanzia di una medicina sempre più personalizzata basata sulla centralità del paziente donna o uomo che sia. In tal senso si è mossa l'Organizzazione Mondiale della Sanità che dal 1998 ha preso atto delle differenze di genere<sup>12</sup> e dal 2002 ha chiesto agli Stati di integrare le considerazioni di genere nell'elaborazione delle politiche sanitarie<sup>13</sup>.

La salute quindi ha un sesso e per far sì che principio di eguaglianza e diritto alla salute si integrino a vicenda in maniera virtuosa è necessario che situazioni uguali vengano trattate in modo eguale e situazioni diverse in modo differente. Nasce in tale ottica la *medicina di genere*<sup>14</sup> che non deve essere intesa come la “medicina delle donne”, poiché con tale definizione ci si riferisce alla complessa interazione ed integrazione fra sesso (inteso come differenza biologica e funzionale dell'organismo) e comportamento psicologico e culturale dell'individuo che deriva dalla sua formazione etnica, educativa, sociale e religiosa. La salute umana è strettamente correlata a queste due fondamentali costituenti del genere per cui la medicina di genere è la scienza che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica

---

<sup>12</sup> La sfida lanciata nel 1988 dall'Oms riguardava una migliore valutazione dei fattori di rischio che coinvolgono la salute della donna partendo dalla considerazione che alcune malattie croniche colpiscono le donne in età avanzata in modo sproporzionato rispetto agli uomini e potrebbero quindi avvalersi di azioni di prevenzione che presuppongono studi e approfondimenti specifici.

<sup>13</sup> Alle indicazioni dell'Oms fanno seguito la determinazione della Commissione europea che, nel 2011, richiama la necessità di promuovere politiche in difesa della salute tenendo conto della diversità di genere. Anche il Consiglio dell'Unione Europea ha raccomandato una maggior conoscenza da parte degli operatori sanitari delle differenze di genere per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure ai fini di una maggiore appropriatezza della terapia e ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi.

<sup>14</sup> Sulla medicina di genere cfr. Manacorda e Gabaglio 2010; O.n.da (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna) e Franconi 2011; Signani 2013; Dubini 2016, 108; Bellini, Raparelli, Moncharmont, Basili, Lenzi 2017, 3310; Signani, Basili e Bellini 2018, 3466ss; Gazzaniga, Basili, Sciomer 2018, 3503segg.

di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna<sup>15</sup>.

La medicina di genere è dunque chiamata a limitare le diseguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne, applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Pertanto essa richiede un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche, al fine di creare una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente tutte le differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che naturalmente anatomofisiologiche. La parola chiave è quindi "multidisciplinarietà" che garantisce un approccio moderno alla malattia, in una visione sfaccettata e olistica che cerca di costruire risposte che si basino sulla cura della persona e non del singolo organo (Dubini 2016).

La costruzione della medicina di genere è alquanto recente e in questo quadro relativamente nuovo il nostro Paese sembra muoversi con fatica anche se finalmente nel gennaio 2018 è entrata in vigore la l. n. 3, contenente *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*, in cui tra si affronta per la prima volta la problematica della medicina di genere<sup>16</sup>. La legge rappresenta un sostanziale incentivo all'appropriatezza e all'equità dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute previsto dall'art. 32 della Cost.. Il Ministero della Salute, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge, dovrà predisporre due decreti applicativi: uno comporrà il Piano per la diffusione della Medicina di Genere (in collaborazione con il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità in rapporto con la Conferenza permanente Stato e Regioni) mentre l'altro definirà assieme al Miur, il piano Formativo Nazionale per la diffusione della conoscenza in Medicina di Genere.

---

<sup>15</sup> Secondo l'Oms la medicina di genere è una scienza multidisciplinare volta a descrivere le differenze anatomo-fisiologiche a livello di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna; ad identificare le differenze nella fisiopatologia delle malattie; a descrivere le manifestazioni cliniche eventualmente differenti nei due sessi; a valutare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici e delle azioni di prevenzione; a sviluppare protocolli di ricerca che trasferiscano i risultati degli studi genere specifici nella pratica clinica.

<sup>16</sup> È l'art. 3 contenente *Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale* ad occuparsi della medicina di genere.

