



---

*Documento di seduta*

---

**A8-0380/2016**

12.12.2016

# **RELAZIONE**

sulla promozione della parità di genere nella salute mentale e nella ricerca clinica  
(2016/2096(INI))

Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere

Relatore: Beatriz Becerra Basterrechea

**INDICE**

	<b>Pagina</b>
PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO .....	3
MOTIVAZIONE.....	21
PARERE DELLA COMMISSIONE PER LO SVILUPPO.....	24
ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN SEDE DI COMMISSIONE COMPETENTE PER IL MERITO.....	29
VOTAZIONE FINALE PER APPELLO NOMINALE IN SEDE DI COMMISSIONE COMPETENTE PER IL MERITO .....	30

## PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

### **sulla promozione della parità di genere nella salute mentale e nella ricerca clinica (2016/2096(INI))**

*Il Parlamento europeo,*

- visto il trattato sul funzionamento dell'Unione europea, in particolare gli articoli 19 e 168, che annovera tra le finalità di tutte le politiche dell'Unione la garanzia di un livello elevato di protezione della salute umana,
- vista la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in particolare gli articoli 21, 23 e 35,
- visto il regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE,
- vista la direttiva 2001/20/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano ("la direttiva sulla sperimentazione clinica"),
- vista la comunicazione della Commissione del 3 marzo 2010 dal titolo "Europa 2020: la strategia dell'Unione europea per la crescita e l'occupazione" (COM(2010)2020),
- visto il Libro verde della Commissione europea "Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea" (COM(2005)0484),
- visto l'EU Compass per l'azione a favore della salute e del benessere mentale,
- visto il piano d'azione globale sulla salute mentale 2013–2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS),
- vista la strategia globale dell'OMS 2016-2030 per la salute di donne, bambini e adolescenti,
- vista la dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa del 2005, firmata dall'OMS, dalla Commissione europea e dal Consiglio d'Europa,
- visto il piano d'azione europeo per la salute mentale 2013-2020 dell'OMS,
- visto il patto europeo per la salute mentale e il benessere del 2008,
- visto il piano d'azione congiunto della Commissione per la salute mentale e il benessere (2013-2016),
- viste le osservazioni generali n. 14 del Comitato per i diritti economici, sociali e culturali sul diritto al più alto standard di salute raggiungibile (doc. delle Nazioni Unite

E/C.12/2000/4) e le osservazioni generali n. 20 sulla non discriminazione nei diritti economici, sociali e culturali (doc. delle Nazioni Unite E/C.12/GC/2009),

- vista la raccomandazione CM/Rec(2010)5 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri, sulle misure per combattere la discriminazione basata sull'orientamento sessuale o l'identità di genere,
  - visto l'articolo 52 del suo regolamento,
  - visti la relazione della commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere e il parere della commissione per lo sviluppo (A8-0380/2016),
- A. considerando che il diritto al più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale è un diritto umano fondamentale e che include un obbligo di non discriminazione; che tutti dovrebbero avere accesso all'assistenza sanitaria; che l'accesso all'assistenza sanitaria mentale riveste un'importanza cruciale nel miglioramento della qualità della vita dei cittadini europei, nel rafforzamento dell'inclusione sociale, nello sviluppo economico e culturale dell'Unione;
- B. considerando che nella situazione mondiale attuale, caratterizzata da una crisi economica che non si arresta e un forte aumento della disoccupazione, in particolar modo quella giovanile e femminile, sono sempre più in aumento i casi di disturbi psichici come depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, ansia e demenza;
- C. considerando che con l'espressione salute mentale l'OMS definisce uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non una mera condizione di assenza di malattie o infermità; che, secondo l'OMS, il concetto di "disturbi mentali" comprende una gamma di disturbi mentali e comportamentali come la depressione, il disturbo affettivo bipolare, la schizofrenia, l'ansia, la demenza e l'autismo; che con l'espressione salute mentale l'OMS definisce uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze ordinarie della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti sociali, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni;
- D. considerando che la salute mentale deve essere valutata e affrontata in modo olistico, tenendo conto dei fattori sociali, economici e ambientali e adottando un approccio psicosociale che tenga conto dell'intera società, al fine di raggiungere il più alto livello possibile di benessere mentale per tutti i cittadini;
- E. considerando che una strategia olistica sulla salute e il benessere mentale deve includere una prospettiva di ciclo di vita, che tenga conto dei diversi fattori che influenzano gli individui nelle diverse età; che devono essere tenute in considerazione le vulnerabilità specifiche delle adolescenti e delle donne anziane;
- F. considerando che la salute fisica e mentale sono interconnesse e sono entrambe elementi centrali del benessere generale; che è assodato che la scarsa salute mentale può portare a patologie fisiche croniche e che chi è affetto da patologie fisiche croniche ha maggiori probabilità di sviluppare problemi di salute mentale; che, nonostante i legami noti tra le due, spesso si dà la priorità alla ricerca sulla salute fisica rispetto alla salute mentale;

- G. considerando che la salute mentale delle donne e delle ragazze è influenzata negativamente da una serie di fattori, compresi gli stereotipi di genere prevalenti e la discriminazione, l'oggettificazione, la violenza di genere e le molestie, l'ambiente di lavoro, l'equilibrio tra vita professionale e vita privata, le condizioni socioeconomiche, l'assenza o la scarsa qualità dell'educazione alla salute mentale e un accesso limitato all'assistenza per la salute mentale;
- H. considerando che quasi 9 persone su 10 che soffrono di problemi mentali affermano di avere subito stigmatizzazione e discriminazione e che più di 7 su 10 dichiarano che tale stigmatizzazione e discriminazione riduce la loro qualità di vita;
- I. considerando che occorre prestare attenzione ai fattori geografici che influiscono sulla salute e il benessere mentale, nonché alle differenze tra gli ambienti urbani e rurali, anche in termini di demografia, accesso all'assistenza ed erogazione di servizi;
- J. considerando che i mutamenti ormonali durante la perimenopausa e nel periodo successivo alla menopausa possono influire sulla salute emotiva della donna e causare problemi di salute mentale, comprese la depressione e l'ansia; che l'ipersensibilità ai sintomi può ostacolare un'individuazione tempestiva e un trattamento idoneo;
- K. considerando che i fattori determinanti per la salute e il benessere mentale variano a seconda del genere e della fascia di età; che fattori tra cui le disegualianze di genere, le disparità economiche, la maggiore esposizione alla povertà e al sovraccarico lavorativo, la discriminazione socioeconomica, la violenza di genere, la malnutrizione e la fame espongono ulteriormente le donne ai disturbi della salute mentale; che l'OMS non rileva alcuna differenza significativa fra i generi riguardo a malattie mentali gravi, ma le donne presentano tassi più elevati di depressione, ansia, somatizzazione e disturbi del comportamento alimentare, mentre gli uomini registrano tassi superiori di abuso di sostanze e di disturbi antisociali; che la depressione è il più comune dei disturbi neuropsichiatrici e colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini; che nelle donne tra i 15 e i 44 anni la depressione risulta essere la malattia più diffusa;
- L. considerando che le condizioni di salute mentale e il benessere mentale sono spesso trascurati, ignorati o repressi a causa della stigmatizzazione, del pregiudizio o della mancanza di consapevolezza o di risorse; che ciò porta molti di coloro che soffrono di problemi di salute mentale a non cercare assistenza e i dottori a non diagnosticarli ai pazienti o talvolta a formulare diagnosi errate; che la diagnosi di problemi mentali ha un forte connotato di genere, dato che la probabilità di ricevere diagnosi di determinati disturbi è maggiore nelle donne rispetto agli uomini;
- M. considerando che soprattutto le donne lesbiche e bisessuali nonché le persone transgender e intersessuali si trovano di fronte a problemi di salute mentale specifici derivanti dal cd. "minority stress", definito come un livello elevato di ansia e stress provocato dai pregiudizi, dalla stigmatizzazione e dalle esperienze di discriminazione, oltre che dalla medicalizzazione e patologizzazione; che le persone LGBTI possono trovarsi di fronte a sfide specifiche di salute e benessere mentale che devono essere tenute in considerazione in qualsiasi strategia di salute mentale;
- N. considerando che le forme di somatizzazione più frequenti e più frequentemente diagnosticate nelle donne rispetto agli uomini comprendono disturbi come la

fibromialgia e la fatica cronica, i cui sintomi principali sono il dolore e l'esaurimento, sebbene le donne abbiano molti altri sintomi comuni ad altre patologie;

