



TESTI APPROVATI

P10_TA(2026)0305

Disuguaglianze di genere in materia di salute, con particolare riferimento alle malattie specifiche di genere

Risoluzione del Parlamento europeo del 16 settembre 2026 sulle disuguaglianze di genere in materia di salute, con particolare riferimento alle malattie specifiche di genere (2025/2074(INI))

Il Parlamento europeo,

- visti l'articolo 2 e l'articolo 3, paragrafo 3, del trattato sull'Unione europea,
- visti gli articoli 8, 9, 151, 153, 157 e 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea,
- vista la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in particolare gli articoli 21 e 35,
- vista la convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (convenzione di Istanbul),
- vista la convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'UE nel 2010,
- 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/CE¹,
- vista la direttiva (UE) 2024/1385 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 maggio 2024, sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica²,
- vista la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo europeo per la competitività ("ECF"), comprensivo del programma specifico per le attività di ricerca e innovazione nel settore della difesa, abroga i regolamenti (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783 e modifica i regolamenti (UE) 2021/696, (UE) 2023/588 e (UE) [EDIP] (COM(2025)0555), presentata dalla Commissione il 16 luglio 2025,

¹ GU L 158 del 27.5.2014, pag. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/oj>.

² GU L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>.

- vista la sua risoluzione del 17 dicembre 2025 sull'iniziativa dei cittadini europei "La mia voce, la mia scelta: per un aborto sicuro e accessibile"³,
- vista la sua risoluzione del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne⁴,
- vista la sua risoluzione del 12 febbraio 2020 su una strategia dell'UE per porre fine alle mutilazioni genitali femminili nel mondo⁵,
- vista la sua risoluzione del 29 aprile 2026 sulla situazione dei diritti fondamentali nell'Unione europea nel 2024 e nel 2025⁶,
- vista la sua interrogazione con richiesta di risposta scritta E-004697/2025 alla Commissione in merito alla raccomandazione sulle pratiche dannose,
- vista la raccomandazione del Consiglio del 21 giugno 2024 sui tumori a prevenzione vaccinale⁷,
- vista la raccomandazione del Consiglio del 9 dicembre 2022 relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori, che sostituisce la raccomandazione 2003/878/CE del Consiglio⁸,
- viste le conclusioni del Consiglio, del 3 dicembre 2024, sul rafforzamento della salute mentale di donne e ragazze attraverso la promozione della parità di genere,
- vista la comunicazione della Commissione del 5 marzo 2026 dal titolo "Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2026-2030" (COM(2026)0113),
- vista la sua risoluzione del 13 novembre 2025 sulla strategia per la parità di genere 2025⁹,
- vista la comunicazione della Commissione del 26 febbraio 2026 sull'iniziativa dei cittadini europei (ICE) "My Voice, My Choice: per un aborto sicuro e accessibile" (C(2026)3225);
- vista la comunicazione della Commissione del 16 dicembre 2025 su un piano dell'UE per la salute cardiovascolare: il piano "Cuori sicuri" (COM(2025)1024),
- vista la comunicazione della Commissione del 7 marzo 2025 dal titolo "Una tabella di marcia per i diritti delle donne" (COM(2025)0097),
- vista la comunicazione della Commissione del 3 febbraio 2021 dal titolo "Piano europeo di lotta contro il cancro" (COM(2021)0044),

³ GU C, C/2026/2155, 6.5.2026, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2026/2155/oj>.

⁴ GU C 81 del 18.2.2022, pag. 43.

⁵ GU C 294 del 23.7.2021, pag. 8.

⁶ Testi approvati, P10_TA(2026)0146.

⁷ GU C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj>.

⁸ GU C 473 del 13.12.2022, pag. 1.

⁹ Testi approvati, P10_TA(2025)0278.