Il cammino è dunque cominciato ed anche se non si presenta semplice è necessario che non si interrompa perché «la rivoluzione silenziosa della medicina di genere ha superato il primo grande ostacolo sul suo cammino, quello di essere accettato come un innegabile e necessario cambiamento di paradigma. Questo è solo l'inizio. Ora è tempo di cominciare un vero e proprio viaggio interdisciplinare ed investire risorse, sia in ambito accademico che clinico affinché la medicina di genere diventi parte integrante del modo in cui insegniamo e applichiamo la moderna medicina a beneficio di uomini e donne allo stesso modo» (Glezerman 2017).

La salute quindi non può considerarsi un campo neutrale ed asessuato ed il concetto di diversità, incentrato sull'elemento sessuale deve essere uno degli strumenti della riflessione clinica, ma anche di quella bioetica quando è in discussione il principio di uguaglianza.

### **3. Salute e corpo della donna: oltre la maternità verso l'auto-determinazione femminile**

La ricostruzione che precede evidenzia come il diritto alla salute non possa essere declinato in maniera totalmente neutra poiché esistono specificità legate al dato sessuale che impongono una visione e trattamenti differenziati secondo ai sensi del principio di uguaglianza.

Nonostante la realizzazione del diritto alla salute sia stata a lungo basata unicamente sul paradigma maschile, esiste un settore in cui da subito è emersa la differenza sessuale quale fattore discriminante per l'approccio medico e per la regolamentazione legislativa ed è quello della riproduzione considerata nelle sue varie sfaccettature.

In realtà il diritto fatica a cogliere la dimensione relazionale della gravidanza, il corpo della donna infatti gioca un ruolo determinante sia nei confronti del concepito che può esistere solo se "accolto" dalla donna stessa, ma anche rispetto alla realizzazione materiale della paternità che senza la donna non può avvenire. La dimensione relazionale della gravidanza sfugge ai parametri ed alle categorie con cui il diritto considera abitualmente le relazioni inter-soggettive presupponendo, cioè, due soggetti interamente separati, men-

tre la gravidanza è una relazione che rende la donna «due e tutt'uno (unità duale)» (Pezzini 2017). Malgrado queste difficoltà il legislatore si è confrontato più volte con il tema della maternità, quasi a volere chiudere dentro uno spazio rigido e controllato ciò che non poteva comprendere fino in fondo. La *maternità* non può però essere considerata come qualcosa di astratto e separato rispetto a colei che è madre, la donna possiede infatti una 'specificità di genere' che le consente di essere, di divenire (se lo vuole) una *unità duale*, caratterizzata da una specifica relazione tra madre e nascituro<sup>17</sup>.

L'importanza fondamentale della maternità è ribadita anche dal dettato costituzionale laddove si garantisce esplicitamente la tutela della maternità, in particolare attraverso gli artt. 31 («La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù») e 37 («Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione»).

Nell'ambito del diritto alla salute della donna è stata dunque la gestione della maternità a rappresentare l'aspetto di maggior rilievo degli interventi legislativi che nella maggior parte dei casi si sono indirizzati verso la restrizione e il controllo della capacità di autodeterminazione della donna stessa, quasi come se la gestione della maternità fosse un affare troppo serio per lasciarlo alla discrezionalità delle donne/madri.

In tale prospettiva, si nota che il Codice Penale del 1930, Libro II, Titolo X, conteneva quattro articoli dedicati rispettivamente ad aborto di donna non consenziente (art. 545), ad aborto di donna consenziente (art. 546); ad aborto procuratosi dalla donna (art. 547) e all'istigazione all'aborto (art. 548), tutti reati puniti con severe pene detentive in quanto considerati delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe secondo l'ideologia fascista. L'evoluzione della società a partire dagli anni Sessanta, grazie soprattutto alle lotte condotte dai movimenti femministi, aprì un dibattito serrato sul tema<sup>18</sup> che condusse alla

---

<sup>17</sup> Come nota Sofri «Madre e nascituro sono, in un modo altrimenti impensabile, due e tutt'uno. Senza questa ammissione, l'*habeas corpus* non esiste, se non come diritto dei maschi per i maschi» (2008, 27).