- O. considerando che le identità transgender non sono patologiche, sebbene purtroppo siano ancora considerate disturbi mentali, e che la maggior parte degli Stati membri richiede tale diagnosi per poter accedere al riconoscimento giuridico del genere o all'assistenza sanitaria correlata all'identità transgender, sebbene la ricerca abbia evidenziato che la diagnosi di "disordine dell'identità di genere" sia fonte di profonda angoscia per queste persone;
- P. considerando che i disturbi depressivi costituiscono il 41,9 % di tutti i casi di disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne, rispetto al 29,3 % tra gli uomini;
- Q. considerando che l'OMS ha stimato che la depressione colpisce 350 milioni di persone e provoca 850 000 morti ogni anno; che entro il 2020 tale malattia rappresenterà la seconda causa debilitante lavorativa;
- R. considerando che i minori gender-variant in età prepuberale sono ancora sottoposti a pratiche diagnostiche inutili e dannose, mentre ogni minore dovrebbe poter esplorare in modo sicuro la propria identità ed espressione di genere;
- S. considerando che a causa di una serie di fattori, innanzitutto riguardanti il diverso ruolo dei generi e le disuguaglianze e le discriminazioni tra essi, la depressione è circa due volte più diffusa tra le donne rispetto agli uomini e che le persone transgender mostrano livelli significativamente elevati di ideazioni e tentativi di suicidio; che gli studi dimostrano che ruoli tradizionali dei generi imposti influenzano negativamente la salute e il benessere mentale delle donne;
- T. considerando che non viene prestata sufficiente attenzione alla salute e al benessere mentale nei sistemi di istruzione dei vari Stati membri oppure sul luogo di lavoro, dato che la salute mentale è spesso stigmatizzata o è un argomento tabù; che l'educazione alla salute mentale contrasta la stigmatizzazione dell'argomento e che deve anche affrontare le vulnerabilità di genere specifiche, gli stereotipi di genere e la discriminazione cui si trovano di fronte le donne e le ragazze;
- U. considerando che gli uomini e i ragazzi hanno problemi di salute mentale con un connotato di genere; che in Europa gli uomini hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alle donne di suicidarsi e che il suicidio è la principale causa di morte per gli uomini di età inferiore a 35 anni; che gli uomini hanno una probabilità 3 volte superiore rispetto alle donne di diventare dipendenti dall'alcol e una probabilità maggiore di utilizzare sostanze stupefacenti (e morire); che è meno probabile che gli uomini accedano alle terapie psicologiche rispetto alle donne; che gli uomini e i ragazzi si trovano di fronte a stereotipi di genere sulla mascolinità, che possono incoraggiare la repressione delle emozioni o il ricorso alla rabbia, e che hanno un impatto sulla salute mentale degli uomini oltre che sul fenomeno della violenza di genere;
- V. considerando che, nell'Unione europea, il numero di suicidi annuali ammonta a quasi 58 000 e un quarto di essi è commesso da donne, e che il suicidio continua ad essere una rilevante causa di decesso;

- W. considerando che l'approccio psicosociale della società nel suo insieme alla salute mentale richiede coerenza politica per quanto riguarda il benessere, il coordinamento dell'assistenza sanitaria, l'istruzione, l'occupazione e gli aspetti socioeconomici, al fine di raggiungere livelli globalmente superiori di benessere mentale;
- X. considerando che i disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia sono in aumento tra le ragazze adolescenti e post adolescenti;
- Y. considerando che gli effetti a lungo termine, sia fisici che mentali, dei disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia sono stati ben documentati, così come la dimensione di genere delle loro cause;
- Z. considerando che le donne nell'ambiente lavorativo sono più esposte ad atti di mobbing e/o molestie sessuali, i quali creano squilibri sul piano psico-fisico della vittima stessa;
- AA. considerando che i modelli di assistenza sociale che si occupano di malattie mentali attraverso lo sport, l'arte o le attività sociali dovrebbero essere tenuti in considerazione nei programmi di sanità pubblica riguardo alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione;
- AB. considerando che le persone con disabilità rischiano di soffrire di problemi esacerbati di salute mentale;
- AC. considerando che l'educazione sessuale e alle relazioni è essenziale per superare gli stereotipi di genere, affrontare la violenza di genere e migliorare la salute e il benessere mentale sia delle ragazze che dei ragazzi nonché di donne e uomini;
- AD. considerando che i problemi e le patologie mentali sono una delle principali cause di disabilità, poiché esercitano un'influenza negativa sulla salute, sull'istruzione, sull'economia, sul mercato del lavoro e sui sistemi previdenziali dell'UE e causano costi economici su vasta scala e gravi conseguenze negative sull'economia dell'UE, rendendo ancora più impellente l'esigenza di concepire l'assistenza per la salute mentale in modo olistico, globale e sensibile alla dimensione di genere; che secondo uno studio dell'EDA (European Depression Association) un lavoratore su 10 in Europa usufruisce di permessi perché depresso, con costi stimati di 92 miliardi di EUR, principalmente dovuti a una perdita produttiva;
- AE. considerando che, all'interno dell'UE, Malta dispone di 185 posti letto psichiatrici ogni 100 000 persone, mentre l'Italia ne ha 8; che in Finlandia si contano 163 infermiere specializzate in salute mentale ogni 100 000 persone mentre in Grecia vi sono soltanto tre infermiere per lo stesso numero di persone;
- AF. considerando che la salute mentale delle donne dipende da fattori quali l'istruzione ricevuta, l'interiorizzazione dei valori, delle norme e degli stereotipi sociali e culturali, dal modo in cui hanno vissuto e fatto proprie le esperienze, dai comportamenti che assumono tra di loro e con gli altri, dai ruoli che svolgono e dagli ostacoli e dalle pressioni che gravano su di loro più che dalle caratteristiche biologiche;
- AG. considerando che le politiche sanitarie rivolte alle donne risulterebbero più efficaci se la diversità di queste ultime e la loro specificità fisiologica fossero prese in considerazione

e integrate in tali politiche sia di prevenzione che di trattamento, con misure specifiche rivolte ai gruppi vulnerabili ed emarginati;

- AH. considerando che, per diverse ragioni, soggetti di sesso femminile sono stati esclusi dalla ricerca tossicologica e biomedica e dalla sperimentazione clinica, e che ampi divari di genere nella ricerca limitano le nostre conoscenze in merito alle differenze tra la salute delle donne e quella degli uomini; che, di conseguenza, la ricerca biomedica tende a riflettere prevalentemente una prospettiva maschile, partendo dal presupposto errato che la donna e l'uomo siano identici in ambiti in cui esistono differenze fisiologiche; che mancano ricerche sulle particolari esigenze delle donne intersessuali;
- AI. considerando che l'esclusione e la scarsa rappresentanza delle donne in quanto soggetti nonché del genere e del sesso come fattori nella ricerca biomedica e nelle sperimentazioni cliniche mettono a rischio la vita e la salute delle donne;
- AJ. considerando che il regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano ha introdotto requisiti per tenere conto del genere nelle sperimentazioni, ma che l'attuazione del regolamento deve essere oggetto di valutazione; che il regolamento non specifica alcuna considerazione sulle donne, se non per le donne in gravidanza e allattamento;
- AK. considerando che l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) non ha elaborato alcuna strategia specifica per implementare orientamenti per lo studio e la stima delle differenze di genere nella valutazione clinica dei medicinali, nonostante abbia riconosciuto che "alcuni dei fattori che influenzano gli effetti di un medicinale sulla popolazione possono essere importanti se si considerano le potenziali differenze in termini di risposta tra gli uomini e le donne" e che "le influenze specifiche di genere possono svolgere un ruolo significativo nell'effetto del medicinale"<sup>1</sup>;
- AL. considerando che gli effetti di farmaci o medicinali come i dispositivi contraccettivi, gli antidepressivi e i tranquillanti sulla salute fisica e mentale delle donne sono ancora scarsamente compresi e richiedono ulteriori ricerche per eliminare effetti collaterali dannosi e migliorare l'erogazione dell'assistenza;
- AM. considerando che le dimensioni sessuale e di genere della salute implicano che nel corso della vita le donne debbano affrontare vari rischi sanitari specifici;
- AN. considerando che mancano dati confrontabili sull'assistenza disponibile, accessibile e di qualità specifica per le persone transgender e che i prodotti utilizzati nella terapia ormonale sostitutiva non sono idoneamente testati e autorizzati;
- AO. considerando che la mortalità materna è considerata come un indice importante dell'efficienza, della qualità e delle prestazioni del sistema sanitario;
- AP. considerando che la mancanza di accesso ai diritti sessuali e riproduttivi, inclusi servizi di interruzione di gravidanza sicuri e legali, mette in pericolo la vita e la salute di donne e ragazze e di tutte le persone con capacità riproduttiva, aumenta la mortalità e la

---

<sup>1</sup> EMEA/CHMP/3916/2005 - ICH

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2010/01/WC500059887.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf)



morbilità materna, porta alla negazione di cure salvavita e a un numero maggiore di aborti clandestini;

- AQ. considerando che in tutti i paesi con dati disponibili esistono differenze significative in termini di salute tra i vari gruppi socioeconomici e tra donne e uomini, nel senso che le persone con livelli inferiori di istruzione, occupazione e/o reddito tendono ad avere tassi di morbilità e mortalità più elevati; che tali disuguaglianze nell'ambito della salute sono una delle sfide principali per le odierne politiche di salute pubblica; che le scarse condizioni socioeconomiche, la povertà e l'esclusione sociale hanno un impatto negativo significativo sulla salute e il benessere mentale;
- AR. considerando che un'educazione sessuale completa, adeguata all'età, fondata su elementi concreti, scientificamente accurata e acritica, l'esistenza di servizi di qualità in materia di pianificazione familiare e l'accesso alla contraccezione contribuiscono a prevenire le gravidanze non programmate e non desiderate, riducono la necessità di ricorrere all'aborto e concorrono alla prevenzione dell'HIV/AIDS e delle infezioni sessualmente trasmissibili; che, inoltre, insegnando ai giovani ad assumersi le proprie responsabilità rispetto alla loro salute sessuale e riproduttiva, si ottengono effetti positivi a lungo termine e che durano tutta la loro vita, con ripercussioni positive sulla società;
- AS. considerando che attualmente un neonato su quattro nell'UE viene al mondo con taglio cesareo e che i problemi di salute associati per madri e figli sono statisticamente in aumento;
- AT. considerando che la chiusura delle cliniche di maternità e il numero in forte diminuzione di ostetriche e levatrici in taluni Stati membri dell'UE sono già causa di pericolose lacune in termini di assistenza medica;
- AU. considerando che le restrizioni e i tagli di bilancio imposti dai governi nazionali nel settore della salute pubblica e dell'istruzione rendono anche più difficile l'accesso ai servizi sanitari e di assistenza per la salute mentale e che ciò colpisce in maniera sproporzionata le donne, in particolare le madri sole, e le famiglie numerose;
- AV. considerando che le donne migranti, le rifugiate e le richiedenti asilo possono inoltre soffrire di patologie anche particolarmente rilevanti a causa della mancanza di cure adeguate o trovarsi di fronte a problemi specifici legati alla salute riproduttiva, quali complicazioni durante la gravidanza e il parto e ulteriori potenziali traumi psicologici quali depressione pre e postparto, nonché rischi di esposizione traumatica alla violenza (sessuale) e all'abuso e alle relative conseguenze, oltre che a rischi specifici per la loro salute e il loro benessere mentale; che esistono varie sfide specifiche quando si tratta di erogare assistenza per la salute mentale a queste categorie di soggetti, in misura variabile a seconda di una gamma di fattori, tra cui il paese di provenienza e il periodo che hanno trascorso nel paese ospitante;
- AW. considerando che le donne soffrono di alcune forme di cancro come quello al seno, all'utero e cervicale, tra esse predominanti o ad esse specifiche;
- AX. considerando che le donne colpite dal cancro e sottoposte a interventi e cure invasive, quali la radio e la chemio terapia, sono in generale più vulnerabili alla depressione;