- vista la comunicazione della Commissione, del 5 marzo 2020, intitolata "Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025" (COM(2020)0152),
- vista la pubblicazione della Commissione europea del maggio 2024 dal titolo "Case studies on obstetric violence – Experience, analysis and responses" (Studi di casi sulla violenza ostetrica – Esperienza, analisi e risposte)¹⁰,
- visto il mandato esplicito conferito al collegio dei commissari dal Parlamento europeo di "guidare i lavori sulle questioni relative alla salute sessuale e riproduttiva"¹¹,
- visto il parere del Comitato europeo delle regioni, del 15 ottobre 2025, dal titolo "Rafforzare i diritti delle donne e la parità di genere nell'UE: una prospettiva locale e regionale"¹²,
- viste le linee guida proposte dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA), pubblicate a fini di consultazione il 4 giugno 2025, dal titolo "ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline" (Linee guida ICH E21 sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche – Linee guida scientifiche),
- vista la relazione di sorveglianza e monitoraggio del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) dal titolo "Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024" (Monitoraggio delle risposte alle epidemie di infezioni sessualmente trasmesse nei paesi dell'UE/SEE, 2024), pubblicata nel dicembre 2025¹³,
- visto l'indice 2025 sull'uguaglianza di genere dell'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE)¹⁴,
- vista la relazione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici (OCSE) del gennaio 2024 dal titolo "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection" (Sconfiggere le disuguaglianze di fronte al cancro nell'UE: il punto sulla prevenzione e la diagnosi precoce),
- visto lo studio pubblicato dalla sua Direzione generale dei Diritti dei cittadini, della giustizia e degli affari istituzionali nel novembre 2025 dal titolo "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care" (Disuguaglianze di genere

¹⁰ Commissione europea, direzione generale della Giustizia e dei consumatori, Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) e Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE), "[Case studies on obstetric violence – Experience, analysis, and responses](#)" (Studi di casi sulla violenza ostetrica - Esperienza, analisi e risposte), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2024.

¹¹ Commissione europea, [lettera di incarico della presidente von der Leyen a Hadja Lahbib](#), 2024.

¹² GU C, C/2025/6319, 3.12.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2025/6319/oj>.

¹³ Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), "[Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#)" (Monitoraggio delle risposte alle epidemie di infezioni sessualmente trasmesse nei paesi dell'UE/SEE, 2024), Stoccolma, 2025.

¹⁴ EIGE, [Indice sull'uguaglianza di genere 2025](#), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2025.

nella ricerca medica, nello sviluppo farmaceutico e nell'accesso all'assistenza sanitaria)¹⁵,

- visto lo studio pubblicato dalla sua direzione generale delle Politiche interne nell'aprile 2024, dal titolo "Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination" (Violenza ostetrica e ginecologica nell'UE – Prevalenza, quadri giuridici e orientamenti educativi per la prevenzione e l'eliminazione)¹⁶,
 - visto l'articolo 55 del suo regolamento,
 - visto il parere della commissione per la sanità pubblica,
 - vista la relazione della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere (A10-0200/2026),
- A. considerando che la salute è un diritto fondamentale e che, pertanto, tutte le persone devono avere accesso a servizi di assistenza sanitaria di qualità, tempestivi e accessibili, anche sul piano economico, indipendentemente dal loro stato socio-economico, come sancito dal pilastro europeo dei diritti sociali; che ridurre le disuguaglianze rappresenta un'opportunità per affrontare la frammentazione e migliorare i risultati in termini di salute in tutti gli Stati membri, rafforzando i principi di uguaglianza e coesione sociale sanciti dai trattati attraverso una risposta più incisiva e coordinata a livello dell'UE;
- B. considerando che in particolare le donne rifugiate e appartenenti a minoranze etniche, le donne che vivono in condizioni di povertà, le donne prive di alloggio, le donne in condizioni di lavoro precario o con responsabilità di assistenza non retribuita, le donne anziane, le donne con disabilità, le donne residenti in zone rurali e svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e le persone appartenenti alle comunità LGBTIQ+ si trovano ad affrontare ostacoli multipli e intersezionali nell'accesso all'assistenza sanitaria, nonché complesse esigenze sanitarie; che un approccio intersezionale alla salute delle donne è pertanto essenziale;
- C. considerando che la povertà e l'esclusione sociale incidono significativamente sui risultati in termini di salute e sull'accesso all'assistenza sanitaria; considerando che le donne incontrano maggiori ostacoli finanziari rispetto agli uomini nell'accesso ai servizi sanitari; che tali ostacoli sono ulteriormente aggravati nel caso dei gruppi vulnerabili, che spesso si trovano ad affrontare ulteriori livelli di discriminazione e incontrano molteplici ostacoli nell'accesso a un'assistenza sanitaria inclusiva e di qualità;

¹⁵ Studio su richiesta della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere del Parlamento europeo, "[Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#)" (Disuguaglianze di genere nella ricerca medica, nello sviluppo farmaceutico e nell'accesso all'assistenza sanitaria), dipartimento tematico Cittadini, uguaglianza e cultura, direzione generale dei Diritti dei cittadini, della giustizia e degli affari istituzionali, Parlamento europeo, 2025.

¹⁶ Studio su richiesta della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere del Parlamento europeo, "[Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#)" (Violenza ostetrica e ginecologica nell'UE - Prevalenza, quadri giuridici e orientamenti educativi per la prevenzione e l'eliminazione), dipartimento tematico Diritti dei cittadini e affari costituzionali, Parlamento europeo, 2024.

