



PARLAMENTO EUROPEO

2009 - 2014

Documento di seduta

A7-0032/2011

8.2.2011

RELAZIONE

sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE
(2010/2089(INI))

Commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare

Relatore: Edite Estrela

INDICE

	Pagina
PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO	3
PARERE DELLA COMMISSIONE PER IL MERCATO INTERNO E LA PROTEZIONE DEI CONSUMATORI.....	19
PARERE DELLA COMMISSIONE PER I DIRITTI DELLA DONNA E L'UGUAGLIANZA DI GENERE.....	25
ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE.....	32

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE (2010/2089(INI))

Il Parlamento europeo,

- visti gli articoli 168 e 184 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea,
- visto l'articolo 2 del trattato sull'Unione europea,
- visto l'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,
- visto l'articolo 23 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, relativo al principio della parità tra uomini e donne in tutti i campi,
- vista la comunicazione della Commissione dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE" (COM(2009)0567),
- vista la decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007, che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)¹,
- vista la decisione 2010/48/CE del Consiglio, del 26 novembre 2009, relativa alla conclusione, da parte della Comunità europea, della convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità²,
- visto il parere del Comitato per la protezione sociale in merito alla "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE",
- viste le conclusioni del Consiglio dell'8 giugno 2010 in tema di "Equità e salute in tutte le politiche: solidarietà in materia di salute",
- vista la relazione sulla seconda valutazione congiunta del Comitato per la protezione sociale e della Commissione sull'impatto sociale della crisi economica e sulle risposte politiche,
- viste le conclusioni del Consiglio sui valori e i principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea (2006/C 146/01),
- vista la risoluzione del Consiglio del 20 novembre 2008 relativa alla salute e al benessere dei giovani,
- vista la relazione finale della commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute, del 2008,

¹ GU L 301 del 20.11.2007, pag. 3.

² GU L 23 del 27.1.2010, pag. 35.

- visto il parere del Comitato delle regioni in merito alla "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE",
 - viste la sua risoluzione del 1° febbraio 2007 intitolata "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche"¹ e la sua risoluzione del 25 settembre 2008 sul Libro bianco concernente gli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità²,
 - vista la sua risoluzione del 9 ottobre 2008 sul Libro bianco "Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"³,
 - visto l'articolo 48 del suo regolamento,
 - vista la relazione della commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare e i pareri della commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori e della commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere (A6-0032/2011),
- A. considerando che l'universalità, l'accesso a cure di qualità elevata, l'equità e la solidarietà sono valori e principi comuni sui quali poggiano i sistemi sanitari degli Stati membri dell'UE,
- B. considerando che, mentre le persone vivono in media più a lungo e in condizioni di salute migliori rispetto alle generazioni precedenti, l'Unione europea deve affrontare – in un contesto di invecchiamento della popolazione – una sfida importante, segnatamente le ampie e crescenti disparità esistenti in materia di salute fisica e mentale fra gli Stati membri e al loro interno,
- C. considerando che la differenza di speranza di vita alla nascita tra la categoria socioeconomica più bassa e quella più elevata è di dieci anni per gli uomini e di sei per le donne,
- D. considerando che la dimensione di genere sotto il profilo della speranza di vita è un altro importante aspetto da considerare nel contesto delle disuguaglianze sanitarie,
- E. considerando che, oltre che da fattori genetici, la salute è influenzata soprattutto dallo stile di vita che le persone conducono e dal loro accesso ai servizi sanitari, comprese l'informazione e l'educazione sanitaria, la prevenzione delle malattie e le cure prestate per patologie a breve e a lungo termine; che i gruppi socioeconomici più sfavoriti sono maggiormente esposti ad un'alimentazione scorretta e alla dipendenza da tabacco e alcool, tutti fattori che contribuiscono in modo decisivo all'insorgenza di numerose malattie e patologie, compresi il cancro e le malattie cardiovascolari,
- F. considerando che in tutti gli Stati membri sono state riscontrate disuguaglianze sanitarie fra persone appartenenti ai gruppi più favoriti e a quelli meno favoriti in termini di istruzione, classe professionale e reddito,

¹ Testi approvati, P6_TA(2007)0019.

² Testi approvati, P6_TA(2008)0461.

³ GU C 9 E del 15.1.2010, pag. 56.

- G. considerando che nei tassi di malnutrizione si ravvisano indizi di una dimensione di genere, dai quali risulterebbe che le donne sono più colpite da questo problema e che la disparità è ancor più marcata verso il livello inferiore della scala socioeconomica,
- H. considerando che le disuguaglianze legate al genere e all'età nella ricerca biomedica, come pure la sottorappresentazione delle donne nella sperimentazione clinica, sono pregiudizievoli per la cura dei pazienti,
- I. considerando che la misurazione comparativa delle disuguaglianze in materia di salute è un primo passo fondamentale per un'azione efficace,
- J. considerando che i tassi di morbilità sono generalmente più elevati nei gruppi caratterizzati da un basso livello d'istruzione, occupazione e reddito, e che si riscontrano differenze sostanziali anche per quanto riguarda la prevalenza delle forme più specifiche di disabilità e di malattie croniche non trasmissibili, patologie orali e forme di infermità mentale,
- K. considerando che l'incidenza del consumo di tabacco tra le donne, in particolare le giovani donne, sta rapidamente aumentando con effetti devastanti per il loro stato di salute futuro; che il fumo, nel caso delle donne, è aggravato da molteplici svantaggi,
- L. considerando che la Commissione europea ha rilevato l'esistenza di un gradiente sociale in campo sanitario in tutti gli Stati membri dell'Unione europea (comunicazione della Commissione del 20 ottobre 2010 dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE", e che l'Organizzazione mondiale della sanità definisce tale gradiente sociale come il legame tra le disuguaglianze socioeconomiche e le disuguaglianze in materia di salute e di accesso ai servizi di assistenza sanitaria,
- M. considerando che numerosi studi e ricerche hanno confermato che l'insorgenza di condizioni di sovrappeso e obesità, in particolare, è caratterizzata da iniziali disparità collegate all'ambiente socioeconomico, e che i tassi di incidenza maggiore di sovrappeso e obesità si registrano nei gruppi appartenenti ai livelli socioeconomici inferiori; che questa situazione potrebbe determinare disuguaglianze sanitarie e socioeconomiche ancora maggiori, a causa dell'aumento del rischio di patologie collegate all'obesità,
- N. considerando che, nonostante i progressi socioeconomici e ambientali che nel lungo termine hanno determinato un miglioramento complessivo dello stato di salute delle popolazioni, vi è un certo numero di fattori, quali le condizioni igieniche, abitative e lavorative, la malnutrizione, l'istruzione, il reddito, il consumo d'alcool e il tabagismo, che continuano a incidere direttamente sulle disuguaglianze sanitarie,
- O. considerando che ci si attende che il cambiamento climatico produca una serie di potenziali effetti sulla salute, sia per l'aumento di eventi climatici estremi, quali ondate di calore e alluvioni, sia per le nuove modalità delle malattie infettive nonché per la maggiore esposizione ai raggi ultravioletti; che non tutti gli Stati dell'UE sono egualmente preparati ad affrontare queste sfide,
- P. considerando che le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connessi alle scelte di vita, ma anche di

problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria,

- Q. considerando che le disuguaglianze sanitarie sono anche legate a difficoltà di accesso ai servizi di assistenza sanitaria, sia per ragioni economiche (non tanto per le terapie più impegnative, gestite correttamente dagli Stati membri, quanto per le cure ordinarie, quali quelle dentistiche e oculistiche), sia per ragioni di cattiva ripartizione delle risorse mediche in alcune zone dell'UE,
- R. considerando che la carenza di professionisti del settore medico in determinate parti dell'Unione, unitamente alla facilità con cui essi possono spostarsi in altre zone dell'UE, rappresenta un problema concreto; che tale situazione comporta profonde disuguaglianze in termini di accesso all'assistenza sanitaria e di sicurezza per i pazienti,
- S. considerando che chi vive nelle regioni periferiche e insulari continua ad avere un accesso limitato a un'assistenza sanitaria tempestiva e di qualità elevata,
- T. considerando che i pazienti che soffrono di malattie o patologie croniche formano un gruppo specifico che subisce disparità nell'accesso alla diagnosi, alle cure e ai servizi sociali e di sostegno di altra natura, come pure svantaggi tra cui figurano problemi finanziari, difficoltà nell'accesso al lavoro, discriminazione e riprovazione sociale,
- U. considerando che la violenza contro le donne è un fenomeno diffuso in tutti i paesi e in tutte le classi sociali con conseguenze drammatiche sulla salute fisica ed emotiva delle donne e dei bambini,
- V. considerando che l'infertilità è una patologia riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità che ha una particolare incidenza sulla salute delle donne, e che, secondo l'indagine *National Awareness Survey* svolta nel Regno Unito, il 94% delle donne affette da infertilità soffre anche di forme di depressione,
- W. considerando che esistono ampie disparità tra gli Stati membri in materia di accesso ai trattamenti per la fertilità,
- X. considerando che, secondo l'ufficio statistico dell'UE Eurostat, il tasso di disoccupazione nell'UE a 27 ha raggiunto il 9,6% nel settembre 2010, e che il comitato per la protezione sociale del Consiglio dell'Unione europea, in un parere del 20 maggio 2010, ha espresso il timore che l'attuale crisi economica e finanziaria possa incidere negativamente sull'accesso delle persone ai servizi di assistenza sanitaria e sugli stanziamenti destinati alla sanità negli Stati membri,
- Y. considerando che l'attuale crisi economica e finanziaria può avere conseguenze gravi sul settore sanitario in numerosi Stati membri dell'Unione europea, sia in termini di offerta che di domanda,
- Z. considerando che le restrizioni causate dalla crisi economica e finanziaria attuale, associate alle conseguenze della futura sfida demografica che l'Unione dovrà affrontare, potrebbero pregiudicare gravemente la sostenibilità sul piano finanziario e organizzativo dei sistemi sanitari degli Stati membri, impedendo così la parità di accesso alle cure sul loro territorio,