- AY. considerando che solo 10 Stati membri dell'UE hanno stabilito il target di screening del 100 % della popolazione femminile per il cancro al seno e che solo otto paesi prevedono tale target per lo screening del cancro cervicale;
- AZ. considerando che patologie quali l'osteoporosi, problemi muscolo-scheletrici e malattie del sistema nervoso centrale come l'Alzheimer e/o la demenza sono legate ai cambiamenti ormonali che le donne subiscono nel periodo della menopausa o in un momento precedente a causa di cure ormonali; che, nonostante sia noto che le donne sono affette da queste malattie con maggiore frequenza rispetto agli uomini, la dimensione di genere della ricerca su tali tematiche è debole;
- BA. considerando che l'endometriosi è una malattia incurabile che colpisce circa 1 soggetto su 10 tra donne e ragazze (ovvero circa 180 milioni di donne in tutto il mondo e 15 milioni all'interno dell'UE); che la malattia frequentemente conduce alla sterilità e spesso causa elevati livelli di dolore e problemi di salute mentale, con un effetto altamente invalidante in diversi aspetti della vita lavorativa, privata e sociale;
- BB. considerando che la violenza fisica e psicologica di genere nonché la violenza nei confronti delle donne e il relativo impatto sulla salute delle vittime costituisce una barriera fondamentale al raggiungimento della parità di genere e al pieno godimento delle libertà garantite dai diritti umani fondamentali;
- BC. considerando che le donne e le ragazze soggette alla mutilazione genitale femminile sono esposte a gravi effetti a breve e lungo termine sulla loro salute fisica, psicologica, sessuale e riproduttiva;
- BD. considerando che le persone intersessuali soggette a mutilazione genitale subiscono anche effetti di carattere fisico, psicologico e sessuale e sulla salute riproduttiva;
- BE. considerando che le persone transgender sono ancora esposte alla sterilizzazione forzata nelle procedure di riconoscimento del genere in 13 Stati membri;
- BF. considerando che una raccolta sistematica e adeguata dei dati sulla violenza contro le donne è fondamentale per garantire un'efficace definizione delle politiche in tale ambito, a livello centrale, regionale e locale, oltre che per monitorare l'attuazione delle normative;
- BG. considerando che le donne che sono state vittime di violenza di genere subiscono conseguenze, spesso a vita, che incidono sulla loro salute fisica e mentale; che, secondo il rapporto mondiale "Violenza e salute" dell'OMS<sup>1</sup>, le ripercussioni della violenza di genere sulle donne possono essere di diversa natura: conseguenze fisiche (contusioni, fratture, sindrome del dolore cronico, disabilità, fibromialgia, disturbi gastrointestinali ecc.); conseguenze psicologiche e comportamentali (abuso di alcol e sostanze stupefacenti, depressione e ansia, disturbi alimentari e del sonno, sentimenti di vergogna e sensi di colpa, fobie, panico e bassa autostima, disturbo da stress post-traumatico, disturbi psicosomatici, atteggiamenti suicidi e autodistruttivi, insicurezza nella relazioni successive ecc.); conseguenze sessuali e riproduttive (disturbi ginecologici, infertilità, complicanze in gravidanza, aborti, disfunzioni sessuali, malattie sessualmente

---

<sup>1</sup> Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002.

trasmissibili, gravidanze indesiderate ecc.); e conseguenze fatali (omicidio, suicidio, decesso a seguito di una malattia sessualmente trasmissibile ecc.);

### ***Parità di genere nella salute mentale***

1. invita la Commissione e gli Stati membri a dare seguito all'EU Compass per l'azione a favore della salute e del benessere mentale con una nuova strategia ambiziosa a favore della salute mentale, per promuovere un approccio psicosociale olistico nell'intera società che includa un solido pilastro di genere e che garantisca la coerenza politica in materia di salute mentale;
2. osserva che nell'UE il 27 % della popolazione adulta (sia uomini che donne) ha avuto almeno un episodio di malattia mentale;
3. invita gli Stati membri ad adottare misure e a destinare sufficienti risorse per garantire l'accesso ai servizi sanitari e specificamente ai servizi di salute mentale, inclusi i rifugi per le donne, a tutte le donne, indipendentemente da fattori quali il loro status giuridico, la disabilità, l'orientamento sessuale, l'identità di genere, le caratteristiche sessuali, la razza o l'origine etnica, l'età o la religione; invita gli Stati membri e la Commissione ad affrontare le disparità di accesso all'erogazione di servizi per la salute mentale;
4. osserva che occorrono maggiori ricerche sull'impatto sulla salute mentale della violenza di genere, comprese la violenza verbale e psicologica, le molestie e l'intimidazione;
5. invita la Commissione, gli Stati membri e le autorità locali a garantire che le loro strategie sulla salute mentale affrontino le sfide in materia che potrebbero riguardare le persone LGBTI; incoraggia gli Stati membri ad attuare le raccomandazioni contenute nel documento del Consiglio d'Europa CM/Rec(2010)5 e a tenere in considerazione le esigenze specifiche delle persone lesbiche, bisessuali e transgender nello sviluppo di politiche, programmi e protocolli sanitari;
6. chiede agli Stati membri di incentivare l'istituzione di strutture di psico-oncologia, che sostengano psicologicamente i malati di cancro lungo il percorso di cura e di riabilitazione;
7. richiama l'attenzione sulla grave situazione delle donne con disabilità, che sono più frequentemente esposte a difficoltà direttamente legate non solo a tali disabilità, ma anche all'ulteriore isolamento sociale e all'inattività forzata; invita gli Stati membri ad aumentare in modo sistematico la disponibilità di assistenza psicologica preventiva per le donne con disabilità e ad assicurare il sostegno psicologico alle donne che si prendono cura di figli con disabilità grave; sottolinea l'esigenza di una strategia e di una condivisione delle migliori prassi sulla salute e il benessere mentale di donne e ragazze con disabilità;
8. invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere campagne di informazione e prevenzione nonché altre iniziative sulle patologie psichiche al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e superare la stigmatizzazione; esorta gli Stati membri e la Commissione a investire nell'istruzione formale, informale e non formale per la salute e il benessere mentale a tutte le età, con un'enfasi particolare su problemi di salute mentale sensibili alla specificità di genere come depressione, ansia o abuso di sostanze

stupefacenti; chiede agli Stati membri di garantire che le scuole dispongano di quadri idonei per identificare e sostenere coloro che soffrono di problemi di salute mentale, tenendo conto degli aspetti di genere, e garantire l'accessibilità dei servizi di salute mentale; osserva che il 70 % dei bambini e dei giovani che soffrono di un problema di salute mentale non ha ricevuto cure appropriate a un'età sufficientemente precoce;

9. invita la Commissione, gli Stati membri e l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE) ad aumentare la raccolta di dati periodici sulla salute mentale a livello nazionale e dell'UE, in particolare sulla prevalenza della depressione, e a far sì che tali dati siano disaggregati almeno per genere, gruppo d'età e status socioeconomico e includano indicatori relativi alla salute sessuale e riproduttiva;
10. ritiene che le azioni adottate per la salute mentale e il benessere a livello dell'UE debbano coinvolgere gli esponenti della sfera politica, sanitaria, sociale e dell'istruzione, come pure le parti sociali e le organizzazioni della società civile; ritiene altresì importante che la salute mentale cessi di essere un argomento tabù in alcuni ambiti sociali;
11. insiste sul fatto che il legame tra condizioni socioeconomiche e salute e benessere mentale è essenziale per la coerenza politica in materia di salute mentale, dal momento che la povertà e l'esclusione sociale portano a maggiori problemi di salute mentale; osserva che la femminilizzazione della povertà e le politiche di austerità che colpiscono in modo sproporzionato le donne mettono maggiormente a rischio il benessere mentale delle donne;
12. sottolinea l'importanza del trattamento e dell'assistenza sociale per la salute mentale, ad esempio attraverso lo sport, la musica, l'arte e le attività culturali, in quanto elemento importante nella prestazione dei servizi sanitari in grado di ridurre il costo economico e umano che i problemi di salute mentale possono infliggere alle persone e alla società nel suo insieme; invita la Commissione e gli Stati membri a investire maggiormente nei programmi di assistenza di salute mentale sociale, quali i trattamenti basati su attività sociali, o "social prescribing";
13. osserva con preoccupazione che, secondo i dati di cui dispone l'OMS, solo 13 Stati membri dell'UE hanno predisposto una strategia nazionale di prevenzione del suicidio; invita la Commissione e gli Stati membri a elaborare e attuare una strategia nazionale di prevenzione del suicidio e ad adottare misure volte a ridurre i fattori di rischio correlati al suicidio, come l'abuso di alcol, le droghe, l'esclusione sociale, la depressione e lo stress; chiede inoltre che siano introdotti meccanismi di sostegno per i casi di tentato suicidio;
14. riconosce l'effetto dei media, e in particolare di Internet e dei media sociali, sulla salute e il benessere mentale, in particolare delle giovani donne e delle ragazze, e osserva che è necessario effettuare maggiori ricerche in materia; osserva che le culture mediatiche che pongono l'accento sull'età delle donne e sul loro aspetto fisico rischiano di ripercuotersi negativamente sulla salute e il benessere mentale delle donne e delle ragazze, causando problemi quali ansia, depressione o comportamenti ossessivi; sottolinea che occorre sviluppare strumenti efficaci, comprese misure giuridiche, per affrontare i problemi del bullismo online, delle vessazioni e dell'oggettificazione; sottolinea l'esigenza di una strategia ambiziosa per la salute e il benessere mentale

online e di un lavoro di promozione e collaborazione con i soggetti interessati per sviluppare le emergenti terapie online; riconosce che una strategia per i media in materia di salute mentale deve coinvolgere tutti i soggetti interessati, tra cui l'industria editoriale e della pubblicità, che devono adottare norme etiche volte a evitare l'oggettificazione delle donne e la promozione degli stereotipi di genere;