- D. considerando che la disparità di accesso ai servizi sanitari in tutta l'UE, in particolare nelle zone rurali, remote, montane, insulari e ultraperiferiche, costituisce un ostacolo significativo alla diagnosi e al trattamento tempestivi, anche per le donne in gravidanza;
- E. considerando che l'accesso all'acqua e a servizi igienico-sanitari sicuri, puliti e a prezzi abbordabili è un determinante fondamentale della salute fisica e mentale nonché un bene pubblico, e svolge un ruolo cruciale nella prevenzione delle malattie, nella gestione delle patologie croniche e nel benessere generale in tutte le fasi della vita; che le disuguaglianze nell'accesso all'acqua e ai servizi igienico-sanitari colpiscono principalmente le persone che vivono in condizioni di povertà, in alloggi inadeguati e nelle zone rurali o remote, e hanno un impatto specifico su donne, bambini, anziani e persone con disabilità;
- F. considerando che la semplificazione e un migliore coordinamento dell'assistenza sanitaria transfrontaliera contribuirebbero a garantire che le donne possano accedere ai trattamenti transfrontalieri quando necessario, riducendo nel contempo la burocrazia per i pazienti e i prestatori di assistenza;
- G. considerando che, storicamente, la ricerca medica è stata incentrata sugli uomini, il che ha portato a una comprensione insufficiente della salute e della fisiologia delle donne nonché delle differenze basate sul sesso; che tale disuguaglianza sistemica nella medicina influisce sulla diagnosi, sul trattamento, sulla morbidità e sulla mortalità dei gruppi sottorappresentati della popolazione, comprese le donne e le persone di genere diverso;
- H. considerando che nel 2020 solo il 5 % dei finanziamenti globali per la ricerca e lo sviluppo è stato destinato alla ricerca sulla salute delle donne¹⁷; che i finanziamenti per la ricerca spesso non sono proporzionali al carico di malattia e che le patologie che colpiscono prevalentemente le donne, come l'emicrania e l'endometriosi¹⁸, ricevono sostegno finanziario e investimenti notevolmente inferiori rispetto alle patologie che colpiscono principalmente gli uomini; che per affrontare la persistente carenza di investimenti nella salute delle donne servono un'azione pubblica più incisiva e finanziamenti mirati, che dovrebbero promuovere sviluppi nell'interesse dei cittadini; che sono pertanto necessari investimenti adeguati e continuativi nella sicurezza sanitaria, comprese misure di preparazione, prevenzione e risposta sensibili alla dimensione di genere, al fine di garantire sia la resilienza della società che risultati equi in termini di salute;
- I. considerando che, benché gli sviluppi normativi abbiano migliorato l'inclusività nelle sperimentazioni cliniche, la rappresentanza femminile rimane inferiore a quella maschile e tale disparità è particolarmente accentuata per quanto riguarda le donne in gravidanza e allattamento¹⁹; che ciò vale non solo per le sperimentazioni cliniche, ma

¹⁷ Nature Reviews Bioengineering, "[Funding research on women's health](#)" (Finanziare la ricerca sulla salute delle donne), vol. 2, 2024, pagg. 797–798.

¹⁸ Nature, "[Women's health: end the disparity in funding](#)" (Salute delle donne: porre fine alle disparità di finanziamento), 2023.

¹⁹ Secondo i dati del sistema informativo sulle sperimentazioni cliniche citato dall'Agenzia europea per i medicinali il 4 giugno 2025, meno dello 0,4 % delle sperimentazioni nell'UE include donne in gravidanza e allattamento. Agenzia europea per i medicinali, "[New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials](#)"

anche per la ricerca preclinica, epidemiologica, comportamentale e sul sistema sanitario; che ciò compromette la sicurezza e l'efficacia dei medicinali e dei trattamenti per le donne; che, a causa di detta mancanza di rappresentanza sufficientemente equilibrata nella fase di sviluppo dei farmaci, le donne sviluppano reazioni avverse ai farmaci con una frequenza tra il 50 % e il 75 % superiore rispetto agli uomini²⁰; che è necessaria una ricerca più inclusiva, anche sulle donne in gravidanza e allattamento, per ridurre i rischi evitabili per la salute materna; che gli studi hanno dimostrato che le donne sono soggette a modelli di esposizione specifici, anche durante la gravidanza, che incidono sulla loro salute e su quella del bambino in fase di sviluppo;

