

Donne come soggetti vulnerabili?

Considerazioni su salute e postfemminismo

SERENA VANTIN

1. La salute delle donne. Il ritratto postfemminista

Cos'hanno in comune Carrie Bradshaw, Bridget Jones e Fleabag¹? La risposta è semplice. Sono le icone di una generazione di giovani donne (occidentali) autonome, autosufficienti, professionalmente competitive, alla ricerca di una relazione sentimentale stabile e appagante, da conciliare con esigenze di autorealizzazione e di socializzazione che non si esauriscano nella coppia o in un'eventuale esperienza di maternità.

Sono il ritratto di quelle donne "postfemministe" descritte già da Elaine H. Hall e Marnie Salupo Rodriguez in un famoso saggio del 2003²: non più coinvolte attivamente nella militanza femminista, anche perché rassicurate dalla convinzione che alcuni obiettivi fondamentali siano stati raggiunti (come il diritto di voto, la libertà di scelta sulla salute riproduttiva, una maggior presenza femminile nelle posizioni di potere), incarnano la cultura del *no, but...*³. In altre parole, pur non concependosi come "femministe", condividono alcuni valori femministi, a partire dall'equità salariale e dall'indipendenza economica.

Studi più recenti⁴ hanno messo a fuoco una definizione più completa di "postfemminismo" come un set di ideologie, strategie e pratiche che incorpora alcuni temi

¹ Rispettivamente le protagoniste della fortunata serie televisiva statunitense *Sex and the City* (1998-2004), dei film tratti dai romanzi di Helen Fielding (a partire da *Il diario di Bridget Jones*, 2001), e della serie britannica *Fleabag* (2016).

² E.T. Hall, M.S. Rodriguez, "The Myth of Postfeminism", *Gender and Society*, 17 (2003), 6, pp. 878-902.

³ *Ibidem*, pp. 883-884.

⁴ A. McRobbie, "Notes on Postfeminism and Popular Culture: Bridget Jones and the New Gender Regime", in A. Harris (a cura di), *All about the Girl: Culture, Power and Identity*, London, Routledge, 2004, pp. 3-14; A. McRobbie, "Postfeminism and Popular Culture", *Feminist Media Studies*, 3 (2004), 1, pp. 255-264; J. Ringrose, "Successful Girls? Complication Post-Feminist, Neo-liberal Discourses on Educational Achievements and Gender Equality", *Gender and Education*, 19 (2007), 4, pp. 471-489; Y. Tasker, D. Negra (a cura di), *Interrogation Postfeminism*, London, Duke University Press, 2007; J. Baker, "The Ideology of Choice: Overstating Progress and Hiding Injustice in the Lives of Young Women: Finding from a Study in North Queensland, Australia", *Women's Studies International Forum*, 31 (2008), 1, pp. 53-64.



del femminismo liberale (in particolare quelli che fanno perno su libertà personale, libertà di scelta, autonomia) in una visione del mondo “individualizzata” e sempre più definita dai *media*, dalla spettacolarizzazione del quotidiano imposta dai *social network*, ovvero dalla propensione e partecipazione al consumo che a questi si accompagna⁵.

Il prefisso “post” sottolineerebbe dunque non soltanto un rapporto di temporalità ma anche un desiderio di rottura. Ad esempio, la rinnovata centralità del corpo femminile diventa uno strumento di liberazione e un esercizio di *agency*, in un contesto sociale ed economico profondamente permeato dai dettami del neoliberismo.

Il connubio è felice. Carrie, Bridget e Fleabag sono certamente più libere delle loro madri. Eppure (ci) piacciono perché non mascherano le loro crisi, le solitudini e le ansie, ovvero “il terribile sospetto di essere [donne] avid[e], pervertit[e], egoist[e], cinic[he], depravat[e] e moralmente fallit[e] che non merita[no] di chiamarsi femminist[e]”⁶. Basta ascoltare i loro monologhi o le conversazioni con le amiche per capire che queste donne non soffrono più per le ragioni che affliggevano Jane Eyre o Anna Karenina, ma ancora non godono di ottima salute.