15. sottolinea che in alcuni casi le donne hanno una percezione distorta della propria immagine per effetto dei media, degli stereotipi pubblicitari e della pressione sociale e sviluppano disturbi alimentari e comportamentali come l'anoressia, la bulimia, l'ortorexia, il disturbo da alimentazione incontrollata e la vigoressia; sostiene un approccio ai disturbi dell'alimentazione che sia sensibile alla dimensione di genere e la necessità di integrarlo nel discorso sulla salute e nelle informazioni rivolte al grande pubblico; invita gli Stati membri a istituire punti di assistenza e supporto all'interno delle scuole per il sostegno psicologico degli studenti, in particolar modo delle ragazze adolescenti, le quali sono maggiormente esposte al rischio di sviluppare disturbi alimentari;
16. accoglie positivamente il fatto che, per la prima volta, i leader mondiali riconoscano la promozione della salute e del benessere mentale e la prevenzione e la cura dell'abuso di sostanze come priorità per la salute nell'ambito dell'agenda mondiale per lo sviluppo;
17. manifesta gravi preoccupazioni circa la fornitura di assistenza e strutture per la salute mentale alle donne e alle ragazze rifugiate in Europa, in particolare quelle che si trovano in condizioni precarie nei vari Stati membri; sottolinea che il trattenimento di rifugiati e richiedenti asilo senza un trattamento efficace ed efficiente delle loro richieste di asilo costituisce una violazione del diritto internazionale e ha un impatto negativo sulla loro salute e sul loro benessere mentali; invita gli Stati membri a proteggere le donne richiedenti asilo in stato di trattenimento che denunciano un abuso e insiste sulla necessità di fornire loro protezione immediata, il che include interrompere il trattenimento, accelerare la ricollocazione e promuovere il supporto e la consulenza; invita gli Stati membri a interrompere il legame tra politiche sanitarie e controllo dell'immigrazione consentendo l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base e non imponendo ai professionisti in ambito sanitario l'obbligo di segnalare i migranti privi di documenti; chiede agli Stati membri di attuare gli orientamenti di più agenzie sulla protezione e il sostegno alla salute mentale e al benessere psicosociale dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti in Europa, elaborati da OMS/Europa, UNHCR e OIM;
18. sottolinea che, in molti casi, le donne si vedono obbligate a una doppia giornata di lavoro, una sul posto di lavoro e l'altra a casa, poiché gli uomini non si assumono sufficientemente le responsabilità relative al lavoro domestico e all'educazione delle figlie e dei figli, e che ciò si traduce per molte donne in problemi di depressione, ansia e stress, che si aggiungono ai sensi di colpa per la percezione di non occuparsi sufficientemente della famiglia, ruolo tradizionalmente assegnato alle donne;
19. denuncia un nuovo stereotipo sessista imperante, che consiste in una donna moderna che deve distinguersi negli studi e sul lavoro, senza però mancare di soddisfare le aspettative tradizionali di chi la vuole anche una buona moglie e donna di casa, una madre perfetta e sempre attraente, un modello che genera stress e ansia in molte donne;
20. invita la Commissione, gli Stati membri e le autorità locali a sviluppare politiche su

misura capaci di offrire servizi di salute mentale ai gruppi di donne vulnerabili nelle comunità emarginate e che si trovano ad affrontare una discriminazione intersettoriale, come le donne rifugiate e migranti, le donne che affrontano la povertà e l'esclusione sociale, le persone intersessuali e transgender, le donne appartenenti a minoranze etniche, le donne con disabilità, le donne anziane e le donne nelle zone rurali;

21. sottolinea l'importanza di un approccio basato sul ciclo di vita nei confronti della salute mentale, in cui le esigenze di ogni fascia di età siano affrontate in modo coerente e globale, con un'enfasi particolare sulle ragazze adolescenti e le donne anziane, che in media segnalano una percentuale inferiore di soddisfazione personale rispetto agli uomini delle medesime fasce di età;
22. raccomanda che, in caso di gravidanza, l'assistenza relativa alla sanità mentale cominci quanto prima nel primo trimestre, affinché sia possibile individuare condizioni specifiche che possano richiedere monitoraggio, riconoscere i problemi sociali per i quali le donne possano aver bisogno di aiuto da parte dei servizi sociali o di salute mentale e informare le donne sulle problematiche legate alla gravidanza; chiede di garantire, in tutti gli Stati membri dell'UE, il potenziamento dei servizi di ostetricia generali e locali, anche in termini di levatrici e ostetriche, e sottolinea l'importanza particolare di tale sfida per le zone rurali; sottolinea che l'assistenza sanitaria psicologica è importante quanto l'assistenza sanitaria fisica e osserva che nell'UE il 10 - 15 % delle donne che ha appena partorito soffre di depressione post-parto; sottolinea l'importanza dell'accesso all'assistenza medica e psicologica per le donne dopo un aborto spontaneo e la necessità di un approccio sensibile e personale; invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere, sviluppare e offrire un'individuazione e un trattamento precoci della psicosi e della depressione post-parto;
23. sottolinea che le politiche sociali e del lavoro, in particolare quelle che riguardano l'equilibrio tra vita professionale e personale, devono essere caratterizzate da un approccio globale che tenga conto della salute e del benessere mentale delle donne; invita la Commissione e gli Stati membri a collaborare con i sindacati, i datori di lavoro, i professionisti specializzati in ambito sanitario e la società civile per sviluppare un approccio globale e sensibile alle specificità di genere per quanto concerne il benessere mentale sul lavoro; osserva l'importanza di fornire una formazione in materia di salute mentale a chi svolge incarichi direttivi sia nel settore pubblico sia in quello privato;
24. riconosce il ruolo importante svolto dai prestatori di assistenza formali e informali, nella stragrande maggioranza dei casi donne, nell'ambito dell'assistenza mentale; chiede di prestare particolare attenzione al ruolo dei prestatori di assistenza formali e informali nell'ambito della salute mentale e soprattutto al ruolo delle donne assistenti, nonché di adottare misure per proteggere la salute e il benessere mentale degli stessi prestatori di assistenza;
25. esorta la Commissione e gli Stati membri a tener conto delle sfide relative alla salute e al benessere mentale che uomini e ragazzi si trovano ad affrontare a causa degli stereotipi di genere, che li portano a una maggiore propensione all'abuso di sostanze stupefacenti e al suicidio rispetto alle donne; sottolinea che le politiche riguardanti la salute mentale degli uomini devono anche tenere in considerazione le prospettive dell'età e dell'aspettativa di vita, le condizioni socioeconomiche, l'esclusione sociale

nonché i fattori geografici;

### ***Parità di genere nelle sperimentazioni cliniche***

26. sottolinea che le sperimentazioni cliniche dei prodotti farmaceutici effettuate sia sugli uomini che sulle donne sono necessarie e devono essere inclusive, non discriminatorie e svolte in condizioni di parità, inclusione e non marginalizzazione, oltre a rispecchiare in modo ragionevole la popolazione che userà i prodotti; suggerisce che le sperimentazioni cliniche debbano altresì prendere in considerazione specifici gruppi di popolazione vulnerabili, come i pazienti pediatrici e geriatrici e le persone appartenenti a minoranze etniche; è del parere che occorra raccogliere dati disaggregati sulla base del genere anche in seguito alla commercializzazione dei prodotti, al fine di registrare i differenti effetti collaterali, a fianco di ricerche e dati sull'attuazione delle normative dell'UE pertinenti da parte degli Stati membri;
27. esprime profonda preoccupazione per il fatto che il mancato miglioramento della rappresentanza delle donne nelle sperimentazioni cliniche e nella ricerca biomedica mette a rischio la salute e la vita delle donne; sottolinea che le metodologie e la progettazione delle sperimentazioni cliniche devono consentire l'analisi stratificata in base all'età e al genere; evidenzia pertanto la necessità urgente di integrare le differenze di genere nelle procedure cliniche nel campo della salute mentale;
28. sottolinea l'importanza della pubblicazione dei risultati delle sperimentazioni cliniche, affinché la metodologia sia trasparente e accessibile;
29. rammenta che le malattie infettive (ad esempio l'HIV e la malaria) e le prognosi fetali sfavorevoli (ad esempio la mortalità prenatale) sono diffuse soprattutto nei paesi a reddito medio-basso; invita a includere le donne incinte nelle sperimentazioni cliniche per ridurre la morbilità e la mortalità di madri e neonati;
30. richiede che le etichette dei prodotti farmaceutici indichino chiaramente se sia stata svolta una sperimentazione sulle donne o meno e se donne e uomini possono attendersi effetti collaterali diversi; invita gli Stati membri a incoraggiare la ricerca sugli effetti a lungo termine dei prodotti utilizzati nel quadro di una terapia ormonale sostitutiva;
31. chiede alla Commissione di incentivare i progetti a livello dell'UE focalizzati sul modo in cui le donne sono trattate nella ricerca clinica; ritiene che tali progetti debbano coinvolgere le autorità sanitarie a tutti i livelli e l'industria farmaceutica, attraverso lo sviluppo di strategie specifiche per l'applicazione degli orientamenti sullo studio e la valutazione delle differenze di genere nelle sperimentazioni cliniche;
32. invita la Commissione e gli Stati membri a investire in campagne di sensibilizzazione per incoraggiare le donne a partecipare alle sperimentazioni cliniche;
33. esorta l'EMA a redigere orientamenti specifici per le donne in quanto categoria specifica di popolazione nelle sperimentazioni cliniche;
34. invita gli Stati membri, nell'applicazione del regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, a utilizzare un approccio metodologico nelle sperimentazioni cliniche che garantisca una rappresentazione

adeguata di uomini e donne, prestando particolare attenzione alla trasparenza per quanto concerne la composizione di genere dei partecipanti e, nel considerare la giusta attuazione di tale regolamento, a monitorare in modo specifico il livello di rappresentazione delle donne e degli uomini;