- J. considerando che le persone transgender, non binarie e intersessuali e le comunità emarginate, come le minoranze etniche e le donne con disabilità, sono spesso assenti o escluse in modo sproporzionato dalle sperimentazioni cliniche²¹ e dalla ricerca medica, con conseguenti lacune significative nelle prove relative alla sicurezza e all'efficacia dei trattamenti; che tale mancanza di dati contribuisce alla disparità di accesso a un'assistenza sanitaria adeguata, tempestiva e di alta qualità;
- K. considerando che i medicinali generici sono autorizzati sulla base di studi di bioequivalenza, i quali sono ancora condotti prevalentemente su partecipanti di sesso maschile e non sono sistematicamente analizzati per individuare le differenze legate al sesso; che i medicinali di riferimento sono stati storicamente testati principalmente sugli uomini; che le differenze di formulazione tra i medicinali generici e quelli di riferimento possono incidere sulla biodisponibilità, il che solleva dubbi quanto alla possibilità di presumere anche per le donne la bioequivalenza dimostrata per gli uomini;
- L. considerando che il 72 % degli studi sulle sperimentazioni farmacologiche non riporta né pubblica dati disaggregati per sesso e genere²², il che limita in modo significativo la comprensione delle malattie specifiche per sesso, dei fattori che contribuiscono alla loro prevalenza nonché della risposta ai trattamenti e della loro sicurezza;
- M. considerando che le donne e le ragazze sono colpite in modo sproporzionato da una serie di patologie croniche e specifiche di genere, che continuano a non essere sufficientemente studiate e diagnosticate; che, per le malattie comuni, i sintomi nelle donne possono presentarsi in modo diverso dai sintomi da "manuale", con conseguenti diagnosi errate o ritardi significativi nella diagnosi rispetto agli uomini²³; che il ritardo nella diagnosi delle patologie specifiche di genere comporta sofferenza a lungo termine, conseguenze per la salute mentale, perdita di reddito e una riduzione della

(Nuove linee guida sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche), 2025.

²⁰ Zucker, I. e Prendergast, B. J., "[Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women](#)" (Le differenze legate al sesso nella farmacocinetica consentono di prevedere reazioni avverse ai farmaci nelle donne), *Biology of Sex Differences*, giugno 2020.

²¹ Brotto, L.A. e Galea, L.A.M., "[Gender inclusivity in women's health research](#)" (Inclusività di genere nella ricerca sulla salute delle donne), *BJOG*, Vol. 129, No. 12, 2022.

²² Studio Care4Everybody, "[Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine](#)" (Colmare il divario: costi, conseguenze e correzione delle disuguaglianze di sesso e genere nel settore medico), 2023.

²³ Jovani V, Blasco-Blasco M, Pascual E, et al., "[Challenges to conquer from the gender perspective in medicine: The case of spondyloarthritis](#)" (Sfide da superare nella prospettiva di genere in medicina: il caso delle spondiloartriti), 2018.

partecipazione delle donne all'istruzione e al mercato del lavoro, il che rafforza le disuguaglianze sociali e di genere; che la perdita totale annua di produzione dovuta all'emicrania, che colpisce in modo sproporzionato le donne, è stimata a 111 miliardi di EUR di costi indiretti nell'UE²⁴; che la consapevolezza, l'alfabetizzazione sanitaria e la prevenzione sono componenti essenziali della salute delle donne, in quanto consentono una diagnosi precoce e offrono alle donne l'opportunità di prendere decisioni informate sul proprio corpo e sulla propria salute lungo tutto l'arco della loro vita;

- N. considerando che le donne hanno maggiori probabilità di ricorrere all'assistenza medica rispetto agli uomini, eppure spesso si trovano ad affrontare diagnosi tardive o errate, ricevono trattamenti inadeguati o si sentono dire che i loro sintomi sono psicosomatici, il che rispecchia i persistenti pregiudizi di genere nella ricerca medica, nella diagnostica e nella pratica clinica²⁵; che gli studi dimostrano che le donne attendono 30 minuti in più nelle sale d'attesa e che vengono loro prescritti antidolorifici meno frequentemente rispetto agli uomini che presentano sintomi analoghi²⁶; che le donne appartenenti a minoranze etniche e i pazienti vittime di discriminazioni razziali hanno maggiori probabilità che i loro sintomi vengano trascurati²⁷, con possibili gravi conseguenze, tra cui trattamenti insufficienti, diagnosi errate e perdita di fiducia nelle istituzioni mediche; che gli orientamenti in materia di pratica clinica spesso non riflettono le migliori pratiche nell'assistenza clinica alle donne;
- O. considerando che la violenza ostetrica e ginecologica, compresi gli abusi verbali, la discriminazione e le procedure non consensuali durante la gravidanza, il parto e l'assistenza all'aborto, costituisce una violazione dei diritti e della dignità delle donne e rimane un problema diffuso, benché non sufficientemente riconosciuto, in tutta l'UE; che la violenza ostetrica e ginecologica colpisce in modo sproporzionato le donne con disabilità e le donne appartenenti a minoranze etniche, comprese le donne rom, così come le persone intersessuali e transgender²⁸; che la Commissione, nella sua strategia per la parità di genere 2020-2025, si è impegnata a formulare una raccomandazione sulla prevenzione delle pratiche dannose nei confronti delle donne e delle ragazze, che dovrebbe includere in modo esaustivo tutte le forme di pratiche dannose, comprese le suddette forme di violenza;