2. Donne e ricerca medica

È questo il punto di partenza (e di arrivo) delle riflessioni di Sarah Riley, Adrienne Evans e Martine Robson in *Postfeminism and Health: Critical Psychology and Media Perspective*⁷, nonché nel saggio proposto in questo numero di *Jura Gentium*⁸:

Reading healthism through a postfeminist sensibility, we have shown how even making “good health” choices keep people insecure, pulling the subject between contradictory and, at times impossible, expectations. Postfeminist healthism is thus a “cruel optimism”, offering the promise of health and happiness through practices that might make feeling healthy and happy less likely to happen⁹.

⁵ Cfr. S. Banet-Waiser, “Postfeminism and Popular Feminism”, *Feminist Media Histories*, 4 (2018), 2, pp. 152-156.

⁶ Cito dal monologo iniziale di Fleabag, nel primo episodio della prima stagione.

⁷ London, Routledge, 2018.

⁸ Cfr. *supra*.

⁹ S. Riley, A. Evans, M. Robson, *Postfeminism and Health: Critical Psychology and Media Perspective*, London, Routledge, 2018, p. 184.



Il postfemminismo maschererebbe dunque con un “crucele ottimismo” uno stato di crisi, causato prevalentemente da due fattori: solitudine e inconciliabilità delle aspettative.

In primo luogo, infatti, il consapevole rifiuto della militanza attiva traduce il fenomeno postfemminista in una “sensibilità”¹⁰ piuttosto che in un movimento. L’interiorizzazione delle logiche del mercato neoliberista alimenta inoltre la competizione e riduce la solidarietà.

In secondo luogo, quelle stesse dinamiche aggravano il carico femminile in caso di rivalità con uomini. Il discorso sulla conciliazione tra vita e lavoro pare perso in partenza: se bilanciare resta un compito femminile e in campo professionale prevalgono standard maschili che negano lo spazio e il tempo privato, l’unica scelta razionale possibile sembra quella di abbandonare fardelli e ormeggi. Il fallimento della conciliazione diventa sinonimo di mortificazione. Laddove la genitorialità non è un’opzione premiale, o più in generale accudire i famigliari risulta un demerito di cui vergognarsi, la volontà di adeguamento e il desiderio di successo impongono il detrimento di quella sfera della vita che si intende programmaticamente dissociare dal paradigma della femminilità. Emerge un cortocircuito che Simone de Beauvoir non poteva prevedere, al tempo in cui dichiarava che “è per mezzo del lavoro che la donna ha in gran parte superato la distanza che la separava dall’uomo; e soltanto il lavoro può garantirle una libertà concreta”¹¹. È infatti proprio tramite il desiderio di affermazione professionale che la donna è costretta a scegliere tra rifiutare la sua differenza con l’uomo oppure inerpinarsi sulla stretta via della *coincidentia oppositorum* verso la scalata di una “scogliera di ghiaccio”¹².

Laconico, risuona il vecchio adagio: concepire la parità tra i sessi come eguaglianza di diseguali è giuridicamente un controsenso¹³. L’eguaglianza potrà semmai

¹⁰ R. Gill, “Postfeminist Media Culture: Elements of Sensibility”, *European Journal of Cultural Studies*, 10 (2007), 2, pp. 147-166.

¹¹ S. de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard, 1949, tr. it. *Il secondo sesso*, Milano, Il Saggiatore, 2016, p. 657.

¹² A proposito del fenomeno del cd. *glasscliff*, si veda S. Bruckmüller, N.R. Branscombe, “How Women End Up on the ‘Glass Cliff’”, *Harvard Business Review*, 89 (2011), 1-2, consultabile al sito <<https://hbr.org/2011/01/how-women-end-up-on-the-glass-cliff>> 9 ottobre 2019.

¹³ A questo riguardo, sia consentito rinviare alle riflessioni contenute in S. Vantin, “Law As a Weapon: Substantive Equality in the Legal and Philosophical Thought of Catharine Mackinnon”, *Materiales de*



essere *praticata*, sul piano della politica del diritto, mediante *policies* e strategie normative che mirano a realizzare l'*empowerment* dei gruppi oppressi, sollevando il problema per renderlo non solo visibile ma anche pubblicamente rilevante¹⁴.