35. esorta gli Stati membri, l'EMA e i soggetti interessati pertinenti a garantire che i fattori legati al sesso e al genere siano introdotti nelle primissime fasi della ricerca e dello sviluppo dei medicinali, prima della fase delle sperimentazioni cliniche; sottolinea la necessità di rafforzare la condivisione delle migliori prassi in materia tra istituti di ricerca e prestatori di servizi di assistenza sanitaria in tutta Europa;
36. sottolinea che occorrono azioni urgenti per colmare il divario di genere nelle sperimentazioni cliniche in ambiti della salute in cui tali divari sono particolarmente dannosi, come i medicinali per l'Alzheimer, il cancro, il trattamento dell'ictus, gli antidepressivi e le malattie cardiovascolari;
37. sottolinea che devono essere adottate azioni concertate da parte dei ricercatori e di tutti i soggetti interessati al fine di eliminare gli effetti collaterali dannosi dei farmaci che colpiscono specificamente le donne, come nel caso degli antidepressivi, dei contraccettivi e di altri medicinali, al fine di migliorare la salute delle donne e la qualità dell'assistenza sanitaria;
38. osserva con preoccupazione l'esistenza di disuguaglianze e discriminazioni di genere nella ricerca in materia di assistenza sanitaria e sociale nei paesi in via di sviluppo, che si ripercuotono negativamente sullo sviluppo di cure adeguate e mirate; sottolinea, in particolare, che i pazienti dei paesi in via di sviluppo non sono adeguatamente rappresentati nelle ricerche farmacologiche; osserva che nello sviluppo dei farmaci contro la tubercolosi sono state trascurate categorie particolari di popolazione, fra cui bambini e donne incinte; evidenzia l'esigenza di raccogliere e conservare campioni classificati per genere per gli studi farmacogenetici nell'ambito delle future sperimentazioni cliniche; ricorda che le diverse caratteristiche costituzionali biologiche e fisiologiche delle donne rendono necessarie informazioni adeguate sugli effetti dei farmaci sul loro corpo;
39. osserva con preoccupazione che la crescente delocalizzazione delle sperimentazioni dei medicinali in Africa e in altre regioni sottosviluppate può tradursi in gravi violazioni dell'etica e dei principi fondamentali dell'Unione, quali il diritto alla protezione della salute e all'assistenza sanitaria; sottolinea che le persone vulnerabili, in particolare le donne, che non possono usufruire di un'assistenza medica accessibile, di un'assicurazione sanitaria o di medicinali a un costo accessibile non hanno altra scelta che partecipare a sperimentazioni cliniche per ricevere cure mediche, magari senza essere consapevoli dei relativi rischi;
40. segnala che è un dato di fatto che le donne utilizzino maggiori quantità di psicofarmaci rispetto agli uomini, ma che esistono pochissimi studi sulle differenze di genere rispetto all'effetto di questi farmaci, prescritti indistintamente a uomini e donne con gli stessi dosaggi; esprime preoccupazione per il fatto che le donne subiscono più effetti collaterali di tali farmaci in quanto sono escluse dalle sperimentazioni cliniche, le quali, pertanto, non tengono conto della fisiologia femminile; segnala altresì che le donne ricorrono più frequentemente rispetto agli uomini alla psicoterapia per risolvere i loro



problemi psichici;

### ***Osservazioni generali***

41. chiede alla Commissione e agli Stati membri di:

- a) promuovere l'assistenza sanitaria garantendo un facile accesso ai servizi e la fornitura di informazioni adeguate per le esigenze specifiche di uomini e donne nonché lo scambio di buone pratiche in materia di salute mentale e ricerca clinica;
- b) fare il punto delle esigenze sanitarie specifiche delle donne e degli uomini e garantire l'integrazione di una prospettiva di genere nelle politiche, nei programmi e nella ricerca in ambito sanitario, dalle fasi di concezione e sviluppo fino alla valutazione di impatto e alla pianificazione dei finanziamenti;
- c) garantire che le strategie di prevenzione si rivolgano specificamente alle donne a rischio di discriminazione intersettoriale, quali le donne rom, le donne con disabilità, le donne lesbiche, bisessuali, migranti, rifugiate o che vivono in povertà, nonché le persone transgender e intersessuali;
- d) riconoscere la violenza di genere e la violenza contro le donne come un problema di salute pubblica, in conformità della risoluzione 49.26 dell'OMS del 25 maggio 1996, problema che si ripercuote direttamente sulla salute e il benessere mentali delle donne;
- e) garantire il rapido sviluppo di un'indagine a livello dell'UE sulla prevalenza della violenza di genere, ai fini dell'attuazione nel quadro del sistema statistico europeo, come confermato nel programma di lavoro di Eurostat per il 2016, e raccogliere dati periodici e disaggregati, in particolare sulla prevalenza della depressione, facendo sì che tali dati siano disaggregati almeno per genere, gruppo d'età e status socioeconomico;
- f) sostenere la società civile e le associazioni di donne che promuovono i diritti delle donne nonché adoperarsi per garantire che le donne abbiano voce nell'ambito delle politiche europee e nazionali in materia di salute e che tali politiche rispondano alle loro necessità;
- g) incentivare i programmi che si occupano di bisogni specifici delle donne, riguardanti malattie come l'osteoporosi, i problemi muscolo-scheletrici e le malattie del sistema nervoso centrale come l'Alzheimer e/o la demenza, tra cui quelli che informano le donne sui metodi di prevenzione e offrono formazione al personale medico;
- h) prestare particolare attenzione alle esigenze specifiche delle donne cui sia stata diagnosticata la sindrome da fatica cronica o fibromialgia fornendo loro servizi sanitari adeguati e di alta qualità;
- i) aumentare i finanziamenti per promuovere la ricerca sulle cause e le possibili cure dell'endometriosi, nonché la stesura di orientamenti clinici e la creazione di centri di riferimento; promuovere campagne di informazione, prevenzione e sensibilizzazione sull'endometriosi e fornire mezzi per la formazione di professionisti specializzati

nell'ambito sanitario e per le iniziative di ricerca;

42. invita gli Stati membri ad adottare politiche finalizzate al miglioramento del livello di salute medio della popolazione, attraverso l'eliminazione delle disuguaglianze sanitarie che colpiscono i gruppi socioeconomici svantaggiati; chiede, in tale contesto, l'impegno attivo in diversi settori politici, non solo nell'ambito della sanità pubblica e dei sistemi sanitari, ma anche dell'istruzione, della sicurezza sociale, dell'equilibrio tra vita professionale e vita personale e dell'urbanistica, sempre adottando una chiara prospettiva di parità di genere;
43. invita i governi dei paesi in via di sviluppo a integrare la dimensione di genere nelle politiche in materia di salute mentale e a elaborare strategie e programmi atti ad affrontare, da un lato, le esigenze specifiche delle donne nell'ambito delle cure psichiatriche e, dall'altro, le origini sociali del disagio psicologico; rileva con preoccupazione che l'esclusione delle donne dalla ricerca biomedica, soprattutto nei paesi meno sviluppati, è spesso il prodotto della carenza di campagne di informazione e sensibilizzazione, dello svolgimento delle loro funzioni di madri e prestatrici di assistenza e della loro mancanza di libertà decisionale nell'ambiente domestico; è convinto che un maggiore equilibrio di genere in termini di ruoli e doveri, come pure la sicurezza del reddito, la parità di accesso all'istruzione, l'integrazione nel mercato lavorativo, il rafforzamento di misure tese a facilitare la conciliazione tra vita personale e professionale, soprattutto per le madri sole, lo sviluppo di reti di sicurezza sociale e la riduzione della povertà contribuirebbero a risolvere le disparità di genere nell'ambito della salute mentale;
44. ritiene che i diritti sessuali e riproduttivi includano l'accesso all'aborto sicuro e legale, la contraccezione affidabile, sicura ed economicamente accessibile nonché un'educazione completa in materia di sessualità e rapporti affettivi;
45. considera deplorabile il fatto che i diritti sessuali e riproduttivi siano gravemente limitati e/o soggetti a determinate condizioni in diversi Stati membri dell'UE;
46. è dell'opinione che il crescente numero di professionisti del settore medico che rifiutano di praticare aborti negli Stati membri rappresenti un'ulteriore minaccia alla salute e ai diritti delle donne; esorta gli Stati membri a garantire la presenza quantomeno di un numero minimo di professionisti del settore sanitario disponibili a praticare aborti negli ospedali;
47. chiede agli Stati membri di prevenire, vietare e perseguire la sterilizzazione forzata delle donne, un fenomeno che colpisce in particolare le donne affette da disabilità, le persone transgender e intersessuali e le donne rom;
48. sottolinea il fatto che le procedure di screening nelle fasi iniziali del cancro, insieme ai programmi informativi, sono considerati una delle più efficaci misure di prevenzione del cancro e chiede agli Stati membri di garantire l'accesso di tutte le donne e le ragazze a questi controlli;
49. evidenzia che è essenziale promuovere l'emancipazione delle donne e la parità di genere per accelerare lo sviluppo sostenibile e porre così fine a tutte le discriminazioni contro donne e bambine, comprese quelle riscontrabili nell'ambito della salute mentale e della

ricerca clinica, e che ciò non solo costituisce un diritto umano fondamentale, ma ha anche un effetto moltiplicatore in tutti i settori dello sviluppo (obiettivo di sviluppo sostenibile n. 5);