- AA. considerando che la combinazione tra la povertà e altri fattori di vulnerabilità, come l'infanzia o la vecchiaia, la disabilità o l'appartenenza a una minoranza, aumenta ulteriormente il rischio di disuguaglianze sanitarie e che, viceversa, cattive condizioni di salute possono portare alla povertà e/o all'esclusione sociale,
- AB. considerando che i primi anni di vita producono effetti permanenti su numerosi aspetti della salute e del benessere, a partire dall'obesità, le malattie cardiache, la salute mentale, fino all'istruzione, il successo professionale, la condizione economica e la qualità della vita,
- AC. considerando che le disuguaglianze sanitarie presentano implicazioni economiche significative per l'UE e gli Stati membri; che le perdite correlate a tali disuguaglianze hanno un costo che, secondo le stime, è pari circa all'1,4% del PIL,
- AD. considerando che in numerosi Stati dell'UE non è garantita, né nella pratica né nella normativa, la parità di accesso all'assistenza sanitaria per i migranti sprovvisti di documenti,
- AE. considerando che negli Stati membri si verificano tuttora casi di persone appartenenti a vari gruppi sociali (ad esempio le persone con disabilità) che incontrano ostacoli all'ammissione su base paritaria alle strutture sanitarie, il che limita il loro accesso ai servizi in questione,
- AF. considerando che, stante l'invecchiamento delle popolazioni, gli Stati membri devono affrontare problemi di dipendenza e di crescente fabbisogno di assistenza e cure geriatriche; che è quindi necessario modificare l'approccio all'organizzazione dell'assistenza sanitaria; che le disparità legate all'accesso all'assistenza sanitaria per gli anziani sono in aumento,
1. valuta positivamente i suggerimenti formulati dalla Commissione nella comunicazione dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE", ovvero: 1) far rientrare una distribuzione più equa della salute tra i nostri obiettivi generali di sviluppo sociale ed economico; 2) migliorare la base di conoscenze e di dati, come pure i meccanismi per misurare, controllare, valutare e comunicare le informazioni; 3) accrescere l'impegno della società per la riduzione delle disuguaglianze in materia di salute; 4) soddisfare i bisogni dei gruppi vulnerabili e 5) sviluppare il contributo delle politiche dell'UE alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie;
 2. sottolinea l'importanza di assicurare che i servizi sanitari siano forniti in maniera coerente con i diritti fondamentali; segnala la necessità di mantenere e migliorare l'accesso universale ai sistemi di assistenza sanitaria e a cure accessibili sotto il profilo economico;
 3. segnala l'importanza di migliorare l'accesso alla prevenzione delle malattie, alla promozione della salute e ai servizi sanitari primari e specialistici, come pure di ridurre le disuguaglianze fra i vari gruppi sociali e di età, e sottolinea che questi obiettivi potrebbero essere conseguiti ottimizzando la spesa pubblica destinata all'assistenza sanitaria preventiva e curativa e ai programmi concepiti espressamente per i gruppi vulnerabili;
 4. invita la Commissione e gli Stati membri a proseguire con solerzia gli sforzi per risolvere

le disuguaglianze socioeconomiche, il che permetterebbe in prospettiva di risolvere alcune delle disuguaglianze in materia di assistenza sanitaria; invita inoltre la Commissione e gli Stati membri, sulla base dei valori universali della dignità umana, della libertà, dell'uguaglianza e della solidarietà, a concentrarsi sulle esigenze dei gruppi vulnerabili, tra cui i migranti svantaggiati, le persone appartenenti a minoranze etniche, i bambini e gli adolescenti, le persone con disabilità – prestando particolare attenzione all'infermità mentale –, i pazienti cui sono state diagnosticate malattie o patologie croniche, gli anziani, quanti vivono in povertà e quanti sono affetti da alcoolismo e da tossicodipendenza;

5. invita gli Stati membri ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario; invita altresì gli Stati membri a valutare la fattibilità di soluzioni volte a sostenere l'assistenza sanitaria per i migranti irregolari, elaborando sulla base di principi comuni una definizione degli elementi di base dell'assistenza sanitaria quale definita nelle relative normative nazionali;
6. invita gli Stati membri a considerare le specifiche esigenze di tutela della salute delle donne immigrate, con particolare riferimento alla garanzia dell'offerta, da parte delle strutture sanitarie, degli opportuni servizi di mediazione linguistica; segnala che in tali strutture devono essere svolte iniziative di formazione che consentano a medici e altri operatori di adottare un approccio interculturale, basato sul riconoscimento e sul rispetto della diversità e delle sensibilità di persone provenienti da regioni geografiche differenti; osserva che vanno inoltre privilegiate le misure e le campagne di informazione contro la mutilazione genitale femminile, prevedendo rigorose sanzioni nei confronti di quanti la praticano;
7. invita l'Unione europea e gli Stati membri a trovare rapidamente soluzioni per lottare contro le discriminazioni su base etnica, particolarmente in taluni Stati membri in cui la direttiva 2000/43/CE del Consiglio non è applicata e in cui le donne appartenenti a minoranze etniche dispongono di una protezione sociale scarsa, se non nulla, o di un accesso ai servizi sanitari molto limitato, se non inesistente;
8. invita gli Stati membri a promuovere l'accesso a informazioni e consulenze legali di elevata qualità, di concerto con le organizzazioni della società civile, onde aiutare i semplici e comuni cittadini, compresi i migranti sprovvisti di documenti, a conoscere meglio i propri diritti individuali;
9. sottolinea che la crisi economica e finanziaria e le misure di austerità adottate dagli Stati membri, in particolare sotto il profilo dell'offerta, possono portare a una riduzione del livello di finanziamento destinato alla sanità pubblica, alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e all'assistenza a lungo termine, a seguito di tagli di bilancio e di riduzioni del gettito fiscale, mentre la richiesta di servizi sanitari e di assistenza a lungo termine può aumentare come risultato di una combinazione di fattori che concorrono al deterioramento dello stato di salute della popolazione in generale;
10. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea rappresentano un onere sostanziale per gli Stati membri e per i loro sistemi sanitari e che il buon funzionamento del mercato interno, come pure politiche pubbliche forti e possibilmente coordinate in materia di prevenzione, possono contribuire ad apportare miglioramenti in quest'ambito;

11. sottolinea che la lotta a fattori socioeconomici quali l'obesità e il fumo, l'accessibilità dei sistemi sanitari (minacciata dal mancato rimborso delle spese afferenti a cure e medicinali, dall'inadeguatezza della prevenzione e dalla frammentazione della demografia medica) e l'efficacia della diagnosi devono essere considerate aspetti chiave delle misure volte a contrastare le disuguaglianze sanitarie e che inoltre l'accessibilità, anche dal punto di vista economico, dei trattamenti farmaceutici deve anch'essa essere considerata un aspetto essenziale della salute delle singole persone; invita pertanto gli Stati membri a garantire che la direttiva riguardante la trasparenza (89/105/CEE) sia attuata correttamente e che venga dato un seguito adeguato alle conclusioni della comunicazione della Commissione del 2008 in merito all'indagine nel settore farmaceutico;
12. sottolinea che l'assistenza sanitaria non è e non dovrebbe essere considerata come un bene o un servizio generale;
13. invita il Consiglio e gli Stati membri a valutare ed attuare nuove misure che consentano di migliorare l'efficacia della spesa pubblica destinata al settore sanitario, in particolare investendo nella prevenzione sanitaria in modo da ridurre i costi a lungo termine e gli oneri sociali futuri, e di ristrutturare i sistemi di assistenza sanitaria onde offrire un accesso paritario a un'assistenza sanitaria di qualità elevata (con particolare riferimento alle prestazioni di base) e priva di discriminazioni in tutta l'UE; incoraggia la Commissione a studiare l'utilizzo dei Fondi europei esistenti per favorire ulteriormente gli investimenti in infrastrutture sanitarie, ricerca e formazione e per promuovere e potenziare la prevenzione delle malattie;
14. invita la Commissione e gli Stati membri a provvedere a che la parità di accesso all'assistenza sanitaria e le opzioni terapeutiche per i pazienti più anziani trovino spazio nelle politiche e nei programmi in ambito sanitario e a fare dell'accesso adeguato ad assistenza e terapie sanitarie per gli anziani la priorità dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale nel 2012; invita gli Stati membri a promuovere iniziative volte ad affrontare l'isolamento sociale dei pazienti anziani, considerando l'effetto significativo che esso produce sulla salute e lungo termine dei pazienti; sottolinea la necessità che l'Unione europea e i suoi Stati membri prevedano, attraverso un'adeguata strategia a lungo termine, l'impatto sociale ed economico dell'invecchiamento della popolazione europea, onde garantire la sostenibilità finanziaria e organizzativa dei sistemi di assistenza sanitaria, nonché un'erogazione uniforme e continuativa dei servizi di assistenza ai pazienti;
15. invita gli Stati membri a migliorare le proprie capacità di monitorare attentamente, a livello nazionale, regionale e locale, le ripercussioni sanitarie e sociali della crisi;
16. invita la Commissione a promuovere la condivisione delle esperienze in materia di educazione sanitaria, promozione di uno stile di vita sano, prevenzione, diagnosi precoce e terapie adeguate, con particolare riferimento al consumo di alcolici e tabacco, all'alimentazione e all'obesità nonché al consumo di stupefacenti; invita gli Stati membri a promuovere l'attività fisica, la buona alimentazione e i programmi a favore della salute nelle scuole mirati ai bambini, in particolare nelle zone più svantaggiate, nonché a migliorare il livello dell'istruzione personale, sociale e sanitaria allo scopo di incoraggiare un comportamento più sano e improntato a uno stile di vita positivo;