Il discorso trova applicazione anche a proposito della salute delle donne e della ricerca medica. In un testo che è considerato un caposaldo del femminismo degli anni Settanta, *L'eunuco femmina*, Germaine Greer già notava che “gli studenti di medicina imparano l'anatomia su un esemplare maschio, fuorché quando studiano esplicitamente la funzione riproduttiva”¹⁵. E procedeva scandagliando generiche differenze fisiche tra i corpi:

[Gli studenti di medicina i]mparano che *in generale* lo scheletro femminile è più leggero e più piccolo, e che la formazione ossea ha caratteri più infantili di quella del maschio. Quest'ultima affermazione viene spesso ripetuta per tutto il corpo femminile, cui si attribuiscono caratteri infantili o *pedomorfici*, mentre quelli del maschio sarebbero senili, o *gerontomorfici*. Questa descrizione, lungi dall'implicare qualche difetto nello sviluppo femminile, denota anzi un vantaggio: la tendenza verso una maggiore elasticità ed adattabilità¹⁶.

Il medesimo esempio è adoperato in una nota pagina di Catharine MacKinnon:

La neutralità di genere è [...], semplicemente, il canone maschile e lo standard della speciale protezione è, semplicemente, quello femminile; ma non fatevi ingannare: la mascolinità, l'essere maschio, è il referente di entrambi. Pensateli come fossero modelli di anatomia in una facoltà di medicina: il corpo umano è quello maschile; tutte le cose in più che caratterizzano il corpo femminile si studiano in ginecologia¹⁷.

Entrambe le autrici denunciavano una rimozione della specificità del corpo femminile in rapporto a quello maschile, ma soprattutto il suo opposto: che anche il corpo

Filosofia del Derecho, (2019), 1, consultabile al sito <https://earchivo.uc3m.es/handle/10_016/28301> 9 ottobre 2019.

¹⁴ Cfr. Gf. Zanetti, *Eguaglianza come prassi. Teoria dell'argomentazione normativa*, Bologna, Il Mulino, 2015.

¹⁵ G. Greer, *The Female Eunuch*, London, Paladin, 1970, tr. it. *L'eunuco femmina. La donna alla ricerca dell'identità perduta*, Milano, Bompiani, 1972, p. 30.

¹⁶ *Ibidem*, pp. 30-31.

¹⁷ C.A. MacKinnon, “Differenza e dominio: sulla discriminazione sessuale”, in A. Facchi, A. Besussi (a cura di), *Le donne sono umane?*, Roma-Bari, Laterza, 2012, pp. 26-42, in particolare p. 29. Il discorso fu originariamente pronunciato, in data 24 ottobre 1984 presso la Harvard Law School.



degli uomini ha una propria specificità rispetto a quello delle donne (se per un momento si ipotizzasse di guardare a quest'ultimo come parametro valutativo di riferimento).

Perché la questione possa essere posta equamente i due termini della comparazione devono essere considerati equamente: la fallacia logica di cui la ricerca medica pareva viziata stava dunque nel “falso standard” della presunta neutralità (universalità) del maschile: “Affrontando la discriminazione sessuale in questo modo [...] si forniscono al diritto [e alla medicina] due modi di vincolare le donne a uno standard maschile chiamandolo eguaglianza tra i sessi”¹⁸.

3. La medicina di genere

Da questo punto di vista, negli ultimi tempi molte cose sono cambiate¹⁹. La nascita della medicina di genere, una recente branca della scienza medica cui la prestigiosa rivista *The Lancet* ha dedicato a febbraio 2019 un intero numero²⁰, ha acceso i riflettori sopra le differenze tra uomini e donne in termini di rischi, malattie e risposte ai farmaci. Un esempio lampante riguarda i disturbi cardiovascolari, che colpiscono e uccidono molte più donne che uomini²¹.

¹⁸ *Ibidem*. A proposito del “falso standard” della neutralità maschile, si pensi ancora alle parole di Simone de Beauvoir in *Il secondo sesso*, cit., in particolare p. 45: “la donna come l'uomo è il suo corpo, ma il suo corpo è altro da lei”.