50. ritiene che gli Stati membri abbiano l'obbligo di garantire la prestazione di servizi di ostetricia locali nel quadro dei servizi pubblici e di assicurare la disponibilità di levatrici anche nelle zone rurali e montuose;
51. invita le autorità sanitarie degli Stati membri a riconoscere l'endometriosi come malattia invalidante, il che consentirebbe alle donne che ne sono affette di essere curate gratuitamente, anche in caso di cure e/o operazioni costose, nonché di usufruire di uno speciale congedo di malattia dal lavoro durante i periodi più acuti, evitando la stigmatizzazione sul luogo di lavoro;
52. esorta gli Stati membri, la Commissione e le agenzie pertinenti a garantire il pieno accesso a un'assistenza sanitaria fisica e mentale di alta qualità per tutti i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti, e in particolare le donne e le ragazze vulnerabili, una questione che rientra nei diritti umani universali, nonché, nel lungo termine, a preparare in modo adeguato i sistemi sanitari nazionali per i rifugiati e richiedenti asilo in ingresso; sottolinea la necessità di offrire una formazione sensibile alle specificità di genere per la salute mentale al personale addetto ai servizi di immigrazione, asilo e polizia che lavora con i rifugiati, i richiedenti asilo e gli immigrati, in particolare chi lavora con donne e ragazze vulnerabili; ritiene che tali misure di assistenza sanitaria necessarie debbano includere, tra l'altro, un alloggio sicuro, servizi igienici per donne e bambini, la consulenza legale e l'accesso ai servizi sanitari e ai diritti in ambito sessuale e riproduttivo, tra cui la contraccezione, il supporto per le vittime di violenze sessuali nonché aborti sicuri e legali;
53. invita l'UE e gli Stati membri a interrompere immediatamente le attuali politiche di austerità e i tagli alla spesa pubblica che interessano servizi fondamentali per il raggiungimento di un livello elevato di tutela sanitaria per tutte le donne e gli uomini, le ragazze e i ragazzi nell'UE, indipendentemente dalle loro origini o dal loro status giuridico;
54. invita gli Stati membri a garantire l'accesso gratuito ai servizi sanitari per le donne disoccupate, le donne nelle zone rurali e le donne in pensione con un reddito basso, che non possono permettersi di pagare i controlli e i trattamenti medici;
55. raccomanda che alle donne che hanno partorito un bambino disabile oppure colpito da una malattia che ne mette a rischio la vita venga garantito un sostegno specifico che comprenda in particolare un accesso gratuito all'assistenza pediatrica di lungo periodo a domicilio, all'assistenza pediatrica palliativa, nonché a un supporto psicologico specializzato e facilmente accessibile;
56. evidenzia che la realizzazione del diritto alla salute per tutti prevale sulla tutela dei diritti di proprietà intellettuale e dipende dagli investimenti nella ricerca medica in Europa, anche nell'ambito delle tecnologie sanitarie e dei farmaci contro le malattie trascurate e legate alla povertà;
57. deplora i tagli ai bilanci della sanità pubblica negli Stati membri e si rammarica del fatto

che gli stanziamenti annuali per i programmi destinati alla prevenzione della violenza di genere e della violenza sulle donne in tutti gli Stati membri siano di gran lunga inferiori agli effettivi costi di tale violenza, a prescindere che siano di natura economica, sociale o morale; sostiene gli Stati membri nell'aumento della spesa per il sostegno dei programmi di prevenzione della violenza contro le donne e di aiuto e protezione efficace delle vittime;

58. invita gli Stati membri a introdurre misure in campo sanitario per l'identificazione precoce e il sostegno alle vittime della violenza di genere, come pure ad applicare protocolli sanitari nei casi di aggressione, che saranno trasmessi ai tribunali competenti così da agevolare il procedimento giudiziario; chiede inoltre agli Stati membri di garantire il diritto di accesso alle informazioni e all'assistenza sociale integrata mediante servizi di assistenza permanente e urgente, con una specializzazione di prestazioni professionali multidisciplinari;
59. accoglie con favore le azioni della Commissione finalizzate alla ratifica da parte dell'UE della Convenzione di Istanbul e si rammarica che molti Stati membri non abbiano ancora proceduto alla ratifica; esorta il Consiglio a garantire quanto prima l'adesione dell'UE alla Convenzione di Istanbul;
60. sottolinea che la prostituzione è anche una questione sanitaria dal momento che comporta effetti dannosi per la salute delle persone che la praticano, le quali sono più soggette a traumi sessuali, fisici e psichici, alla dipendenza da stupefacenti e alcool, alla perdita di autostima così come a un tasso di mortalità superiore rispetto al resto della popolazione; aggiunge e sottolinea che molti degli acquirenti di servizi sessuali chiedono sesso a pagamento non protetto, cosa che accresce il rischio di effetti sanitari negativi, sia per le persone che praticano la prostituzione sia per i clienti;
61. invita gli Stati membri a prevenire, vietare e perseguire la mutilazione genitale femminile e la mutilazione genitale delle persone intersessuali nonché a fornire sostegno nell'ambito della salute mentale, insieme all'assistenza fisica, alle vittime e alle persone a rischio;
62. incoraggia la Commissione e gli Stati membri a prestare particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili o svantaggiati e ad avviare programmi di intervento rivolti a tali gruppi;
63. considera che la mancanza di dati comparabili, esaustivi, affidabili e aggiornati regolarmente, disaggregati sulla base del genere, sia fonte di discriminazione per la salute delle donne;
64. ricorda che i servizi sanitari e la politica sanitaria sono di competenza degli Stati membri e che il ruolo della Commissione europea è complementare alle politiche nazionali;
65. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

## MOTIVAZIONE

La salute non è solo una questione biologica, ma rappresenta, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità»<sup>1</sup>. Sia il concetto biologico di sesso sia il concetto sociale di genere hanno importanza a tutti i livelli della salute e si ripercuotono diversamente sulla salute, sull'accesso alla sanità e sull'assistenza sanitaria di uomini e donne<sup>2</sup>.

Un **accesso** diseguale alle risorse, abbinato ad altri fattori sociali, si traduce nella disparità di rischi per la salute e di accesso alle informazioni, all'assistenza e ai servizi sanitari tra uomini e donne. Le differenze biologiche, inoltre, implicano per le donne specifici problemi ed esigenze sanitarie, soprattutto in riferimento alla salute sessuale e riproduttiva. La scienza ha dimostrato che le differenze biologiche tra uomini e donne vanno ben oltre gli organi della riproduzione. Le malattie cardiache, ad esempio, sono la principale causa di morte tra le donne. I segni e i sintomi di un attacco cardiaco sono diversi tra uomini e donne e queste ultime hanno maggiori probabilità di morire entro un anno da un attacco cardiaco.

Solo di recente la ricerca sulle malattie e i sintomi cardiaci nelle donne ha dimostrato che il numero di donne affette da malattie cardiovascolari è molto superiore rispetto a quello degli uomini<sup>3</sup>, ma tali malattie insorgono in età più avanzata, si manifestano con sintomi diversi rispetto agli uomini e dovrebbero essere trattate in modo differente in termini farmacologici. La **ricerca** e la prassi, tuttavia, ancora non tengono nella dovuta considerazione le differenze tra uomini e donne a livello di salute, malattie e terapie. Nonostante costituiscano oltre la metà della popolazione dell'UE, infatti, le donne sono sottorappresentate nella ricerca biomedica.

Le ricerche condotte finora rivelano disparità di genere nello stato di salute, nei comportamenti in relazione alla salute, nell'accesso alla sanità e nelle cure. I responsabili politici e la ricerca medica devono esaminare e indagare le cause di tali disparità e fornire risposte efficaci. La ricerca biomedica, ad esempio, continua a fondarsi sul tacito presupposto che donne e uomini siano fisiologicamente simili in tutto tranne che nei sistemi riproduttivi, trascurando altre differenze biologiche, sociali e di genere che invece influenzano in modo significativo la salute. Un esempio in tal senso è quello del dolore. Nelle donne il dolore è più frequente e più intenso e gli antidolorifici risultano meno efficaci sulle donne che sugli uomini. In molti casi le strategie preventive e curative sono applicate alle donne dopo essere state testate esclusivamente su uomini, potenzialmente con effetti limitati se non addirittura controproducenti.

La relazione citerà specificamente il caso dell'endometriosi come esempio di discriminazione nella ricerca sulle patologie femminili e nel relativo trattamento.

---

<sup>1</sup> Preambolo della Costituzione dell'OMS.

<sup>2</sup> Relazione finale della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute: "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it" (Disparità di genere ingiusta, iniqua, inefficace e inefficiente nella sanità: perché esiste e come cambiare la situazione), settembre 2007.