<sup>18</sup> Si ricordano gli eventi del processo Pierobon agli inizi degli anni '70. Durante il processo l'imputata ammise di essere rimasta incinta a diciassette anni e spiegò di avere interrotto la gravidanza, intimorita dalla reazione dei genitori, dopo che il padre del bimbo, ventisettenne, era scappato lasciandola sola. Il PM di Padova chiese un anno di reclusione e senza perdono giudiziale, perché la ragazza non si era pentita. In effetti, non solo la Pierobon non si pentì mai, ma affermò che ogni donna deve avere il diritto a decidere della sua vita e del suo corpo. A sua difesa scesero in campo le femministe italiane e il Partito Radicale. Il processo si concluse, paternalisticamente, con una sorta di perdono. Cfr. Pierobon 1974.

nascita di una nuova consapevolezza rispetto alla gestione del corpo delle donne<sup>19</sup>. In tale evoluzione particolarmente significativo fu il ruolo giocato dalla Corte Costituzionale che nel febbraio del 1975 dichiarò l'incostituzionalità dell'art. 546 del Codice Penale, che puniva l'aborto anche su donna consenziente senza tener conto dei rischi per la sua salute<sup>20</sup>. In questa fondamentale pronuncia i giudici ricordano che nel codice in vigore l'aborto era rubricato come delitto contro l'integrità della stirpe, e che quindi il bene protetto era l'interesse demografico dello Stato, come se lo Stato potesse essere considerato superiore alla persona, ciò in palese contrasto con l'intero impianto costituzionale. La Corte ritenne che la tutela del concepito pur avendo fondamento costituzionale potesse confliggere con altri beni anch'essi meritevoli di tutela costituzionale; di conseguenza la legge non può dare al primo una tutela assoluta negando ai secondi una adeguata protezione (tra questi la salute della donna, che è già persona, di contro all'embrione, che persona deve ancora diventare). Per questi motivi la Corte dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'art. 546 c.p., nella parte in cui non prevedeva che la gravidanza potesse essere interrotta quando il suo proseguimento implicasse danno o pericolo grave per la salute della madre. Proprio questa sentenza aprì la strada alla l. n. 194 del 1978, contenente *Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza*, cioè una precisa regolamentazione dei casi e dei termini entro i quali l'interruzione volontaria di gravidanza non costituisce comportamento penalmente perseguibile. La l. n. 194 non crea tanto 'un diritto all'aborto', bensì legittima l'autodeterminazione della donna<sup>21</sup>, garantendo l'esercizio e la protezione di due diritti fondamentali: diritto alla salute e diritto all'autodeterminazione. L'applicazione della legge ha dato buoni risultati

---

<sup>19</sup> In tale ottica, va ricordata la l. n. 405 del 29 luglio 1975 relativa alla *Istituzione dei consultori familiari*, un atto estremamente importante perché valorizza l'autonomia delle scelte dei singoli come testimonia l'art. n. 1 che recita: «Il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopi: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso».

<sup>20</sup> Cfr. sent. Corte cost. n. 27 del 18 febbraio 1975.

<sup>21</sup> Cfr. il modello teorico-assiologico alla base della l. 194 non è quello statunitense dell'aborto come espressione del *right to privacy* della donna, bensì un modello a tutela crescente, come lo definisce Canestrari 2015.

riducendo drasticamente il numero delle interruzioni di gravidanza e cancellando quasi completamente gli aborti clandestini, tuttavia la legge contiene un *vulnus* pericoloso costituito dalla previsione dell'art. 9 che sancisce la possibilità di manifestare l'obiezione di coscienza, sia per il personale sanitario che per gli esercenti di attività ausiliarie. Il nostro ordinamento ammette l'obiezione di coscienza all'adempimento di un dovere costituzionalmente garantito e, quindi, inderogabile, solo per tutelare un altro bene, anch'esso di altissimo rango. Si profila così un rapporto tra regola ed eccezione, laddove la regola è espressa da quella disposizione legislativa che riconosce e tutela il bene "vita e salute della donna incinta"; mentre l'eccezione è collocata entro quella norma che, introducendo l'obiezione di coscienza, tutela il corrispettivo, ma confliggente, bene "vita del concepito". Questo complesso rapporto regola-eccezione dovrebbe condurre ad un uso moderato dell'obiezione mentre invece, purtroppo, l'applicazione pratica della l. n. 194 ha registrato una percentuale di obiettori (o di presunti tali) molto alta (la media è del 70%, con punte di oltre l'80% al centro-sud), mettendo in tal modo seriamente in discussione l'essenza stessa della legge e soprattutto la salute e la capacità di autodeterminazione delle donne.