¹⁹ Cfr. P. De Castro, “The SAGER Guidelines, an Editorial Tool for Promoting Sex and Gender Equality in Research”, *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, 5 (2019), 1, pp. 48-49. Si vedano anche C. Faralli, “Curare e prendersi cura. La risposta della medicina palliativa”, in G. Gemelli (a cura di), *Consapevolmente. Prendersi cura di adolescenti e giovani adulti in oncematologia*, Baskerville, Bologna, 2017, pp. 140-150; C. Faralli, “Investigación, pruebas de farmacos, transplantes y papel de los Comites de Etica”, *Revista de Filosofía*, 33 (2016), 82, pp. 39-55; C. Faralli, R. Brighi, M. Martoni (a cura di), *Strumenti, diritti, regole e nuove relazioni di cura. Il paziente europeo protagonista nell'e-Health*, Torino, Giappichelli, 2015; C. Cipolla (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Milano, FrancoAngeli, 2014; S. Pelotti, *Il sesso-genere e la responsabilità nella medicina legale. Manuale di Medicina Sesso-genere*, Bologna, Bononia University Press, 2013; S. Pelotti, “Risvolti medico-legali della medicina di genere”, *Medicina di Genere*, (2012), 1, pp. 55-60.

²⁰ Consultabile al sito <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol393no10171/PIIS0140-6736\(19\)X0006-9](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol393no10171/PIIS0140-6736(19)X0006-9)> 9 ottobre 2019.

²¹ Consultabile al sito <<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4490&area=Salute%20donna&menu=patologie>> 9 ottobre 2019.



In Italia, il Ministero della Salute ha attivato pagine web dedicate a “Patologie al femminile”²² e alla “Salute della donna nella società”²³ e, dal 2017, l’Istituto Superiore di Sanità ha creato uno specifico Centro di riferimento.

Il 6 maggio 2019, in attuazione dell’art. 3, c. 1 della l. 3/2018 è stato inoltre approvato un “Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di genere”²⁴, volto ad approfondire lo studio dell’“influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona”²⁵. In particolare, sesso e genere incidono su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, vale a dire su come si instaurano le patologie, quali sono i sintomi, come si fa prevenzione²⁶. Un ambito particolarmente rilevante è quello che inerisce alla somministrazione di farmaci e dispositivi medici (farmacologia), dove variazioni ormonali, peso, composizione corporea, acidità gastrica, filtrazione glomerulare influenzano l’assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l’eliminazione dei medicinali.

Tuttavia, un serio limite alle potenzialità di questa nuova area della scienza medica risiede nel fatto che il numero di donne negli studi clinici d’intervento è molto basso e anche la sperimentazione preclinica viene condotta prevalentemente su animali maschi. Analoga è la situazione che concerne il *testing* di dispositivi medici, come protesi o cateteri venosi.

In particolare, la ricerca preclinica

non tiene adeguatamente in considerazione il corredo cromosomico dei modelli cellulari o il sesso degli animali utilizzati, nonché le possibili conseguenze derivanti dall’ignorare questa variabile biologica. Numerose sono le patologie che mostrano differente suscettibilità tra i due sessi, da qui l’importanza di utilizzare modelli sperimentali secondo una distribuzione bilanciata e rigorosa tra maschi e femmine²⁷.

²² Consultabile al sito <<http://www.salute.gov.it/portale/donna/menuContenutoDonna.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=patologie>> 9 ottobre 2019.

²³ Consultabile al sito <<http://www.salute.gov.it/portale/donna/menuContenutoDonna.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=societa>> 9 ottobre 2019.

²⁴ Consultabile al sito <<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=2860>> 9 ottobre 2019.

²⁵ *Ibidem*, p. 4.

²⁶ *Ibidem*, p. 5.

²⁷ *Ibidem*, p. 26.



Anche nell'ambito della ricerca clinica vera e propria le differenze di genere necessitano di maggiore considerazione.