<sup>3</sup> Tradizionalmente considerate come maschili, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di decesso per le donne a livello mondiale, oltre a una delle principali cause di malattie gravi e disabilità, costose per i sistemi sanitari e distruttive per la qualità di vita delle donne. Nell'UE, le malattie cardiovascolari restano la causa principale dei decessi delle donne in ciascuno dei ventisette paesi dell'Unione. Soltanto negli ultimi decenni c'è stato un aumento della sensibilizzazione su come le malattie cardiovascolari colpiscono le donne in modo diverso dagli uomini, mettendo in guardia le donne dal rischio. Il tasso di mortalità dovuta a queste malattie nell'UE è del 43 % tra le donne e del 36 % tra gli uomini. Cfr. <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/02/Women-and-CVDfin.pdf>

Per quanto concerne la **salute mentale**, secondo l'OMS i tassi di prevalenza, nell'arco della vita, di disturbi psicologici di qualsiasi tipo risultano essere più elevati di quanto ritenuto in precedenza, sono in continuo aumento e colpiscono quasi la metà della popolazione. Sebbene i tassi complessivi relativi ai disturbi psichiatrici siano pressoché identici per uomini e donne, le differenze di genere a livello di quadro patologico delle malattie mentali sono significative. Il genere, infatti, determina il diverso potere e controllo che uomini e donne hanno sui fattori socioeconomici determinanti della propria salute mentale e della propria vita, della propria posizione sociale, del proprio status e trattamento all'interno della società e della propria suscettibilità ed esposizione a determinati rischi per la salute mentale. Differenze di genere sono presenti soprattutto nei tassi di frequenza di disturbi mentali comuni come la depressione e l'ansia.

In teoria le politiche pubbliche in campo sanitario riconoscono talvolta che il genere rappresenta un significativo fattore determinante per la salute nel corso della vita<sup>1</sup>. Tuttavia le esigenze sanitarie delle donne non sono completamente e coerentemente integrate nelle politiche sanitarie europee e nazionali. La questione della mancanza di un approccio coerente e integrato ai diritti delle donne e alle problematiche di genere nel quadro delle politiche sanitarie deve essere affrontata con urgenza ed è cruciale per assicurare a tutti un livello elevato di protezione della salute umana, così come garantito dai trattati dell'UE<sup>2</sup>. Per risultare efficaci, i diversi ambiti delle politiche sanitarie, che attualmente nella pratica sono in larga misura insensibili alle specificità di genere, devono prevedere un approccio specifico per le donne e utilizzare pienamente lo strumento dell'integrazione di genere.

### **La politica sanitaria dell'UE: mancanza di una prospettiva di parità di genere**

Conformemente ai trattati che la istituiscono, l'UE è tenuta a garantire che la salute umana sia protetta nell'ambito di tutte le sue politiche e a collaborare con gli Stati membri per migliorare la sanità pubblica, prevenire le malattie umane ed eliminare le fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. La strategia Europa 2020 punta a trasformare l'Unione europea in un'economia intelligente, sostenibile e inclusiva capace di promuovere la crescita per tutti. Per realizzare questo obiettivo, la buona salute della popolazione è un requisito fondamentale.

I punti al centro della politica sanitaria dell'UE, attuata con la strategia europea in materia di sanità, sono rafforzare la prevenzione, garantire a tutti pari opportunità di vivere in buona salute e avvalersi di un'assistenza sanitaria di qualità (indipendentemente da reddito, genere, appartenenza etnica, ecc.), affrontare le gravi minacce per la salute che interessano più di un paese dell'UE, mantenere le persone in buona salute fino all'età avanzata e sostenere sistemi sanitari dinamici e le nuove tecnologie.

Il Consiglio ha riconosciuto che l'universalità, l'accesso a cure di buona qualità, l'equità e la solidarietà sono i valori e principi comuni su cui si fondano i sistemi sanitari degli Stati membri dell'UE<sup>3</sup>. Il concetto di universalità implica che a nessuno sia precluso l'accesso all'assistenza

---

<sup>1</sup> Consiglio dell'Unione europea, Conclusioni sulle donne e la salute, 2005; Conclusioni sulla sanità e la migrazione nell'UE, 2007; Conclusioni sull'inclusione dei rom, 2008; Risoluzione sulla salute e sul benessere dei giovani, 2008.

<sup>2</sup> Articolo 168 TFUE.

<sup>3</sup> Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, 2006: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006XG0622(01)&from=EN)

sanitaria. La solidarietà è connessa alla struttura finanziaria dei sistemi sanitari nazionali in modo da assicurare tale accesso universale. L'equità implica la parità di accesso in funzione del bisogno, senza distinzioni in base all'appartenenza etnica, al genere, all'età, al ceto o al censo.

Inoltre, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea stabilisce che ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite da legislazioni e prassi nazionali. Questi principi sono completati dall'obbligo generale dell'integrazione di genere ("gender mainstreaming") sancito dal trattato europeo, obbligo che si applica anche al lavoro di tutti i responsabili delle decisioni a livello europeo e nazionale nel campo della politica sanitaria.

I sistemi sanitari dovrebbero puntare a ridurre le disuguaglianze in campo sanitario, delle quali il genere è riconosciuto come uno dei fattori determinanti. Per i responsabili delle decisioni a livello europeo e nazionale, pertanto, è una responsabilità sia giuridica che sociale quella di integrare pienamente le esperienze e le esigenze delle donne nella definizione delle politiche pubbliche nel settore sanitario. Purtroppo la situazione attuale mostra che attualmente ciò non avviene.

Nell'UE la responsabilità primaria delle politiche sanitarie incombe agli Stati membri. L'UE, tuttavia, è competente per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e deve svolgere un ruolo nel coordinare e nell'assistere gli Stati membri al fine di raggiungere un livello elevato di protezione della salute umana. A livello unionale, la salute delle donne è affrontata come questione politica nel contesto dei fattori socioeconomici determinanti della salute e delle specifiche fasce di età. In linea teorica, l'UE riconosce che il genere, insieme all'età, all'istruzione e alla situazione economica e civile, costituisce un significativo fattore determinante per la salute e per l'assistenza sanitaria. La Direzione generale per la sanità pubblica della Commissione europea ha pubblicato diverse relazioni contenenti dati relativi alla situazione delle donne in termini di salute e di accesso all'assistenza sanitaria. In pratica, però, tali documenti non sono stati seguiti da azioni e programmi politici concreti volti a soddisfare le esigenze sanitarie delle donne, e le politiche europee in materia di sanità pubblica continuano in larga misura a ignorare la specificità di genere.

Sebbene il trattato vigente imponga di integrare la prospettiva della parità di genere in tutte le attività dell'UE (gender mainstreaming), raramente la Commissione europea lo fa nei propri documenti strategici e tanto meno nelle proprie azioni e nei propri programmi. In particolare risultano insufficienti le risorse e l'attenzione dedicate alle questioni della parità di genere e alle esigenze delle donne nella ricerca sanitaria sostenuta dall'UE.

9.11.2016

## **PARERE DELLA COMMISSIONE PER LO SVILUPPO**

destinato alla commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere

sulla promozione della parità di genere nella salute mentale e nella ricerca clinica  
(2016/2096(INI))

Relatore per parere: Florent Marcellesi

### **SUGGERIMENTI**

La commissione per lo sviluppo invita la commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere, competente per il merito, a includere nella proposta di risoluzione che approverà i seguenti suggerimenti:

1. evidenzia che la realizzazione del diritto alla salute per tutti prevale sulla tutela dei diritti di proprietà intellettuale e dipende, tra l'altro, dagli investimenti nella ricerca medica in tutto il mondo, anche nell'ambito delle tecnologie sanitarie e dei farmaci contro le malattie trascurate e legate alla povertà;
2. rammenta che le malattie trascurate e legate alla povertà colpiscono oltre un miliardo di persone, mietono milioni di vittime ogni anno e sono endemiche soprattutto nei paesi in via di sviluppo; osserva che spesso mancano ancora gli strumenti per prevenire, diagnosticare e curare tali malattie, o non sono adatti alle condizioni delle persone e delle comunità dei paesi in via di sviluppo;
3. ricorda che il secondo programma del partenariato Europa-paesi in via di sviluppo per gli studi clinici (EDCTP2) mira a contribuire alla riduzione delle conseguenze socioeconomiche delle malattie legate alla povertà nei paesi in via di sviluppo, soprattutto nell'Africa subsahariana, accelerando lo sviluppo clinico di interventi medici efficaci, sicuri, accessibili, adeguati e a basso costo per tali malattie in partenariato con l'Africa subsahariana;
4. osserva con preoccupazione l'esistenza di disuguaglianze e discriminazioni di genere nella ricerca in materia di assistenza sanitaria e sociale nei paesi in via di sviluppo, che si ripercuotono negativamente sullo sviluppo di cure adeguate e mirate; sottolinea, in particolare, che i pazienti dei paesi in via di sviluppo non sono adeguatamente rappresentati nelle ricerche farmacologiche; osserva che nello sviluppo dei farmaci contro la tubercolosi sono state trascurate categorie particolari di popolazione, fra cui bambini e donne incinte; evidenzia l'esigenza di raccogliere e conservare campioni classificati per



genere per gli studi farmacogenetici nell'ambito delle future sperimentazioni cliniche; ricorda che le diverse caratteristiche costituzionali biologiche e fisiologiche delle donne rendono necessarie informazioni adeguate sugli effetti dei farmaci sul loro corpo;