17. incoraggia tutti gli Stati membri a investire nelle infrastrutture dei servizi sociali, educativi, ambientali e sanitari, in linea con il principio della "salute in tutte le politiche", e a coordinare nel contempo azioni concernenti le qualifiche, la formazione e la mobilità dei professionisti del settore sanitario, garantendo così la capacità e la sostenibilità delle infrastrutture sanitarie e del relativo personale sia a livello dell'UE che a livello nazionale;
18. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie nell'Unione non potranno essere superate senza una strategia comune e globale per gli operatori sanitari europei, ivi comprese politiche coordinate per la gestione delle risorse, l'istruzione e la formazione, norme minime in materia di qualità e sicurezza e registrazione dei professionisti;
19. invita gli Stati membri a garantire che le informazioni riguardanti salute, stili di vita sani, assistenza sanitaria, opportunità di prevenzione, diagnosi precoce delle malattie e terapie adeguate siano disponibili in forme e lingue comprensibili a tutti mediante il ricorso alle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, con particolare riferimento ai servizi sanitari online;
20. invita gli Stati membri a promuovere l'introduzione delle tecnologie relative alla telemedicina, che possono ridurre in modo significativo le disparità geografiche relative all'accesso a taluni tipi di assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle cure specialistiche, in particolare nelle regioni di frontiera;
21. invita gli Stati membri a promuovere politiche pubbliche volte a garantire condizioni di vita sane per tutti i neonati, i bambini e gli adolescenti, comprese le cure preconcezionali, l'assistenza alla maternità e le misure di sostegno per i genitori e, più in particolare, per le donne in gravidanza e che allattano al seno, onde garantire una buona salute a tutti i neonati sin dai primi istanti di vita ed evitare disuguaglianze sanitarie nelle fasi successive, riconoscendo così l'importanza di investire nello sviluppo della prima infanzia e in approcci che tengano conto di tutte le fasi della vita;
22. invita gli Stati membri a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano;
23. ricorda l'impegno assunto dall'UE, ai sensi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, di garantire ai disabili il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità; insiste sul fatto che l'inclusione della disabilità in tutti gli indicatori relativi alla misurazione della salute è un passo fondamentale per il rispetto di tale impegno;
24. invita l'UE e gli Stati membri a includere lo stato di salute delle donne e la questione dell'invecchiamento delle donne quali fattori di integrazione della dimensione di genere, nonché ad applicare il gender budgeting alle politiche, ai programmi e alle ricerche attinenti alla salute, dalla fase di sviluppo e progettazione fino alla valutazione d'impatto; chiede che i programmi quadro di ricerca finanziati dall'UE e le agenzie pubbliche di finanziamento inseriscano nelle relative politiche una valutazione d'impatto sulla dimensione di genere e prevedano la compilazione e l'analisi di dati specifici legati al genere e all'età nell'ottica di individuare le principali differenze tra donne e uomini in relazione alla salute, al fine di sostenere un cambiamento di strategia nonché introdurre e

confrontare strumenti epidemiologici per analizzare le cause del divario dell'aspettativa di vita tra uomini e donne;

25. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano garantire alle donne un accesso agevole ai metodi contraccettivi nonché il diritto all'aborto sicuro;
26. chiede alla Commissione di fornire agli Stati membri esempi di buone e di migliori prassi al fine di incoraggiare una maggiore uniformità di accesso alle cure per la fertilità;
27. sollecita l'UE e gli Stati membri a concentrarsi sui diritti umani delle donne, in particolare mediante la prevenzione e il divieto della sterilizzazione forzata delle donne e delle mutilazioni genitali femminili e il perseguimento penale dei colpevoli di tali pratiche;
28. invita l'UE e gli Stati membri a riconoscere la violenza maschile contro le donne alla stregua di una questione di sanità pubblica, a prescindere dalla forma che essa assume;
29. invita l'UE e gli Stati membri a adottare le necessarie misure, in relazione all'accesso alle tecnologie di riproduzione assistita, onde eliminare le discriminazioni nei confronti delle donne in base a fattori quali lo stato civile, l'età, l'orientamento sessuale o l'origine etnica o culturale;
30. invita gli Stati membri a seguire l'esempio dell'Organizzazione mondiale della sanità riconoscendo che l'obesità è una malattia cronica, consentendo così l'accesso delle persone obese che necessitano di cure mediche a programmi di prevenzione dell'obesità e a terapie di comprovata efficacia, anche allo scopo di prevenire l'insorgenza di ulteriori patologie;
31. chiede all'UE e agli Stati membri di integrare la dimensione di genere nella lotta contro il tabagismo, come raccomandato dalla convenzione quadro dell'OMS per la lotta contro il tabagismo, e di introdurre campagne antifumo concepite espressamente per le donne e le giovani;
32. invita gli Stati membri a incoraggiare e sostenere la ricerca medica e farmaceutica nel settore delle patologie che colpiscono maggiormente le donne in tutte le fasi della loro vita e non soltanto durante l'età riproduttiva;
33. invita gli Stati membri a risolvere i problemi di disparità di accesso all'assistenza sanitaria che hanno ripercussioni sulla vita quotidiana delle persone, ad esempio nell'ambito delle cure dentistiche e oftalmologiche;
34. propone che l'Unione europea e gli Stati membri introducano politiche coerenti e azioni di solidarietà nei confronti delle donne che non lavorano o che sono occupate in settori che non prevedono un'assicurazione sanitaria personale, individuando soluzioni per fornire loro un'assicurazione;
35. esorta la Commissione, nel quadro della sua collaborazione con le autorità competenti degli Stati membri, a promuovere le migliori prassi in materia di prezzi e di rimborso del costo dei farmaci, che comprendano modelli praticabili per la differenziazione dei prezzi dei farmaci atti a ottimizzarne l'accessibilità economica e a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle medicine;

36. rammenta che l'adozione di un brevetto europeo, con un regime linguistico adeguato e un sistema unificato di composizione delle controversie, è fondamentale per il rilancio dell'economia europea;
37. prende atto che il lavoro già svolto in seno alla commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori, per quanto concerne, tra l'altro, la sicurezza dei prodotti e la pubblicità, ha contribuito ad affrontare determinati aspetti delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea e sottolinea, a tale proposito, l'importanza di un controllo accurato delle informazioni che le imprese farmaceutiche forniscono ai pazienti, in particolare alle categorie più vulnerabili e meno informate, e la necessità di un sistema efficace e indipendente di farmacovigilanza;
38. invita gli Stati membri ad adattare i loro sistemi sanitari alle esigenze delle categorie più svantaggiate elaborando metodi per la definizione delle tariffe dei professionisti del settore che garantiscano l'accesso alle cure per tutti i pazienti;
39. esorta la Commissione ad adoperarsi con ogni mezzo e con urgenza per incoraggiare gli Stati membri a prevedere il rimborso dei pazienti e a fare tutto il necessario per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle terapie per il trattamento di patologie o malattie quali l'osteoporosi post-menopausale e il morbo di Alzheimer, che non sono rimborsabili in taluni Stati membri;
40. sottolinea che, oltre ai governi nazionali, le autorità regionali svolgono in molti paesi un ruolo importante nella salute pubblica e nella relativa promozione, nella prevenzione delle malattie e nella fornitura di servizi sanitari e devono quindi essere attivamente coinvolte; rileva che le autorità regionali e locali e gli altri soggetti interessati possono a loro volta dare un contributo essenziale, anche all'interno dei luoghi di lavoro e delle scuole, con particolare riferimento all'educazione sanitaria, alla promozione di stili di vita sani, a un'efficace prevenzione nonché a controlli e diagnosi precoci delle malattie;
41. invita gli Stati membri a sostenere un approccio basato sull'assistenza locale e a fornire un'assistenza sanitaria integrata e accessibile a livello locale o regionale, che consenta ai pazienti di ricevere un sostegno migliore nel proprio ambiente locale e sociale;
42. incoraggia tutti gli Stati membri a riesaminare le politiche relative a questioni che hanno un impatto rilevante sulle disuguaglianze sanitarie, quali il fumo, l'alcool, i prodotti alimentari e i farmaci, nonché la sanità pubblica e la prestazione di servizi di assistenza sanitaria;
43. incoraggia gli Stati membri a sviluppare partenariati nelle regioni di confine, al fine di condividere i costi relativi alle infrastrutture e al personale e ridurre le disuguaglianze in materia di salute, con particolare riferimento all'accesso alle attrezzature di punta;
44. chiede alla Commissione di studiare le conseguenze, per il mercato interno, delle decisioni basate su valutazioni nazionali e regionali dell'efficacia dei farmaci e dei dispositivi medici, anche in termini di accesso del paziente e innovazione in nuovi prodotti e pratiche mediche, che sono alcuni dei principali elementi che determinano l'uguaglianza sanitaria;
45. ritiene che l'attuazione della direttiva sui diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria

transfrontaliera (2008/0142 (COD)) dovrebbe essere seguita da valutazioni d'impatto al fine di misurarne quanto più accuratamente possibile l'efficacia nella lotta contro le disuguaglianze sanitarie e al fine di garantire che mantenga un livello adeguato di protezione pubblica e di salvaguardia della sicurezza dei pazienti, soprattutto in termini di ripartizione geografica delle risorse mediche, sia umane che materiali;

46. rileva che un servizio sanitario transfrontaliero efficiente e di elevata qualità necessita di una maggiore trasparenza delle informazioni destinate al pubblico, ai pazienti, alle autorità di regolamentazione e agli operatori sanitari su una vasta gamma di questioni, tra cui i diritti del paziente, l'accesso ai mezzi di ricorso e la regolamentazione relativa ai professionisti del settore sanitario;
47. deplora il fatto che la direttiva relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera non sia stata accompagnata da una proposta legislativa sulla mobilità dei professionisti del settore sanitario, tenendo conto del rischio di una "fuga di cervelli" in seno all'UE che accrescerebbe pericolosamente le disuguaglianze geografiche in taluni Stati membri, e invita la Commissione a porre rimedio a tale carenza, possibilmente nel quadro della futura revisione della direttiva concernente il riconoscimento delle qualifiche professionali (2005/36/CE);
48. esorta gli Stati membri a dare piena attuazione alla direttiva concernente il riconoscimento delle qualifiche professionali (2005/36/CE); incoraggia la Commissione ad affrontare nella sua valutazione e revisione della direttiva, in riferimento alla complessità delle qualifiche mediche, alcune delle lacune normative che possono esporre i pazienti a rischi, rendendoli vulnerabili e compromettendone il diritto a un trattamento sicuro; invita inoltre la Commissione a valutare l'opportunità di rendere obbligatoria per le autorità competenti la registrazione nel sistema d'informazione del mercato interno e di ampliare la possibilità, per le autorità competenti, di condividere in modo proattivo le informazioni disciplinari sui professionisti della salute, attraverso la creazione di un meccanismo adeguato di allerta;
49. esorta la Commissione a orientarsi, nella sua prossima proposta legislativa in materia di qualifiche professionali, verso un meccanismo rafforzato per il riconoscimento delle qualifiche negli Stati membri;
50. segnala che un aumento dell'innovazione spesso conduce a una maggiore accessibilità delle terapie, fattore di particolare rilevanza per le comunità isolate o rurali;
51. invita la Commissione a promuovere, di concerto con gli Stati membri, lo sviluppo dei servizi di telemedicina quale mezzo per ridurre le disparità geografiche nelle prestazioni sanitarie a livello sia regionale che locale;
52. invita il Consiglio e la Commissione a dare maggior riconoscimento, nell'ambito della strategia Europa 2020, al fatto che la salute e il benessere fisici e mentali sono fattori essenziali per la lotta all'esclusione e a includere nelle procedure di monitoraggio di tale strategia indicatori comparativi stratificati in funzione dello status socioeconomico e dello stato di salute pubblica, nonché a tenere conto delle discriminazioni basate sull'età, con particolare riferimento alle sperimentazioni cliniche finalizzate a identificare le terapie più idonee alle esigenze delle persone anziane;

53. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano sostenere la società civile e le organizzazioni delle donne che promuovono i diritti umani delle donne, compresi i loro diritti sessuali e riproduttivi, il diritto a uno stile di vita sano e il diritto al lavoro, al fine di garantire che le donne abbiano voce in capitolo nelle questioni inerenti alle politiche sanitarie nazionali ed europee;
54. esorta tutti gli Stati membri a promuovere e a sviluppare le capacità, come pure la cooperazione e gli scambi internazionali, fra tutti i soggetti interessati a livello multisettoriale nella formulazione e attuazione delle politiche di riduzione delle disuguaglianze sanitarie;
55. invita gli Stati membri a sostenere e attuare un metodo coordinato nella definizione delle politiche a livello locale, regionale e nazionale, adoperandosi in tal modo per applicare un approccio basato sulla "salute in tutte le politiche";
56. invita la Commissione e gli Stati membri a elaborare un insieme comune di indicatori per il controllo delle disuguaglianze sanitarie in base all'età, al sesso, allo status socioeconomico e all'ubicazione geografica nonché dei rischi derivanti dall'alcoolismo e dalla tossicodipendenza, e a stabilire una metodologia per la verifica della situazione sanitaria degli Stati membri, al fine di identificare e attribuire priorità ai settori da migliorare e alle migliori prassi;
57. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie sono radicate nelle disparità sociali in termini di condizioni di vita e modelli di comportamento sociale legati a genere, razza, livelli di istruzione, occupazione e iniqua distribuzione non solo del reddito, ma anche dei servizi di assistenza medica, prevenzione delle malattie e promozione della salute;
58. sottolinea che dietro al problema delle disuguaglianze sanitarie emergono i rischi per la salute a cui sono esposti i membri delle categorie sociali svantaggiate (più povere), tenendo presente che tali rischi sono aggravati dalla combinazione di povertà e altri fattori di vulnerabilità;
59. invita la Commissione a garantire che il compito di ridurre le disuguaglianze sanitarie e quello di migliorare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria fisica e mentale siano pienamente affrontati e integrati nel quadro delle sue attuali iniziative – quali il partenariato per un invecchiamento attivo e in buona salute e la piattaforma dell'UE contro la povertà e l'esclusione sociale – come pure delle future iniziative concernenti lo sviluppo nella prima infanzia e delle politiche giovanili incentrate sull'istruzione, la formazione e l'occupazione;
60. chiede un migliore coordinamento fra le agenzie dell'UE che hanno un ruolo rilevante da svolgere nella lotta alle disuguaglianze sanitarie, in particolare fra la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro;
61. invita la Commissione ad assistere gli Stati membri affinché utilizzino meglio il metodo aperto di coordinamento, onde sostenere i progetti destinati ad affrontare i fattori che stanno alla base delle disuguaglianze sanitarie;

62. invita la Commissione a sviluppare sistemi per far sì che tutti i soggetti interessati a livello europeo partecipino attivamente all'impegno per promuovere l'adozione e la divulgazione di buone prassi nella sfera della sanità pubblica;
63. richiama l'attenzione sulla particolare importanza, fra i vari determinanti della salute, di una dieta variata e di alta qualità ed esorta pertanto, a tal proposito, la Commissione a fare più ampio uso degli efficaci programmi avviati nell'ambito della PAC (distribuzione gratuita di latte e frutta nelle scuole e di prodotti alimentari ai gruppi meno favoriti);
64. invita gli Stati membri a istituire una rete di servizi sociosanitari e di consulenza specifici, con l'ausilio di linee telefoniche dedicate, per le donne, le coppie e le famiglie, allo scopo di prevenire le violenze domestiche e fornire sostegno e aiuto in modo qualificato e professionale a quanti ne hanno bisogno, in collaborazione con gli altri organi del settore;
65. invita la Commissione ad assistere gli Stati membri affinché utilizzino meglio la politica di coesione dell'UE e i Fondi strutturali per sostenere i progetti che contribuiscono a trattare i determinanti sociali della salute e a ridurre le disuguaglianze sanitarie; invita inoltre la Commissione ad aiutare gli Stati membri a utilizzare meglio il programma Progress;
66. esorta gli Stati membri a porre fine agli attuali tagli alla spesa pubblica per i servizi sanitari, i quali svolgono un ruolo cruciale nel fornire un elevato livello di protezione della salute a donne e uomini;
67. invita la Commissione a integrare nell'elaborazione di tutte le politiche interne ed esterne dell'Unione un approccio basato sui determinanti economici e ambientali della salute e sul principio di "equità e salute in tutte le politiche", specialmente nell'ottica di conseguire gli obiettivi di sviluppo del millennio, in particolare quello della buona salute materna;
68. esorta tutti gli Stati membri a riconoscere l'importanza della salute per la società e ad andare oltre un approccio basato sul PIL in sede di misurazione dello sviluppo delle società, delle comunità e dei singoli;
69. invita il Consiglio a promuovere gli sforzi tesi a contrastare le disuguaglianze sanitarie come priorità politica in tutti gli Stati membri, tenendo conto dei determinanti sociali della salute e dei fattori di rischio connessi allo stile di vita quali l'alcool, il tabacco e l'alimentazione, mediante interventi in settori quali la politica dei consumatori, l'occupazione, gli alloggi, la politica sociale, l'ambiente, il settore agroalimentare, l'istruzione, le condizioni di vita e di lavoro e la ricerca, attenendosi al principio della "salute in tutte le politiche";
70. invita la Commissione a sostenere le azioni finanziate nel quadro dei piani d'azione attuali e futuri in materia di salute pubblica al fine di trattare i determinanti sociali della salute;
71. invita la Commissione a elaborare orientamenti volti a perfezionare i meccanismi di controllo delle disuguaglianze in materia di salute in tutta l'Unione europea (tra gli Stati membri e al loro interno), potenziando la raccolta dei dati mediante la compilazione di informazioni più sistematiche e più comparabili a integrazione dei dati esistenti sulle disuguaglianze sanitarie e mediante una costante attività di monitoraggio e analisi;