Per esempio, negli studi di fase I sui farmaci, indispensabili per valutarne la sicurezza e individuare la dose più appropriata, molto spesso le donne, nonostante siano le principali consumatrici di farmaci, sono sottorappresentate o non comprese affatto nel campione. Ciò può avere importanti ricadute sulla salute, poiché il dosaggio e la tossicità del farmaco vengono generalmente determinati sulla base della risposta della popolazione maschile²⁸.

Sono inoltre “ancora scarse e frammentarie le esperienze di ricerche in campo umanistico che possano concretizzare l'intersectorialità auspicabile in un orientamento alla prevenzione, diagnosi e cura che veda intrecciato l'aspetto biologico con quello psicologico-sociale”²⁹.

A questo riguardo si avviluppa un vero e proprio circolo vizioso che dipende, da un lato, dalla scarsa presenza delle donne nei comitati etici e nei *team* di ricerca (sia come ricercatrici sia come pazienti)³⁰; e, dall'altro lato, dalla maggiore complessità che le peculiarità fisiologiche del corpo femminile implicano: variazioni enzimatiche e ormonali, anche in rapporto alle diverse fasi di fertilità (ciclo mestruale, gravidanza, allattamento, menopausa); impatto della eventuale contraccezione ormonale su estrogeni e progesterone; possibile stato di gravidanza e implicazioni dei test sulla salute del feto; e così via³¹.

4. Donne vulnerabili?

Alla luce di queste circostanze, resta da chiedersi se qualificare le donne come “soggetti vulnerabili” nell'ambito della ricerca medica possa assumere una qualche utilità teorica o pratica.

Nel campo medico e bioetico, il concetto di “vulnerabilità” viene generalmente usato in senso oggettivo con riferimento ad obblighi negativi (astenersi dal causare un danno) o positivi (promuovere la solidarietà tra i componenti del corpo sociale ed

²⁸ *Ibidem*, p. 27.

²⁹ *Ibidem*, p. 29.

³⁰ Cfr. L. Presampieri, “Gender and Informed Consent in Clinical Research: Beyond Ethical Challenges”, *BioLaw Journal*, (2019), 1, pp. 65-87, in particolare p. 74.

³¹ *Ibidem*.



estenderei vantaggi della ricerca medica a tutti i gruppi)³²; ovvero in termini soggettivi, per indicare alcune tipologie di soggetti esposti a specifici rischi di vulnerabilità, tra i quali possono rientrare donne e ragazze, affette da *gender-related vulnerabilities*³³. In questi casi, le pazienti possono risultare “particularly exposed to the whole range of social, cultural, economic, educational and political determinants of vulnerability”³⁴.

Tuttavia,

[i]nstitutional guidelines are generally keen on not considering women as vulnerable subjects, since this may fuel reticence towards their inclusion in research and hinder the possibility for them of reaping the benefits deriving from participation. However, there are number of circumstances in which they could be vulnerable in research, such as studies with female sex workers, trafficked women, refugees and asylum seekers; or the case of women who live in a cultural context where they are not permitted to consent on their own behalf for participation in research, but require permission from a spouse or male relative. When women in such situations are potential participants in research, researchers need to exercise special care. Particularly, CIOMS guidelines address major ethical challenges to informed consent deriving from women’s conditions of social vulnerability. Caution must be used if vulnerable subjects are enrolled in studies; their proposed participation in research projects must always be justified specifically³⁵.

La qualificazione delle donne come “soggetti vulnerabili” può dunque risultare controproducente anzitutto perché preventivamente escludente. Anche riguardo a specifiche condizioni di vulnerabilità è invocata una certa cautela: lo stesso CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) suggerisce al personale medico di astenersi dal considerare tutte le donne gravide come pazienti vulnerabili, aggiungendo che solo determinate circostanze implicano potenziali rischi per la gravidanza, la donna o il feto e dunque impongono una peculiare tutela. L’American College of Obstetricians and Gynecologists si spinge ad affermare che la nozione

³² Cfr. gli artt. 19 e 20 della Dichiarazione di Helsinki (2013); e l’art. 8 della UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005).

³³ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Committee of Ethics, Ethical Considerations for Including Women as Research Participants, Opinion 646, p. 102.