Ma se la l. del 1978 costituisce, malgrado la distorta applicazione dell'obiezione di coscienza, comunque una buona legge che evidenzia la specificità femminile e valorizza l'autodeterminazione in un ambito complesso quale quello della maternità, non altrettanto positivo può essere il giudizio sugli interventi successivi in materia di maternità ed in particolare sulla l. n. 40 del 2004<sup>22</sup>, contenente *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*. Questa legge nota anche quale "legge burqa" è il simbolo della difficoltà nel nostro Paese di affrontare in modo adeguato e laico temi e questioni che incidono sulla salute, sull'esistenza delle persone e sui loro progetti di vita, nonché sul rapporto con la medicina e l'evoluzione scientifica. La l. 40/2004, definita "cattiva legge cattiva" (Virgilio e Marella 2004), fin dalla sua entrata in vigore ha rivelato contraddizioni e limiti, suscitando accesi dibattiti sui diritti, sulla ricerca clinica e sperimentale e soprattutto sulla sua costituzionalità perché estrometteva la donna dalla gestione del proprio corpo ridotto

---

<sup>22</sup> Sulla l. n. 40 del 2004, nell'ambito di una bibliografia assai estesa, cfr. Celotto e Zanon (a cura di) 2004; Villani 2004; Flamigni e Mori 2005; D'Amico e Pellizzone (a cura di) 2010; Rodotà 2009-2010, 68ss; D'Amico, Alessio e Clara 2010; Costantini, D'Amico e Mengarelli 2015.

a mero contenitore del concepito, spersonalizzando la maternità, sacrificando fortemente il diritto alla salute della donna (si pensi all'art. 14 e al divieto di produrre più di tre embrioni con il conseguente obbligo di un unico e contemporaneo impianto e all'art. 13 relativo al divieto di diagnosi preimpianto). Dal proibizionismo esasperato del testo originario si evince la volontà di imporre un modello di gestione del corpo della donna sottratto alla libera disponibilità della persona interessata; dal testo, intriso di una forte ideologia integralista, emergeva in maniera preponderante non la preoccupazione per la salute della donna, per l'equilibrio della coppia, ma per l'embrione che diventava una sorta di soggetto a sé stante, unico degno di protezione contrapposto alle stesse persone che lo avrebbero messo al mondo e si sarebbero prese cura di lui. Appena un anno dopo l'approvazione di questa barbara legislativa si aprì la campagna referendaria volta ad abrogarla. La Corte costituzionale dichiarò però inammissibile il referendum totale sulla base dell'assunto che la l. n. 40 rappresentava una normativa costituzionalmente necessaria in quanto contenente una prima regolamentazione organica della materia in grado di assicurare un livello minimo di tutela ad una pluralità di situazioni di rilevante interesse costituzionale, allo stesso tempo però la Consulta ammise quattro referendum parziali riguardanti aspetti controversi della legge, quali la possibilità di accesso alla procreazione medicalmente assistita non solo alle coppie sterili ma anche a quelle affette da patologie geneticamente trasmissibili, i limiti alla ricerca sperimentale e il divieto di fecondazione eterologa. Purtroppo la consultazione referendaria non raggiunse il *quorum* di partecipazione.

Quello che non ha voluto o potuto fare il corpo elettorale lo hanno fatto però la magistratura ordinaria, la giustizia costituzionale ed anche la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo che ha precisato che quando: «un aspetto particolarmente importante della vita di un individuo o della sua identità è in gioco, il margine concesso allo stato sarà limitato» e ancora che «il diritto ad avere un bambino è un aspetto particolarmente importante della vita personale e familiare, tale da assurgere ad un vero e proprio diritto»<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Cfr. punto n. 93, sent. della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 1° aprile 2010, Prima Sezione, Ricorso 57813/00, S.H. e altri v. Austria. La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo si è occupata – censurando – della l. n. 40 del 2004, con la sent. del 28 agosto 2012 Costa e Pavan v. Italia.

Quello che è rimasto dopo gli interventi della Consulta è una legge smembrata, che pur non mortificando più il diritto alla salute e alla autodeterminazione della donna meriterebbe comunque un totale ripensamento da parte del legislatore<sup>24</sup>.