72. chiede alla Commissione di valutare la possibilità di elaborare una proposta di raccomandazione del Consiglio, o un'altra adeguata iniziativa a livello dell'UE, volta a promuovere e a sostenere lo sviluppo, da parte degli Stati membri, di strategie nazionali o regionali integrate tese a ridurre le disuguaglianze sanitarie;
73. invita la Commissione a valutare, nelle relazioni sui progressi compiuti, l'efficacia delle misure volte a ridurre le disuguaglianze sanitarie, come pure i miglioramenti in materia di salute derivanti dalle politiche relative ai determinanti sociali, economici e ambientali della salute;
74. invita la Commissione ad applicare l'approccio basato sulla "salute in tutte le politiche" nella definizione delle politiche a livello dell'UE e a svolgere valutazioni d'impatto efficaci che tengano conto dei risultati in termini di equità sanitaria;
75. sostiene che mercati aperti, competitivi e correttamente funzionanti possono stimolare l'innovazione, gli investimenti e la ricerca nel settore sanitario e riconosce che a ciò deve accompagnarsi un forte sostegno finanziario della ricerca pubblica al fine di continuare a sviluppare modelli sanitari sostenibili ed efficaci e di promuovere lo sviluppo di nuove tecnologie e le relative applicazioni nel settore in questione (ad esempio la telemedicina), nonché una metodologia comune per la valutazione della tecnologia sanitaria – elementi che nella loro totalità dovrebbero avvantaggiare ogni individuo, anche quelli di estrazione socioeconomica più bassa –, tenendo anche conto dell'invecchiamento della popolazione;
76. invita la Commissione e gli Stati membri a sostenere i programmi pubblici di informazione e di sensibilizzazione e a intensificare il dialogo con la società civile, le parti sociali e le ONG operanti nel settore dei servizi medico-sanitari;
77. reputa essenziale aumentare il numero di donne che partecipano allo sviluppo delle politiche sanitarie, alla pianificazione dei programmi e alla fornitura di servizi di assistenza sanitaria;
78. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

MOTIVAZIONE

In termini generali, la salute e la speranza di vita sono tuttora legate al contesto sociale e alla povertà infantile. Malgrado i miglioramenti conseguiti, il divario di risultati in termini di salute tra i livelli più alti e quelli più bassi della scala sociale rimane ampio e in alcuni settori continua ad aumentare.

Esistono tuttora disuguaglianze notevoli tra paesi e tra regioni; per esempio, la speranza di vita alla nascita per gli uomini registrava, nel 2007, una differenza di 14,2 anni tra gli Stati membri dell'Unione, mentre per le donne tale variazione era di 8,3 anni (Eurostat, 2010).

I dati relativi alla speranza di vita per le persone di 65 anni nell'UE-27 indicano che nel 2006 l'uomo medio poteva aspettarsi di vivere altri 16,8 anni, mentre per le donne la cifra corrispondente era di 20,4 anni. Nel 2007 la speranza di vita per gli uomini di 65 anni registrava una variazione di 5,6 anni tra gli Stati membri, da un massimo di 18,4 anni in Francia a un minimo di 12,8 anni in Lettonia. La variazione era per le donne leggermente più ampia, arrivando a 6,6 anni, dai 23 della Francia ai 16,4 della Bulgaria (Eurostat, 2010).

Le disuguaglianze in materia di salute costituiscono un problema che va affrontato. Esse si presentano in tenera età e persistono anche oltre la vecchiaia, trasmettendosi alle generazioni successive.

Le disuguaglianze subite nei primi anni di vita per quanto riguarda l'accesso all'istruzione, all'occupazione e all'assistenza sanitaria, così come quelle basate sul sesso e sul contesto culturale, possono avere un'influenza fondamentale sulla salute delle persone lungo tutto l'arco della vita. La combinazione tra la povertà e altri fattori che rendono una persona vulnerabile, come l'infanzia o la vecchiaia, la disabilità o l'appartenenza a una minoranza, aumenta ulteriormente i rischi per la salute e, viceversa, cattive condizioni di salute possono portare alla povertà e/o all'esclusione sociale.

Le ragioni di queste differenze in materia di salute sono, in molti casi, evitabili e ingiuste, poiché derivanti da differenze in termini di opportunità, accesso ai servizi e risorse materiali, come pure da diverse scelte di vita operate dai singoli.

Le disuguaglianze sanitarie hanno origine dalle differenze tra i gruppi di popolazione rispetto a un'ampia gamma di fattori che influenzano la salute, segnatamente: le condizioni di vita, i comportamenti che influenzano la salute, l'istruzione, la professione e il reddito, i servizi di assistenza sanitaria, di prevenzione delle malattie e promozione della salute nonché le politiche pubbliche che influiscono sulla quantità, sulla qualità e sulla distribuzione di questi fattori. È sempre più riconosciuto il collegamento tra i determinanti sociali e le disuguaglianze in materia di salute, il che significa che si comincia a considerare sempre più diffusamente i problemi sociali come aspetti collegati a problemi di salute, che richiedono una risposta integrata.

Occorre una visione politica innovativa per affrontare le disuguaglianze in termini di salute, specialmente per le persone appartenenti ai gruppi socioeconomici più svantaggiati.

Le conseguenze sociali dell'attuale crisi economica e finanziaria si sono ormai manifestate. Il numero delle persone senza un lavoro è aumentato di 5 milioni dall'inizio della crisi. Molti nuclei familiari hanno visto il loro reddito crollare, molti si trovano ora più esposti alla povertà e all'eccessivo indebitamento e alcuni hanno perso la casa. I lavoratori con contratti a breve termine sono stati tra i primi a essere colpiti dalla recessione. I migranti, i lavoratori giovani e quelli più anziani, più suscettibili di trovarsi in una posizione precaria, hanno subito particolarmente le conseguenze della crisi, ma anche lavoratori appartenenti a categorie sinora relativamente ben tutelate si sono ritrovati senza lavoro.

La crisi ha avuto conseguenze gravi sul settore sanitario in numerosi Stati membri dell'Unione europea, sia in termini di offerta che di domanda. Dal punto di vista dell'offerta, la crisi economica e finanziaria ha determinato una riduzione del livello di finanziamento dei servizi sanitari e di assistenza a lungo termine, a seguito di tagli di bilancio e di riduzioni del gettito fiscale, mentre la richiesta di servizi sanitari e di assistenza a lungo termine è aumentata a seguito di una combinazione di fattori che contribuiscono al deterioramento dello stato sanitario della popolazione in generale. Numerosi Stati membri hanno inserito nei rispettivi piani di ripresa misure destinate a mitigare l'impatto della crisi economica in campo sanitario, tramite investimenti nell'infrastruttura sanitaria e finanziamenti supplementari al settore sanitario, nonché mediante una ristrutturazione e riorganizzazione del sistema sanitario. Gli interventi per contrastare le disuguaglianze sanitarie, tuttavia, variano ampiamente da Stato membro a Stato membro.

La questione dell'accesso è fondamentale per tutti i servizi pubblici. Un migliore accesso a informazioni e consulenze legali di buona qualità aiuta i cittadini ad approfondire la conoscenza dei propri diritti individuali. La raccolta e la condivisione di dati riguardanti strategie, politiche e interventi efficaci aiuteranno a ottenere il sostegno da parte dei governi e di altri settori. È essenziale che la riduzione delle disuguaglianze sanitarie sia considerata una priorità fondamentale a tutti i livelli del processo decisionale, perseguendo così un approccio basato sulla "salute in tutte le politiche" e garantendo valutazioni d'impatto efficaci che tengano conto dei risultati ottenuti in termini di uguaglianza in ambito sanitario.