³⁴ *Ibidem*, anche citato in L. Presampieri, “Gender and Informed Consent in Clinical Research: Beyond Ethical Challenges”, cit., p. 74.

³⁵ *Ibidem*, pp. 73-74.



problematica di “vulnerabilità” dovrebbe essere sostituita dalla più neutra “complessità scientifica”³⁶.

Pare riproporsi l’annoso dilemma della scelta impossibile tra *polizie gender-blind* o *gender-sensitive*. L’indecidibilità può forse essere scongiurata attraverso un’operazione di specificazione. Se è vero che il concetto di “vulnerabilità” si presta a diversi campi semantici, la sua applicazione in ambito giuridico ha ricevuto negli ultimi anni molta attenzione³⁷. Alla luce della letteratura giusfilosofica e degli orientamenti prevalenti tra le Corti europee, pare di poter affermare che il lemma gioca un ruolo significativo nell’ordinamento laddove inteso non come un principio o come uno specifico fattore capace di individuare una “categoria” di soggetti, bensì in quanto ragione giustificativa dell’estensione di determinate tutele, posta dal legislatore ma valutabile in sede applicativa (caso per caso).

In questi termini, la “vulnerabilità di genere” individuata in via normativa o legislativa dovrebbe trovare riscontro pratico, a seguito della valutazione del medico di riferimento, sul quale graverebbe l’onere di provarla³⁸. La norma verrebbe dunque a porsi come *gender-sensitive* in caso di prova “provata”, riducendosi a *gender-blind* nel caso di mancato riscontro probatorio. La verifica pratica consentirebbe inoltre di azzerare il

³⁶ *Ibidem*, p. 74.

³⁷ Cfr. J. Butler, *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*, London-New York, Verso, 2004; P. Kirby, *Vulnerability and Violence: The Impact of Globalization*, London, Pluto Press, 2005; B.S. Turner, *Vulnerability and Human Rights*, University Park (Pa), The Pennsylvania State University Press, 2006; M. Fineman, “The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition”, *Yale Journal of Law & Feminism*, 20 (2008), 1, pp. 1-25; O. Guaraldo, *Comunità e vulnerabilità. Per una critica politica della violenza*, Pisa, ETS, 2012; Th. Casadei (a cura di), *Diritti umani e soggetti vulnerabili. Violazioni, trasformazioni, aporie*, Torino, Giappichelli, 2012; W. Rogers, C. Mackenzie, S.M. Dodds, “Why Bioethics Needs a Concept of Vulnerability”, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5 (2012), 2, pp. 11-22; M. Fineman, A. Grear, *Vulnerability: Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*, Farnham, Ashgate, 2013; V. Ivone, *Vulnerabilità del corpo e diritto al consenso. Note sull’inizio della vita*, Napoli, Edizioni scientifiche, 2013; D. Cravero, *Vulnerabilità*, Padova, Messaggero, 2015; O. Giolo, B. Pastore (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, Carocci, 2018; *Ars interpretandi*, fascicolo monografico dedicato a “Vulnerabilità e interpretazione giudiziale”, (2018), 2; M.G. Bernardini, B. Casalini, O. Giolo, L. Re (a cura di), *Vulnerabilità: etica, politica, diritto*, Roma, IF Press, 2018; Gf. Zanetti, *Filosofia della vulnerabilità. Discriminazione, percezione, diritto*, Roma, Carocci, 2019. A proposito di vulnerabilità, diritto e morte, sia consentito rinviare a S. Vantin, “Vulnerabilità, morte e pietas. L’atto della sepoltura e le sue implicazioni giuridiche”, *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 21 (2019), pp. 57-69.

³⁸ Cfr. E. Giorgetti, “From Gender-Specific Medicine to Personalized Medicine: Challenges and Opportunities for Life Sciences”, *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, 5 (2019), 2, pp. 45-47. Più ampiamente, si veda A. Facchi, “Sulle radici della proprietà di sé”, *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 48 (2018), 2, pp. 427-442.



rischio di esclusioni immotivate, preventivamente e astrattamente determinate. In questo senso, parrebbe conservarsi l'utilità della tutela.