Le problematiche connesse con la maternità non si esauriscono nelle previsioni concernenti l'interruzione di gravidanza o le tecniche di procreazione medica assistita, in quanto oggi il dibattito si concentra sul nuovo fronte della maternità surrogata o gestazione per altri. La maternità surrogata è una particolare tecnica di procreazione medicalmente assistita per cui una donna, terza rispetto alla coppia (etero o omosessuale) committente che si impegna ad assumere la responsabilità genitoriale del nato, si obbliga, gratuitamente o verso corrispettivo, a mettere a disposizione il proprio utero (ed eventualmente anche il proprio ovulo) al fine di condurre, per conto di altri, una gravidanza ed a consegnare, all'esito di questa, il nato. All'interno dell'ampio *genus* della maternità surrogata si deve distinguere tra:

- *maternità surrogata per concepimento e gestazione*: nel caso in cui la gestante mette a disposizione dei committenti non solo il proprio utero ma anche il proprio gamete (per cui la fecondazione sarà comunque eterologa);
- *maternità surrogata parziale*: se il gamete maschile è proveniente dall'uomo - o da uno dei due uomini - della coppia committente;
- *maternità surrogata totale*: quando il gamete maschile è proveniente da un terzo donatore estraneo alla coppia) e, infine,
- *maternità surrogate per sola gestazione*: quando la gestante mette a disposizione dei committenti il solo utero.

---

<sup>24</sup> Per un *excursus* sugli interventi con cui la Corte ha proceduto a un sostanziale *restyling* giurisprudenziale della l. n. 40/2004, cfr. sent. n. 151 del 2009; sent. n. 96 del 2015; sent. n. 229 del 2015 e sent. n. 162 del 2014. Purtroppo dopo questa serie di importanti pronunce la sent. n. 84 del 13 aprile 2016 rappresenta la prima battuta d'arresto, poiché con essa è stata dichiarata l'inammissibilità delle questioni di legittimità sollevate rispetto all'art. 6, co. 3 (divieto di revoca del consenso dei ricorrenti alla Pma, una volta avvenuta la formazione dell'embrione), e all'art. 13 (divieto di sperimentazione sugli embrioni umani). Soprattutto il salvataggio di quest'ultima disposizione, attraverso cui il legislatore ha tutelato in modo assoluto gli embrioni – anche quelli affetti da patologie e, quindi, non più utilizzabili per i trattamenti – senza contemperare in alcun modo le esigenze della ricerca scientifica, appare decisamente discutibile.

Questa pratica è tuttora espressamente vietata dalla l. 40/2004, ma nonostante tale divieto centinaia di coppie italiane si sono recate all'estero nei paesi ove tale tecnica è regolamentata e consentita, per accedere a questa possibilità. Resta però il problema della trascrizione dell'atto di nascita del figlio avuto all'estero utilizzando tale tecnica riproduttiva. Possono sussistere infatti gli estremi di diversi reati quali quello di alterazione di stato ex art. 567 co. 2 c.p. o di false dichiarazioni al pubblico ufficiale su qualità personali ai sensi dell'art. 495, co. 2, n. 1 c.p. Tale fattispecie è stata oggetto di un importante intervento della Corte di Cassazione che con la pronuncia 24001 del 2014 ha dichiarato la trascrizione dell'atto di nascita di un bambino nato in Ucraina mediante maternità surrogata, "contraria all'ordine pubblico", disponendo l'adottabilità del minore il cui interesse si realizza attribuendo la maternità a colei che lo ha partorito, e nel caso in cui ciò non sia possibile statuendo il ricorso all'istituto dell'adozione al fine di realizzare una genitorialità disgiunta dal legame biologico<sup>25</sup>. Distante dall'intransigenza italiana è sembrata la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo che già nel giugno 2014 nel caso *Mennesson e Labassee c. Francia* ha concluso in senso favorevole al riconoscimento del rapporto di filiazione, e nel 2015 con la sentenza *Paradiso e Campanelli c. Italia*, ha condannato l'Italia per aver negato la trascrizione dell'atto di nascita estero e disposto l'allontanamento del bambino dai genitori surrogati, affidandolo ai servizi sociali. La Corte, in tale occasione, ravvisava una palese violazione dell'art. 8 della Convenzione e con essa dell'interesse del minore che aveva trascorso i primi mesi di vita con la coppia<sup>26</sup>. Recentemente merita di essere evidenziato il consenso della nostra Corte di Cassazione rispetto alla trascrivibilità di un atto di nascita spagnolo che indicava come madri due donne omosessuali, unite in matrimonio in Spagna. Nel caso di specie, una delle donne era la madre