11.1.2011

PARERE DELLA COMMISSIONE PER IL MERCATO INTERNO E LA PROTEZIONE DEI CONSUMATORI

destinato alla commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare

sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea
(2010/2089(INI))

Relatore per parere: Emma McClarkin

SUGGERIMENTI

La commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori invita la commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare, competente per il merito, a includere nella proposta di risoluzione che approverà i seguenti suggerimenti:

1. evidenzia la necessità di un approccio coordinato in svariati ambiti politici per affrontare le cause socioeconomiche ambientali e geografiche che sono alla base delle disuguaglianze sanitarie; sottolinea inoltre che una mancanza di istruzione può essere una causa importante delle disuguaglianze sanitarie;
2. sottolinea che sussistono disuguaglianze sanitarie sia tra gli Stati membri sia al loro interno;
3. riconosce che l'impatto più marcato delle disuguaglianze sanitarie, soprattutto quelle che incidono sulla speranza di vita, si registra tra i gruppi socio-economici più svantaggiati;
4. sottolinea l'esistenza di una discriminazione degli anziani nell'accesso alle cure; invita la Commissione e gli Stati membri ad esaminarne i motivi e a prendere tutte le misure possibili per combattere tali discriminazioni; invita la Commissione e gli Stati membri a fare della solidarietà tra generazioni e dell'accesso alle cure per gli anziani una priorità per l'Anno europeo dell'invecchiamento attivo (2012) e a garantire che i servizi locali, sociali e sanitari siano finanziati adeguatamente e sostenuti dagli Stati membri su tutto il loro territorio;
5. sottolinea la necessità di un piano concreto per combattere le disuguaglianze sanitarie

nelle zone rurali, tenendo conto delle sfide poste dal cambiamento demografico;

6. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea rappresentano un onere sostanziale per gli Stati membri e per i loro sistemi sanitari e che il buon funzionamento del mercato interno, come anche politiche pubbliche forti, e se possibile coordinate, in materia di prevenzione possono contribuire ad apportare miglioramenti in questo ambito;
7. incoraggia gli Stati membri a sviluppare partenariati nelle regioni di confine, al fine di condividere i costi relativi alle infrastrutture e al personale, limitando nel contempo le disparità territoriali in materia di salute, in particolare per la parità di accesso alle attrezzature di punta;
8. sottolinea che la lotta a fattori socio-economici quali l'obesità, il fumo, ecc. e l'accessibilità dei sistemi sanitari (minacciata dal mancato rimborso delle spese afferenti a cure e medicinali, prevenzione insufficiente, frammentazione della demografia medica) e diagnosi efficaci possono essere considerate aspetti chiave delle misure contro le disuguaglianze sanitarie e che inoltre anche l'accessibilità e la sostenibilità dei trattamenti farmaceutici devono essere considerate un aspetto chiave della salute dei singoli cittadini; pertanto invita gli Stati membri a garantire che la direttiva sulla trasparenza (89/105/CEE) sia attuata correttamente e che venga dato un seguito adeguato alle conclusioni della comunicazione della Commissione del 2008 n merito all'indagine nel settore farmaceutico;
9. sottolinea che l'assistenza sanitaria non è e non deve essere considerata come un bene o un servizio di interesse generico;
10. ritiene che gli Stati membri dovrebbero considerare le pratiche di diagnosi precoce e i programmi di cure preventive come essenziali ai fini della riduzione delle disuguaglianze sanitarie e che essi devono essere incoraggiati a sviluppare ulteriormente questi meccanismi e a assicurare che siano adeguatamente finanziati;
11. esorta la Commissione, nell'ambito della sua collaborazione con le autorità competenti degli Stati membri, a promuovere le migliori prassi in materia di prezzi e di rimborso dei farmaci, ivi compresi modelli praticabili per la differenziazione dei prezzi dei prodotti farmaceutici al fine di ottimizzare l'accessibilità economica e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai farmaci;
12. incoraggia gli Stati membri ad aumentare l'utilizzo di farmaci generici di qualità e a negoziare al meglio, se del caso in cooperazione tra gli Stati, i prezzi dei farmaci in modo da consentire alle categorie più svantaggiate di accedere a cure di qualità;
13. invita gli Stati membri ad adattare i loro sistemi sanitari alle esigenze delle categorie più svantaggiate attraverso lo sviluppo di metodi per fissare le tariffe degli operatori sanitari che garantiscano l'accesso alle cure per tutti i pazienti;
14. esorta la Commissione ad assicurare che i dati raccolti sulle disuguaglianze sanitarie siano condivisi tra gli Stati membri e a incoraggiare i soggetti interessati a livello nazionale a scambiare attivamente le tecniche finalizzate alle migliori pratiche;

15. sottolinea che la Commissione, in cooperazione con gli Stati membri, dovrebbe, per mezzo di un sistema di indicatori comparabili, basati su fattori demografici, ambientali, sociali ed economici includendo quelli già disponibili (ad esempio ECHI, OMS, OCSE), sostenere l'ulteriore sviluppo, la raccolta di dati e il monitoraggio del settore sanitario sia a livello dell'UE che nazionale, dal momento che vi sono notevoli disparità in tale settore all'interno degli Stati membri (ad esempio marcate differenze tra le città e le regioni);
16. invita la Commissione a studiare le conseguenze, per il mercato interno, delle decisioni basate su valutazioni nazionali e regionali dell'efficacia dei farmaci e dei dispositivi medici, tra cui l'accesso da parte del paziente e l'innovazione in nuovi prodotti e pratiche mediche, che sono alcuni dei principali elementi che determinano l'uguaglianza sanitaria;
17. esorta la Commissione ad adoperarsi con ogni mezzo per incoraggiare gli Stati membri a prevedere il rimborso dei pazienti e a fare il necessario per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai farmaci per il trattamento di affezioni o malattie quali l'osteoporosi postmenopausale e il morbo di Alzheimer, che non sono rimborsabili in taluni Stati membri, nonché ad agire con urgenza;
18. ritiene che l'attuazione della direttiva sui diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera (2008/0142 (COD)) dovrebbe essere seguita da valutazioni d'impatto accurate al fine di misurarne quanto più efficacemente possibile le conseguenze - benefiche o meno - per la lotta contro le disuguaglianze sanitarie e al fine di garantire che si mantenga la protezione pubblica e si salvaguardi la sicurezza dei pazienti, in particolare in termini di ripartizione geografica delle risorse mediche, sia umane che materiali;
19. rileva che un servizio sanitario transfrontaliero efficiente e di qualità richiede una maggiore trasparenza delle informazioni destinate al pubblico, ai pazienti, alle autorità di regolamentazione e agli operatori sanitari su una vasta gamma di questioni, tra cui i diritti del paziente, l'accesso ai mezzi di ricorso e la regolamentazione relativa agli operatori sanitari;
20. sostiene che politiche dei consumatori sane e integrate, che includano aspetti di sanità pubblica quali la prevenzione e la promozione di uno stile di vita sano, e siano volte a ridurre i determinanti della salute associati con il comportamento e le abitudini dei consumatori, potrebbero altresì contribuire a ridurre le disuguaglianze sanitarie;
21. sottolinea che l'esistenza di aree geografiche caratterizzate da una scarsa presenza di operatori sanitari è una delle cause delle disuguaglianze sanitarie; chiede pertanto la mobilità degli operatori sanitari all'interno dell'Unione europea in funzione delle esigenze reali della popolazione;
22. deplora che la direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera non sia accompagnata da una proposta legislativa relativa alla mobilità degli operatori sanitari, tenendo conto del rischio di una "fuga di cervelli" in seno all'UE, che accrescerebbe pericolosamente le disuguaglianze geografiche in taluni Stati membri, e invita la Commissione a porvi rimedio, possibilmente nel quadro della futura revisione della direttiva sulle qualifiche professionali (2005/36/CE);
23. esorta gli Stati membri a dare piena attuazione alla direttiva relativa al riconoscimento

delle qualifiche professionali (2005/36/CE); per quanto riguarda la complessità delle qualifiche mediche, incoraggia la Commissione ad affrontare, nella sua valutazione e revisione della direttiva, alcune delle lacune normative che possono risultare dannose per i pazienti e compromettere il diritto di questi ultimi a un trattamento sicuro; invita la Commissione a valutare in modo più approfondito l'opportunità di rendere obbligatoria la registrazione mediante il sistema d'informazione del mercato interno per le autorità competenti e di ampliare la misura in cui le autorità competenti possono condividere in modo proattivo le informazioni disciplinari sugli operatori sanitari attraverso la creazione di un meccanismo adeguato di allerta;

24. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie nell'Unione non potranno essere superate senza una strategia comune e globale per gli operatori sanitari europei, ivi comprese politiche coordinate per la gestione delle risorse, istruzione e formazione, norme minime in materia di qualità e sicurezza e registrazione dei professionisti;
25. sottolinea che le disuguaglianze sanitarie potrebbero essere in larga misura, in taluni settori, imputabili a una carenza di personale e di attrezzature mediche; invita gli Stati membri ad adottare le misure necessarie per affrontare questi problemi nonché ad assicurare che il settore della sanità sia dotato di personale e attrezzature adeguati;
26. esorta la Commissione a orientarsi, nella sua prossima proposta legislativa in materia di qualifiche professionali, verso un meccanismo rafforzato per il riconoscimento delle qualifiche negli Stati membri;
27. chiede che, nella prossima proposta legislativa in materia di distacco dei lavoratori, le procedure amministrative siano semplificate e le questioni relative alla doppia imposizione vengano risolte;
28. sostiene che mercati aperti, competitivi e ben funzionanti possono stimolare l'innovazione, gli investimenti e la ricerca nel settore sanitario, e riconosce che a ciò deve accompagnarsi un forte sostegno finanziario della ricerca pubblica al fine di sviluppare modelli sanitari sostenibili ed efficaci e di promuovere lo sviluppo di nuove tecnologie e la loro applicazione in questo settore (ad esempio la telemedicina) nonché una metodologia comune per la valutazione della tecnologia sanitaria, un insieme che dovrebbe andare a beneficio di ogni cittadino, inclusi quelli dei ceti socioeconomici più bassi, tenendo nello stesso tempo conto dell'invecchiamento della popolazione;
29. sottolinea che un aumento dell'innovazione spesso porta ad una maggiore accessibilità alle cure, il che è di particolare rilevanza per le comunità isolate o rurali;
30. rammenta che l'adozione di un brevetto europeo, con un regime linguistico adeguato e un sistema unificato di composizione delle controversie, è fondamentale per il rilancio dell'economia europea;
31. sottolinea la necessità che, oltre ai governi nazionali, anche le autorità regionali e locali e gli attori dell'economia sociale partecipino attivamente alle misure adottate in questi settori;
32. prende atto che il lavoro già svolto in seno alla commissione per il mercato interno e la

protezione dei consumatori, per quanto concerne, tra l'altro, la sicurezza dei prodotti e la pubblicità, ha contribuito ad affrontare determinati aspetti delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea, e, a tale proposito, sottolinea l'importanza di un controllo rigoroso delle informazioni che le imprese farmaceutiche forniscono ai pazienti, in particolare alle categorie più vulnerabili e meno informate, e la necessità di un sistema efficace e indipendente di farmacovigilanza;

33. invita la Commissione, insieme agli Stati membri, ad avviare campagne nelle scuole per promuovere la sanità e l'educazione alla salute, e in particolare stili di vita sani, insieme a programmi di prevenzione e di screening rivolti a categorie specifiche;
34. esorta la Commissione a garantire che la questione della riduzione delle disuguaglianze sanitarie sia pienamente integrata negli Obiettivi di sviluppo del Millennio.

ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

Approvazione	10.1.2011
Esito della votazione finale	+ : 28 - : 2 0 : 0
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Cristian Silviu Buşoi, Lara Comi, António Fernando Correia De Campos, Jürgen Creutzmann, Christian Engström, Philippe Juvin, Sandra Kalniete, Edvard Kožušník, Kurt Lechner, Hans-Peter Mayer, Mitro Repo, Robert Rochefort, Heide Rühle, Andreas Schwab, Laurence J.A.J. Stassen, Bernadette Vergnaud
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Regina Bastos, Cornelis de Jong, Frank Engel, Ashley Fox, Jean-Paul Gauzès, Liem Hoang Ngoc, María Irigoyen Pérez, Othmar Karas, Lena Kolarska-Bobińska, Constance Le Grip, Emma McClarkin, Antonyia Parvanova, Sylvana Rapti, Marek Siwiec

2.12.2010

PARERE DELLA COMMISSIONE PER I DIRITTI DELLA DONNA E L'UGUAGLIANZA DI GENERE

destinato alla commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare

sulla riduzione delle disparità a livello sanitario nell'UE
(2010/2089(INI))

Relatore per parere: Sylvie Guillaume

SUGGERIMENTI

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

- vista la sua risoluzione del 9 ottobre 2008 sul Libro bianco "Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"¹,
- visto l'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,
- vista la decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007, che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)²,
- visto l'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea concernente le politiche in materia di salute,
- vista la comunicazione della Commissione europea dal titolo "Solidarietà in materia di salute: ridurre le disparità sanitarie nell'Unione europea"³,
- visto l'articolo 23 della Carta dei diritti fondamentali relativo alla parità tra uomini e donne in tutti i campi,

¹ GU C 9 E del 15.1.2010, pag. 56.

² GU L 301 del 20.11.2007, pag. 3.

³ COM(2009)0567.

- visto l'articolo 2 del trattato sull'Unione europea,
- A. considerando le differenze biologiche, socioeconomiche e culturali tra uomini e donne e pertanto le differenze quanto alle preoccupazioni, ai bisogni e ai problemi sanitari a cui devono far fronte,
- B. considerando che le disuguaglianze sanitarie si presentano più spesso tra le persone vulnerabili che dipendono in misura particolare da un'assistenza sanitaria pubblica a costi ragionevoli e di buona qualità,
- C. considerando che le donne si ritrovano sovente in situazioni precarie connesse al loro genere, modo di vita, religione, età, stato sociale e solvibilità,
- D. considerando che disuguaglianze legate al genere e all'età nella ricerca biomedica e la sottorappresentanza delle donne nella sperimentazione clinica pregiudicano la cura dei pazienti;
- E. considerando che le donne in generale, le anziane e le giovani sono sproporzionatamente rappresentate nelle categorie più vulnerabili della società e che le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria possono aggravare ulteriormente la loro situazione di vulnerabilità e compromettere il loro stato di salute,
- F. considerando che l'incidenza del consumo di tabacco tra le donne, in particolare le giovani, sta rapidamente aumentando con effetti devastanti per il loro stato di salute futuro; e che, tra le donne, il fumo è aggravato da molteplici svantaggi,
- G. considerando che la violenza contro le donne è un fenomeno diffuso in tutti i paesi e tra tutte le classi sociali e ha un effetto drammatico sulla salute fisica ed emotiva delle donne e dei bambini,
- H. considerando che le donne vivono generalmente più a lungo degli uomini ma soffrono maggiormente di malattie croniche, disabilità e perdita di qualità della vita negli ultimi anni di vita,
- I. considerando che l'equo accesso ai servizi sanitari riduce le disuguaglianze sanitarie ed è generalmente visto come un accesso paritario alle cure per tutti, indipendentemente dal reddito,
- J. considerando che in numerosi Stati membri dell'UE¹ l'accesso paritario ai servizi sanitari non è garantito a tutti, di fatto o per legge, in particolare per gli immigrati sprovvisti di documenti,
- K. considerando che l'infertilità è una condizione medica riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità che ha una particolare incidenza sulla salute delle donne, e che l'indagine svolta nel Regno Unito dal titolo *National Awareness Survey* ha evidenziato che il 94% delle donne che soffrono di infertilità soffrono anche di forme di depressione,

¹ Medici del mondo, Osservatorio europeo dell'accesso alle cure, L'accesso degli immigrati senza documenti all'assistenza sanitaria, 2 relazioni: 2007 e 2009; HUMA, Law and practice. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries, 2009.

- L. considerando che esistono grandi disparità tra Stati membri in materia di accesso ai trattamenti per la fertilità,
1. invita l'UE e gli Stati membri a inserire lo stato di salute delle donne e la questione dell'invecchiamento (donne anziane) come fattori di integrazione della dimensione di genere nonché ad applicare il *gender budgeting* (integrazione della prospettiva di genere nel bilancio) nelle loro politiche sanitarie, nei loro programmi e nelle ricerche in questo campo, dalla fase di sviluppo e progettazione fino alla valutazione d'impatto; chiede che i programmi quadro di ricerca finanziati dall'UE e le agenzie pubbliche di finanziamento inseriscano nelle loro politiche una valutazione d'impatto sulla dimensione di genere e prevedano la raccolta e l'analisi di dati specifici legati al genere e all'età per individuare le principali differenze tra le donne e gli uomini in relazione alla salute, al fine di sostenere un cambiamento di strategia, nonché a introdurre e confrontare strumenti epidemiologici per analizzare le cause del divario dell'aspettativa di vita tra gli uomini e le donne;
 2. chiede all'UE e agli Stati membri di prestare attenzione alle donne disabili e alle donne anziane al fine di garantire il diritto all'accesso a servizi sanitari e a un'assistenza di qualità, indipendentemente dalla situazione economica personale;
 3. invita l'Unione europea e gli Stati membri a adottare strategie incentrate sulla riduzione delle disparità economiche e sociali, offrendo una più vasta gamma di servizi di qualità e accessibili, migliorando le condizioni di vita e combattendo la segregazione geografica, al fine di contribuire alla riduzione delle disparità a livello sanitario;
 4. chiede alla Commissione e agli Stati membri di rendere prioritario l'accesso adeguato all'assistenza sanitaria per le donne anziane in vista dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazione nel 2012;
 5. incoraggia l'UE e gli Stati membri a istituire un sistema di assistenza sanitaria gratuita per i bambini al di sotto dei sei anni di età, nell'ambito della politica volta a garantire l'accesso all'assistenza sanitaria per tutti;
 6. invita l'UE e gli Stati membri a mettere a punto campagne di prevenzione e sensibilizzazione rivolte alle categorie più vulnerabili della società, e sottolinea che le misure di prevenzione e i trattamenti di riabilitazione devono essere non discriminatori e completamente accessibili al fine di favorire e migliorare l'accesso, senza limiti di età, all'individuazione e alla diagnosi precoce di patologie quali le malattie cardiovascolari, il cancro al seno, al collo dell'utero e alle ovaie, l'endometriosi, le malattie della memoria, ecc.;
 7. chiede all'UE e agli Stati membri di integrare la dimensione di genere nella lotta contro il tabagismo come raccomandato dalla Convenzione quadro dell'OMS sulla lotta contro il tabagismo e di introdurre campagne contro il fumo mirate alle donne e alle giovani;
 8. invita gli Stati membri a promuovere e rafforzare gli strumenti di prevenzione delle patologie femminili, attraverso specifiche, capillari e ricorrenti campagne di informazione sulla natura e causa di tali patologie e sui rischi collegati, evidenziando la necessità di un accertamento metodico dello stato di salute e i benefici di interventi precoci;