Utilizzare una concezione *thin* di “vulnerabilità” (in quanto circoscritta al suo significato giuridico) consente infine di scongiurare indebite estensioni di significante, forse interessanti dal punto di vista della riflessione morale ma che ne diluiscono la rilevanza empirica. Si pensi alla questione che viene analizzata da Carla Bagnoli a proposito di quei “constraints and limitations of agency exemplif[ied by] some concrete ways in which loves makes us vulnerable to others impinging upon the sphere of agency”³⁹. Da un punto di vista normativo, quest’apertura profila scenari inquietanti. In che modo dovremmo tutelare la vulnerabilità dell’innamorato o dell’innamorata? È avocabile al diritto il compito di proteggere contro i *dulcia vulnera* dell’amore⁴⁰? E più nello specifico, in campo medico (quanto) rileva l’incidenza sentimentale a proposito di salute, risposta ai farmaci, reazione ai test clinici?

5. Conclusioni

Secondo il ritratto postfemminista, le donne non godono di ottima salute, trovandosi spesso sole e dilaniate tra aspettative inconciliabili. I rapporti delle organizzazioni che si occupano di ricerca medica evidenziano la necessità di implementare la medicina di genere, intesa come branca sensibile alle differenze biologiche e socio-culturali dipendenti dal sesso o dal genere. L’inclusione delle donne nei test preclinici, clinici o farmacologici presenta diversi profili di complessità. Tuttavia, le linee guida istituzionali e il buonsenso normativo suggeriscono di limitare l’impiego della nozione di vulnerabilità ad una prospettiva *thin*. Innanzitutto, “vulnerabilità” è un concetto giuridico che implica una verifica pratica a seguito di una qualificazione normativa, capace di rendere *gender-sensitive* una norma supportata da una specifica “prova provata”.

³⁹ C. Bagnoli, “Autonomy, Emotion Vulnerability, and the Dynamics of Power”, in S. Bergès, A.L. Siani, *Women Philosophers on Autonomy: Historical and Contemporary Perspectives*, New York-London, Routledge, pp. 208-225, in particolare, p. 211. Cfr. anche il capitolo intitolato “Il vincolo dell’amore” (“The Bond of love”) in R. Nozick, *The Examined Life: Philosophical Meditations*, New York, Simon and Schuster, 1989, tr. it. *La vita pensata. Che cosa conta veramente nella nostra esistenza?*, Milano, Mondadori, 1991, pp. 68-89.

⁴⁰ L’espressione è di Apuleio: cfr. G. Maragno, “Alle origini (terminologiche) della vulnerabilità: vulnerabilis, vulnus, vulnerare”, in O. Giolo, B. Pastore (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, cit., p. 22.



In aggiunta, la prospettiva della “vulnerabilità in concreto” implica un atteggiamento di ascolto attivo⁴¹, che presta attenzione alle specifiche condizioni della paziente. È proprio un’esigenza di ascolto, infatti, quella che viene più spesso invocata dalle donne a proposito di politiche e scelte che riguardino il loro corpo e il loro benessere⁴².

Serena Vantin
Università di Modena e Reggio Emilia
serena.vantin@unimore.it

⁴¹ Sul tema dell’ascolto, si veda Gf. Zanetti, *Filosofia della vulnerabilità. Discriminazione, percezione, diritto*, cit., pp. 51-74.

⁴² Si pensi a quanto la scrittrice Margaret Atwood (il cui *Racconto dell’ancella* è diventato un manifesto antisessista nell’era del #metoo) ha sostenuto nel corso di una presentazione del suo ultimo romanzo a Londra, nel settembre 2019, ovvero che dovrebbe spettare solo alle donne la capacità di voto su questioni che riguardano l’aborto e più in generale il corpo femminile. A proposito di aborto e scelte inerenti alla salute sessuale, anche Catharine MacKinnon sviluppava – già negli anni Ottanta, a commento della sentenza *Roe vs. Wade* – un’argomentazione imperniata sull’esigenza di ascoltare il punto di vista femminile. Si veda il saggio “Privacy vs. Eguaglianza: a partire dal caso *Roe vs. Wade*” in C.A. MacKinnon, *Le donne sono umane?*, cit., pp. 64-75.