---

<sup>25</sup> Nel caso di specie, essendosi realizzata una surrogazione di maternità eterologa, il bambino non aveva alcun legame genetico e biologico con la coppia committente. Peraltro, a peggiorare l'interesse dei presunti genitori, il bambino non poteva essere adottato da questi ultimi in quanto eccedenti i limiti di età utili per l'adozione e più volte dichiarati inidonei ad adottare un bambino. Cfr. Cass. Civ. Sez. I, sent. n. 24001, 11 novembre 2014.

<sup>26</sup> Su tale caso si è pronunciata da ultimo la Grande Chambre che nel 2017 ha ribaltato la decisione precedente, ritenendo che la legislazione italiana non sia, in realtà, in contrasto con la Convenzione poiché: «è legittimo sottrarre un bambino concepito con maternità surrogata alla coppia che lo aveva commissionato, tenuto conto dell'assenza di qualsiasi legame biologico tra il bambino e i ricorrenti», e ancora per soddisfare il desiderio di diventare genitori è imprescindibile «un legame biologico o un'adozione legale», e la maternità surrogata non appare idonea a realizzare un tale fine.

uterina del minore e l'altra, invece, la madre genetica avendo fornito gli ovuli necessari per il concepimento, insieme ai gameti maschili di un donatore esterno. La Suprema Corte, sulla scorta della giurisprudenza comunitaria, ha ritenuto non contrastante con l'ordine pubblico e quindi trascrivibile l'atto di nascita, poiché la pratica in esame non rientrava nelle ipotesi di "maternità surrogata", ma piuttosto in quelle di "bigenitorialità materna" assimilabile alla fecondazione eterologa<sup>27</sup>.

La questione dunque è ancora in divenire anche se effettivamente l'unico parametro da utilizzare al fine di evidenziare un eventuale contrasto con l'ordine pubblico dovrebbero essere i principi costituzionali<sup>28</sup>, ai sensi dei quali l'atto di nascita validamente emesso in uno Stato estero non dovrebbe essere considerato in contrasto con l'ordine pubblico per il solo fatto che la surrogazione di maternità non è ammessa nell'ordinamento italiano a meno che non vi sia contrasto con i nostri principi fondamentali. In tal senso, il continuare a vietare alle donne di autodeterminarsi in relazione alla propria capacità di procreare, quando l'ordinamento assicuri che la stessa è libera da condizionamenti determinati da condizioni personali, economiche o sociali, appare dunque decisamente pregiudizievole per la stessa dignità di tutte le donne<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Cfr. Cass. Civ. I Sez., sent. n. 19599, 30 settembre 2016.

<sup>28</sup> È necessario ricordare la sent. n. 272 del dicembre 2017, la prima pronuncia della Corte Costituzionale in materia di maternità surrogata. La motivazione della sentenza chiarisce che *non era in discussione e non costituiva oggetto della sentenza* stessa il divieto di legge della pratica di "surrogazione della maternità", bensì la tematica concernente l'impugnazione del riconoscimento del figlio naturale per difetto di veridicità. La Corte ha dichiarato infondata la questione affermando che il giudice chiamato a pronunciarsi sull'impugnazione del riconoscimento del figlio naturale concepito mediante surrogazione di maternità è sempre tenuto a valutare comparativamente l'interesse alla verità e l'interesse del minore. La Corte afferma che: «Nel silenzio della legge, come nel caso in esame, la valutazione è dunque più complessa della sola alternativa vero/falso. Tra le variabili di cui tener conto, "oltre alla durata del rapporto con il minore e, quindi, alla condizione identitaria già acquisita, oggi assumono particolare rilevanza le modalità del concepimento e della gestazione" e la possibilità per il genitore sociale di stabilire, mediante l'adozione in casi particolari, un legame giuridico che garantisca al minore un'adeguata tutela. Nella valutazione comparativa rimessa al giudice rientra anche la considerazione dell'elevato grado di disvalore che il nostro ordinamento riconnette alla surrogazione di maternità, che "offende in modo intollerabile la dignità della donna" e mina nel profondo le relazioni umane». Proprio quest'ultimo riferimento alla dignità della donna appare particolarmente pericoloso e potrebbe costituire un limite a futuri interventi legislativi a favore di una liberalizzazione e regolamentazione anche nel nostro Paese della maternità surrogata.