9. invita gli Stati membri a stimolare e sostenere la ricerca medica e farmaceutica nel settore delle patologie che colpiscono maggiormente le donne in tutte le fasi della loro vita e non soltanto durante l'età riproduttiva;
10. invita gli Stati membri a risolvere i problemi di disparità di accesso all'assistenza sanitaria che hanno ripercussioni sulla vita quotidiana, ad esempio per quanto riguarda le cure dentistiche e oftalmologiche;
11. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano garantire alle donne un accesso agevole ai metodi contraccettivi nonché il diritto all'aborto sicuro;
12. chiede all'Unione europea e agli Stati membri di rendere obbligatoria la raccolta e l'analisi di dati comparabili ripartiti per sesso e di condurre studi epidemiologici e raccogliere e produrre dati esaurienti basati su indicatori comuni e rigorosamente definiti onde valutare l'impatto delle attuali politiche e programmi sanitari sulla salute delle donne;
13. chiede all'UE e agli Stati membri di promuovere la ricerca sanitaria incentrata sulla salute delle donne e sulle loro esigenze in materia di salute, sullo sviluppo delle malattie e la loro prevenzione nonché di sostenere la ricerca multidisciplinare sui fattori socioeconomici determinanti della salute delle donne durante l'intero arco della loro vita; chiede con insistenza che siano concesse risorse e si presti maggiore attenzione alle questioni della parità di genere e alle esigenze delle donne, anche adottando il genere come un criterio di finanziamento della ricerca in tutta l'UE;
14. chiede alla Commissione di fornire agli Stati membri esempi di buone e di migliori prassi al fine di incoraggiare una maggiore coerenza nell'accesso al trattamento della fertilità;
15. propone che l'Unione europea e gli Stati membri introducano politiche coerenti e azioni di solidarietà nei confronti delle donne che non lavorano o che sono occupate in settori in cui non sono coperte da un'assicurazione sanitaria personale e trovino soluzioni per fornire loro un'assicurazione;
16. esorta vivamente l'UE e gli Stati membri ad adottare un'impostazione che abbracci tutto l'arco della vita in materia di invecchiamento sano al fine di ridurre l'impatto delle malattie croniche e delle disabilità che gravano sulla qualità della vita delle donne anziane;
17. invita l'Unione europea e gli Stati membri a trovare rapidamente soluzioni per lottare contro le discriminazioni basate sull'origine etnica, segnatamente in taluni Stati membri in cui la direttiva 2000/43/CE del Consiglio che vieta questo tipo di discriminazioni non è applicata o in cui le donne di origine etnica minoritaria non hanno o fruiscono di scarsa protezione sociale e non dispongono o hanno poco accesso ai servizi sanitari;
18. invita gli Stati membri a considerare le specifiche esigenze di tutela della salute delle donne immigrate, con particolare riferimento alla garanzia dell'offerta, da parte delle strutture sanitarie, degli opportuni servizi di mediazione linguistica; in tali strutture devono essere svolte iniziative mirate di formazione, per fare adottare ai medici e agli altri operatori un approccio interculturale, basato sul riconoscimento e sul rispetto della diversità e della sensibilità delle persone tenendo conto dell'area geografica di provenienza; devono inoltre essere considerate prioritarie le misure e le campagne di

informazione contro il ricorso a pratiche di mutilazione genitale femminile, prevedendo misure fortemente repressive nei confronti di coloro che le attuano;

19. chiede agli Stati membri di adeguare i loro sistemi sanitari alle esigenze dei gruppi più sfavoriti sviluppando strutture di tariffazione e sistemi di retribuzione degli operatori sanitari che garantiscano l'accesso alle cure a tutti i pazienti;
20. invita l'Unione europea e gli Stati membri ad attuare politiche sociali volte a garantire l'accesso ai servizi sanitari minimi garantiti a tutti gli individui, senza alcuna distinzione di sesso o di etnia;
21. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano adottare misure per garantire l'accesso ai servizi sanitari a tutte le donne (ad esempio, le donne migranti, le rifugiate e le donne nelle zone rurali) indipendentemente dalla loro età o dalle loro condizioni finanziarie, sociali, linguistiche, geografiche, culturali o giuridiche; a tale proposito, invita gli Stati a provvedere a regolamentare la figura del Mediatore culturale all'interno di tutte le strutture sanitarie pubbliche;
22. invita gli Stati membri ad allestire una rete di servizi specifici sociosanitari e di consulenza, anche supportati da linee telefoniche dedicate, per le donne, le coppie, le famiglie, con lo scopo di prevenire le violenze domestiche e fornire alle persone interessate sostegno e aiuto in modo qualificato e professionale, in collaborazione con le altre istituzioni competenti;
23. ritiene necessario aumentare il numero di donne che partecipano allo sviluppo delle politiche sanitarie, alla pianificazione dei programmi e alla fornitura di servizi nel settore sanitario;
24. chiede all'UE e agli Stati membri di riconoscere la violenza contro le donne alla stregua di una questione di sanità pubblica, a prescindere dalla forma che essa assume;
25. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano garantire la salute sessuale e riproduttiva delle donne, tenere conto della mortalità materna nelle rispettive politiche e prevedere possibilità di aborto sicuro all'interno e all'esterno dell'Unione;
26. sollecita l'UE e gli Stati membri a concentrarsi sui diritti umani delle donne, in particolare nel prevenire, vietare e perseguire penalmente la sterilizzazione forzata delle donne nonché le mutilazioni genitali femminili;
27. invita l'UE e gli Stati membri ad attuare politiche atte a garantire che i più vulnerabili, e in particolare tutte le donne incinte, i bambini e gli anziani, abbiano legalmente diritto e abbiano un accesso paritario all'assistenza sanitaria;
28. invita l'UE e gli Stati membri a adottare le necessarie misure, in relazione all'accesso alle tecnologie di riproduzione assistita, onde eliminare le discriminazioni nei confronti delle donne, basate sullo stato civile, l'età e l'orientamento sessuale nonché l'origine etnica e culturale;
29. ritiene che l'UE e gli Stati membri debbano sostenere la società civile e le organizzazioni

delle donne che promuovono i diritti umani delle donne, compresi i loro diritti sessuali e riproduttivi, il diritto a uno stile di vita sano e il diritto al lavoro, e adoperarsi affinché le donne abbiano voce in capitolo nelle questioni inerenti alle politiche sanitarie nazionali ed europee;

30. esorta gli Stati membri a porre fine agli attuali tagli alla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria che svolge un ruolo cruciale nella realizzazione di un elevato livello di protezione della salute per gli uomini e le donne.

ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

Approvazione	30.11.2010
Esito della votazione finale	+ : 14 - : 6 0 : 2
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Andrea Češková, Marije Cornelissen, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Ilda Figueiredo, Iratxe García Pérez, Philippe Juvin, Astrid Lulling, Elisabeth Morin-Chartier, Siiri Oviir, Nicole Sinclair, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Eva-Britt Svensson, Marc Tarabella, Britta Thomsen, Anna Záborská
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Izaskun Bilbao Barandica, Viliija Blinkevičiūtė, Sylvie Guillaume, Norica Nicolai, Antigoni Papadopoulou, Sirpa Pietikäinen

ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

Approvazione	25.1.2011
Esito della votazione finale	+: 52 -: 1 0: 7
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	János Áder, Elena Oana Antonescu, Kriton Arsenis, Pilar Ayuso, Paolo Bartolozzi, Sandrine Bélier, Sergio Berlato, Martin Callanan, Nessa Childers, Chris Davies, Bairbre de Brún, Anne Delvaux, Bas Eickhout, Edite Estrela, Jill Evans, Elisabetta Gardini, Gerben-Jan Gerbrandy, Julie Girling, Nick Griffin, Françoise Grossetête, Cristina Gutiérrez-Cortines, Satu Hassi, Jolanta Emilia Hibner, Dan Jørgensen, Karin Kadenbach, Christa Kläß, Holger Krahmer, Jo Leinen, Corinne Lepage, Linda McAvan, Radvilė Morkūnaitė-Mikulėnienė, Vladko Todorov Panayotov, Gilles Pargneaux, Antonyia Parvanova, Andres Perello Rodriguez, Sirpa Pietikäinen, Mario Pirillo, Pavel Poc, Vittorio Prodi, Anna Rosbach, Oreste Rossi, Dagmar Roth-Behrendt, Horst Schnellhardt, Richard Seeber, Theodoros Skylakakis, Catherine Soullie, Salvatore Tatarella, Sabine Wils, Marina Yannakoudakis
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Philippe Juvin, Jiří Maštálka, Miroslav Mikolášik, Bill Newton Dunn, James Nicholson, Alojz Peterle, Michèle Rivasi, Csaba Sándor Tabajdi, Marita Ulvskog, Kathleen Van Brempt, Elżbieta Katarzyna Łukacijewska