5. rammenta che le malattie infettive (ad esempio l'HIV e la malaria) e le prognosi fetali sfavorevoli (ad esempio la mortalità prenatale) sono diffuse soprattutto nei paesi a reddito medio-basso; invita a includere le donne incinte nelle sperimentazioni cliniche per ridurre la morbilità e la mortalità di madri e neonati;
6. ricorda che, secondo l'OMS, se il concetto di "disturbi mentali" comprende una gamma di disturbi mentali e comportamentali come la depressione, il disturbo affettivo bipolare, la schizofrenia, l'ansia, la demenza e l'autismo, con "salute mentale" si definisce una condizione di benessere in cui la persona realizza le proprie abilità, fa fronte con successo alle normali avversità della vita, lavora in maniera produttiva ed è in grado di contribuire alla propria comunità; accoglie positivamente il fatto che, per la prima volta, i leader mondiali riconoscano la promozione della salute e del benessere mentale e la prevenzione e la cura dell'abuso di sostanze come priorità per la salute nell'ambito dell'agenda mondiale per lo sviluppo;
7. rammenta che la salute mentale presenta un forte connotato di genere; evidenzia che le disegualianze di genere, le disparità economiche, la maggiore esposizione alla povertà e al sovraccarico lavorativo, la discriminazione socioeconomica, la violenza di genere, ivi inclusa la violazione dei diritti sessuali e riproduttivi, la malnutrizione e la fame sono tutti fattori che espongono ulteriormente le donne ai disturbi della salute mentale legati alla depressione e all'ansia; chiede alla Commissione di affrontare le cause profonde del mancato coinvolgimento delle donne nelle sperimentazioni cliniche e di destinare maggiori risorse ai servizi di ricerca, prevenzione, cura e sostegno destinati alle donne; sottolinea, più in generale, la necessità di promuovere l'inclusione economica di tutti (obiettivo di sviluppo sostenibile n. 10), ad esempio grazie al miglioramento della regolamentazione e del controllo dei mercati e degli istituti finanziari, e di potenziare, mediante l'istruzione continua, le competenze dei fornitori di cure primarie in modo che possano riconoscere e curare i disturbi della salute mentale che colpiscono le donne, nell'ottica di eliminare le discriminazioni di genere in ambito sanitario;
8. evidenzia che l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) non rileva alcuna differenza significativa fra i generi riguardo a malattie mentali gravi come la schizofrenia e il disturbo bipolare, mentre esiste una pesante differenza di genere per quanto concerne depressione e ansia;
9. evidenzia che è essenziale promuovere l'emancipazione delle donne e la parità di genere per accelerare lo sviluppo sostenibile e porre così fine a tutte le discriminazioni contro donne e bambine, comprese quelle riscontrabili nell'ambito della salute mentale e della ricerca clinica, dal momento che ciò non solo costituisce un diritto umano fondamentale, ma ha anche un effetto moltiplicatore in tutti i settori dello sviluppo (obiettivo di sviluppo sostenibile n. 5);
10. invita i governi dei paesi in via di sviluppo a integrare la dimensione di genere nelle politiche in materia di salute mentale e a elaborare strategie e programmi atti ad affrontare, da un lato, le esigenze specifiche delle donne nell'ambito delle cure psichiatriche e, dall'altro, le origini sociali del disagio psicologico; rileva con

preoccupazione che l'esclusione delle donne dalla ricerca biomedica, soprattutto nei paesi meno sviluppati, è spesso il prodotto della carenza di campagne di informazione e sensibilizzazione, dello svolgimento delle loro funzioni di madri e prestatrici di assistenza e della mancanza di libertà nel processo decisionale nel loro ambiente domestico; è convinto che un maggiore equilibrio di genere in termini di ruoli e doveri, come pure la sicurezza del reddito, l'accesso all'istruzione, l'integrazione nel mercato lavorativo, il rafforzamento di misure tese a facilitare la conciliazione tra vita personale e professionale, soprattutto per le madri single, lo sviluppo di reti di sicurezza sociale e la riduzione della povertà contribuirebbero a risolvere le disparità di genere nell'ambito della salute mentale;

11. deplora che l'UE non abbia integrato i principi della sua politica in materia di sanità mondiale nella strategia per l'innovazione; deplora il fatto che nessuno dei meccanismi preveda disposizioni vincolanti atte a garantire che le attività di ricerca e sviluppo finanziate grazie all'UE in materia di malattie trascurate connesse alla povertà si tradurranno in prodotti accessibili, anche dal punto di vista economico, e adeguati per le popolazioni più vulnerabili e a rischio o che i dati di ricerca saranno accessibili al pubblico; evidenzia la necessità di rafforzare le attività locali di ricerca e sviluppo diversificate secondo le esigenze di ciascun paese e, più in generale, di investire nelle attività di ricerca e sviluppo in ambito sanitario a livello mondiale, allo scopo di rafforzare i sistemi sanitari nazionali e conseguire una copertura sanitaria universale, anche grazie alla condivisione delle risorse; invita l'UE ad aumentare la propria spesa dedicata a tali obiettivi;
12. osserva che il 14 % del carico di malattia globale è stato determinato da 26 malattie trascurate e legate alla povertà, alle quali, però, è stato dedicato solamente l'1,4 % della spesa globale relativa a ricerca e sviluppo in campo sanitario<sup>1</sup>;
13. invita l'UE a promuovere un finanziamento equo ed efficace della ricerca che giovi alla salute di tutti e garantisca che innovazioni e interventi si traducano in soluzioni accessibili, anche dal punto di vista economico; sottolinea che, in particolare, è opportuno studiare modelli che dissocino il costo della ricerca e sviluppo dai prezzi dei medicinali, comprese le possibilità di trasferimento di tecnologie verso i paesi in via di sviluppo;
14. osserva che negli ultimi due decenni si è osservato un notevole spostamento della localizzazione delle sperimentazioni cliniche finanziate dal settore, in quanto queste sperimentazioni si effettuano con sempre maggior frequenza in paesi a basso o medio reddito, dove il reperimento di soggetti è più agevole, il costo delle sperimentazioni cliniche è più basso e i vincoli normativi sono meno rigorosi o monitorati con minor zelo;
15. osserva con preoccupazione che la crescente delocalizzazione delle sperimentazioni dei medicinali in Africa e in altre regioni sottosviluppate può tradursi in gravi violazioni dell'etica e dei principi fondamentali dell'Unione, quali il diritto alla protezione della salute e all'assistenza sanitaria; sottolinea che le persone vulnerabili, in particolare le donne, che non possono usufruire di un'assistenza medica accessibile o di un'assicurazione sanitaria, né di medicinali economicamente accessibili, non hanno altra scelta che partecipare a sperimentazioni cliniche per ricevere cure mediche, talvolta senza conoscere

---

<sup>1</sup> Research and development expenditure for poverty-related and neglected diseases: an analysis of economic and epidemiological data. (La spesa di ricerca e sviluppo per le malattie trascurate e legate alla povertà: analisi dei dati economici ed epidemiologici). The Lancet, 2013.

i rischi cui sono esposte;

16. invita le aziende farmaceutiche transnazionali a onorare la propria responsabilità societaria nei confronti del rispetto dei diritti umani, in linea con i principi guida delle Nazioni Unite in materia di attività economiche e diritti umani, nell'ambito delle sperimentazioni cliniche in paesi a basso e medio reddito; ritiene che esse debbano garantire l'adeguata tutela della sicurezza e dei diritti dei partecipanti, nonché la conformità delle loro pratiche alle più rigorose norme etiche e linee guida internazionali, conformemente alla dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale, come pure alle linee guida sulla buona prassi clinica del Consiglio delle organizzazioni internazionali delle scienze mediche e dell'OMS;
17. esorta le autorità di regolamentazione dell'UE a verificare, prima di concedere autorizzazioni per la commercializzazioni dei farmaci, che siano rispettate le stesse norme sulle sperimentazioni cliniche sia all'interno sia all'esterno della propria giurisdizione;
18. invita i paesi in via di sviluppo a elaborare un quadro normativo solido dotato di un sistema di controllo operativo indipendente conforme alle linee guida per la buona prassi clinica nella sperimentazione dei prodotti farmaceutici dell'Organizzazione mondiale della sanità e alla dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale.

**ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE  
IN SEDE DI COMMISSIONE COMPETENTE PER PARERE**

<b>Approvazione</b>	8.11.2016
<b>Esito della votazione finale</b>	+: 20 -: 1 0: 3
<b>Membri titolari presenti al momento della votazione finale</b>	Louis Aliot, Nicolas Bay, Beatriz Becerra Basterrechea, Ignazio Corrao, Raymond Finch, Enrique Guerrero Salom, Maria Heubuch, György Hölvényi, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Arne Lietz, Linda McAvan, Norbert Neuser, Cristian Dan Preda, Elly Schlein, Eleni Theocharous, Paavo Väyrynen, Bogdan Brunon Wenta, Anna Záborská
<b>Supplenti presenti al momento della votazione finale</b>	Marina Albiol Guzmán, Agustín Díaz de Mera García Consuegra, Bernd Lucke, Judith Sargentini, Patrizia Toia
<b>Supplenti (art. 200, par. 2) presenti al momento della votazione finale</b>	Maria Grapini

**ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE  
IN SEDE DI COMMISSIONE COMPETENTE PER IL MERITO**

<b>Approvazione</b>	29.11.2016
<b>Esito della votazione finale</b>	+: 19 -: 11 0: 0
<b>Membri titolari presenti al momento della votazione finale</b>	Daniela Aiuto, Beatriz Becerra Basterrechea, Malin Björk, Vilija Blinkevičiūtė, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Elisabeth Köstinger, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Florent Marcellesi, Angelika Mlinar, Angelika Niebler, Maria Noichl, Marijana Petir, João Pimenta Lopes, Michaela Šojdrová, Ernest Urtasun, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
<b>Supplenti presenti al momento della votazione finale</b>	Biljana Borzan, Stefan Eck, Rosa Estaràs Ferragut, Clare Moody, Sirpa Pietikäinen, Marc Tarabella, Monika Vana, Julie Ward, Anna Záborská

**VOTAZIONE FINALE PER APPELLO NOMINALE  
IN SEDE DI COMMISSIONE COMPETENTE PER IL MERITO**

19	+
ALDE	Beatriz Becerra Basterrechea, Angelika Mlinar
EFDD	Daniela Aiuto
GUE/NGL	Malin Björk, Stefan Eck, João Pimenta Lopes
PPE	Sirpa Pietikäinen
S&D	Vilija Blinkevičiūtė, Biljana Borzan, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Clare Moody, Maria Noichl, Marc Tarabella, Julie Ward
VERTS/ALE	Florent Marcellesi, Ernest Urtasun, Monika Vana

11	-
ECR	Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
PPE	Rosa Estaràs Ferragut, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Elisabeth Köstinger, Angelika Niebler, Marijana Petir, Michaela Šojdrová, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Anna Záborská

0	0
---	---

Significato dei simboli utilizzati:

- + : favorevoli
- : contrari
- 0 : astenuti