<sup>29</sup> In tal senso si pone la recente sentenza del Tribunale costituzionale portoghese (decisione del 24 aprile 2018) in merito alla legge che ha recentemente disciplinato la surrogazione di maternità, per cui la scelta di portare a termine una gravidanza per altri - segno di solidarietà attiva nell'altrui progetto procreativo - rientra nella capacità della donna di autodeterminarsi, dando libero svolgimento alla propria personalità. Affinché tale autodeterminazione sia effettiva è tuttavia necessario, ritiene il Tribunale, che il diritto intervenga a disciplinare con attenzione le relazioni implicate dal fenomeno.

#### 4. Brevi riflessioni conclusive

L'*excursus* effettuato, seppure senza pretesa di esaustività, ha esaminato congiuntamente il principio di eguaglianza senza distinzione di sesso e il diritto alla salute delle donne, e nell'intreccio di questi due principi fondamentali si è evidenziato un atteggiamento ancora sostanzialmente paternalistico se non addirittura punitivo del nostro ordinamento nei confronti delle donne che da un lato sono state lungamente escluse dall'approccio medico-sanitario-scientifico costruito sostanzialmente intorno al corpo maschile, e dall'altro hanno invece dovuto subire una disciplina fortemente invasiva della gestione del proprio corpo in relazione alla maternità, quasi come se lo sviluppo della società, l'abbandono di preclusioni e pregiudizi, l'ampliamento e l'accettazione delle varie forme di unione tra due persone incontrasse comunque ancora il limite della procreazione che, come già detto, sembra essere questione troppo seria per essere rimessa alla gestione femminile. Il cammino del legislatore sembra essersi sostanzialmente arrestato con l'approvazione della l. 194 che rappresenta una sorta di eccezione rispetto alla considerazione della donna nella maternità quale 'corpo' alla mercè delle ideologie para-confessionali prevalenti e non quale soggetto capace di autodeterminarsi. La stessa Corte costituzionale, compiendo un balzo all'indietro di decenni, ha recentemente affermato senza tema di smentita che la maternità surrogata «offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane» ponendo una pesante ipoteca sulla autodeterminazione femminile e sui futuri interventi legislativi in materia.

Sono passati 40 lunghissimi anni dall'approvazione della lungimirante l. 194 ma ancora oggi non sembra che la donna abbia conquistato il possesso e la gestione del proprio corpo: alla sua capacità di autodeterminarsi continuano, infatti, ad essere contrapposti interessi considerati di volta in volta prevalenti (l'accertamento della paternità, l'interesse del minore, la dignità dell'embrione, le relazioni umane...) che però in ultima analisi si configurano solo quali tattiche per mortificare la soggettività femminile compromettendo gravemente l'esplicazione del principio di eguaglianza senza distinzione di sesso.

## Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv. (1976), *Il nuovo diritto di famiglia*, Milano, Hoepli.
- Arnsperger, C. e Van Parijs, P. (2010), *Quanta diseguaglianza possiamo accettare?*, Bologna, il Mulino.
- Bellini, T., Raparelli, V., Moncharmont, B., Basili, S. e Lenzi, A. (2017), *Una proposta per la formazione degli studenti di Medicina e Chirurgia alla Medicina di Genere*, in «Medicina e Chirurgia», n. 73, pp. 3310-3314.
- Bobbio, N. (1976), *Eguaglianza ed egualitarismo*, in «Rivista internazionale di filosofia del diritto», pp. 304-322.
- Canestrari, S. (2015), *Principi di biodiritto penale*, Bologna, il Mulino.
- Celotto, A. e Zanon, N. (a cura di) (2004), *La procreazione medicalmente assistita. Al margine di una legge controversa*, Milano, FrancoAngeli.
- Celotto, A. (2006), “Commento all’articolo 3”, in Bifulco, R., Celotto, A. e Olivetti, M. (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Milano, Utet, pp. 65-67.
- Cerri, A. (2005), *L’eguaglianza*, Roma-Bari, Laterza.
- Costantini, M.P., D’Amico, M. e Mengarelli, M. (2015), *Diritti traditi. La legge 40 cambiata dai cittadini*, Roma, L’asino d’Oro.
- D’Amico, M., Alesso, I. e Clara M. (2010), *La cicogna e il codice. fecondazione assistita, riflessioni e prospettive*, Milano, FrancoAngeli.
- D’Amico, M. e Pellizzone, I. (a cura di) (2010), *I diritti delle coppie infertili. Il limite dei tre embrioni e la sentenza della Corte costituzionale*, Milano, FrancoAngeli.
- Dubini, V. (2016), “La medicina di genere”, in Rescigno, F. (a cura di), *Percorsi di eguaglianza*, Torino, p. 108.
- Flamigni, C. e Mori, M. (2005), *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, Milano, Net.
- Galeotti, G. (2006), *Storia del voto alle donne in Italia*, Roma, Biblink.
- Gazzaniga, V., Basili, S. e Sciomer, S. (2018), *Storia e medicina di genere*, in «Medicina e Chirurgia», n. 78, pp. 3503-3505.
- Glezerman, M. (2017), “Foreword: Gender-Specific Medicine – Environment and Biology”, in Legato, M.J., *Principles of Gender-Specific Medicine*, Amsterdam, Elsevier.

- Manacorda, E. e Gabaglio, L. (2010), *Il fattore X. Il primo libro sulla medicina di genere scritto dalle donne e pensato per le donne*, Roma, Castelvecchi.
- Morrone, A. (2001), *Il Custode della ragionevolezza*, Milano, Giuffrè.
- Mortati, C. (1961), “La tutela della salute nella Costituzione italiana”, in Mortati, C., *Problemi di diritto pubblico nell’attuale esperienza costituzionale repubblicana*, III, Milano, Giuffrè, 1971, pp. 435ss.
- O.n.da (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna), Franconi, F. (2011), *La salute della donna. Un approccio di genere*, Milano, FrancoAngeli.
- Pace, A. (2003), *Problematica delle libertà costituzionali, Parte generale*, Padova, Cedam.
- Pezzini, B. (2017), *Nascere da un corpo di donna: un inquadramento costituzionalmente orientato dell’analisi di genere della gravidanza per altri*, in «Costituzionalismo.it» - [https://www.costituzionalismo.it/download/Costituzionalismo\\_201701\\_619.pdf](https://www.costituzionalismo.it/download/Costituzionalismo_201701_619.pdf).
- Pierobon, G. (1974), *Il processo degli angeli. Storia di un aborto*, Roma, Tattilo.
- Rescigno, P. (1968), “Per una rilettura del codice civile”, in Rescigno, P., *Codici. Storie e geografie di un’idea*, Roma-Bari, Laterza, 2013, pp. 34-35.
- Rodotà, S. (2009-2010), *Perchè laico*, Bari, Laterza.
- Severini, M. (2012), *Dieci donne. Storia delle prime elettrici italiane*, Macerata, Liberi-libri.
- Signani, F., Basili, S. e Bellini, T. (2018), *Medicina di genere: un ambiente strutturato on line per condividere conoscenze di base. Elements of Gender Medicine: a structured environment for online documentation*, in «Medicina e Chirurgia», n. 77, pp. 3466-3569.
- Signani, F. (2013), *La salute su misura. La medicina di genere non è medicina delle donne*, Ferrara, Este Edition.
- Simoncini, A. e Longo, E. (2006), “Commento all’articolo 32 Cost.”, in Bifulco, R., Celotto, A. e Olivetti, M., *Commentario alla Costituzione*, vol. I, artt. 1-54, Torino, Utet, pp. 655-674.
- Sofri, A. (2008), *Contro Giuliano. Noi uomini, le donne e l’aborto*, Palermo, Sellerio.
- Sullo, F. (1947), Seduta dell’Assemblea Costituente del 24 aprile 1947, in A. C., II, 1214.
- Vesalius, A. (1543), *De Humani Corporis Fabrica*, Pavia, Selecta edizioni, 2007.

Villani, R. (2004), *La procreazione assistita. La nuova legge 19 febbraio 2004, n. 40*, Torino, Giappichelli.

Virgilio, M. e Marella, M.R. (2004), “Una cattiva legge cattiva”, in AA.VV., *Un’appropriazione indebita. L’uso del corpo della donna nella nuova legge sulla procreazione medicalmente assistita*, Milano, Dalai, pp. 171-187.