²⁴ European Migraine and Headache Alliance (EMHA), "[Towards a European Roadmap on Migraine: Strategic Conclusions and Policy Recommendations](#)" (Verso una tabella di marcia europea sull'emicrania: conclusioni strategiche e raccomandazioni politiche), 2025.

²⁵ Prenuvo, "[The most common health misdiagnoses in women – and why they keep happening](#)" (Le diagnosi errate più comuni per le donne e perché continuano a verificarsi), 2025.

²⁶ Mika Guzikovitsa, Tom Gordon-Hecker, David Rekhtman Shaden Salamehd, Salomon Israele, Moses Shayob, David Gozallh, Anat Perrye, Alex Gileles-Hillel, e Shoham Choshen-Hillela, "[Sex bias in pain management decisions](#)" (Pregiudizi legati al sesso nelle decisioni relative alla gestione del dolore), agosto 2024.

²⁷ MBRRACE-UK, "[Saving Lives, Improving Mothers' Care](#)" (Salvare vite umane, migliorare l'assistenza alle madri), ottobre 2024.

²⁸ Studio su richiesta della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere del Parlamento europeo, "[Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#)" (Violenza ostetrica e ginecologica nell'UE - Prevalenza, quadri giuridici e orientamenti educativi per la prevenzione e l'eliminazione), dipartimento tematico Diritti dei cittadini e affari costituzionali, Parlamento europeo, 2024.

- P. considerando che le donne con disabilità continuano a essere sottoposte a trattamenti e interventi medici non necessari, dannosi, irreversibili o non consensuali, compresa la sterilizzazione forzata, che rimane una realtà in alcune parti dell'UE²⁹;
- Q. considerando che la violenza di genere in tutte le sue forme costituisce una grave violazione dei diritti fondamentali e un importante problema di salute pubblica, con ripercussioni profonde e durature sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva delle donne; che un certo numero di fattori socioeconomici e disuguaglianze aumentano l'esposizione delle donne alla violenza di genere; che una retribuzione equa e dignitosa è essenziale per l'indipendenza economica delle donne e consente loro di uscire da situazioni di violenza domestica;
- R. considerando che le donne sono maggiormente esposte alla vulnerabilità economica e che le occupazioni a forte prevalenza femminile le espongono in modo sproporzionato a ripetute tensioni fisiche e psicosociali, il che comporta un deterioramento prematuro della salute e maggiori rischi per la salute mentale; che le donne costituiscono la maggioranza (78 %) degli operatori sanitari nell'UE³⁰; che la sovrarappresentazione delle donne nel lavoro precario, frammentato o a tempo parziale limita il loro effettivo accesso ai servizi di medicina del lavoro; che le norme in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro sono state storicamente concepite sulla base di occupazioni e modelli di carriera a prevalenza maschile;
- S. considerando che le sostanze chimiche nocive, compresi gli interferenti endocrini, aumentano il rischio di disturbi riproduttivi interferendo con i sistemi ormonali maschili e femminili³¹ e hanno conseguenze significative per la salute;
- T. considerando che le disuguaglianze di genere, compresa l'ineguale ripartizione delle responsabilità di assistenza informali e non retribuite e l'esposizione sproporzionata alla violenza di genere, il peso del dolore cronico e delle patologie specifiche di genere, nonché lo stato socio-economico, contribuiscono a tassi più elevati di ansia, depressione e condizioni legate allo stress tra le donne; che le ragazze e le donne sono esposte fin dalla più tenera età a persistenti pressioni sociali, culturali e commerciali connesse agli standard di bellezza, che promuovono ideali corporei irrealistici e incidono in modo sproporzionato sulla loro autostima, sulla loro salute mentale e sul loro benessere; che i disturbi alimentari sono tra le patologie psichiatriche più debilitanti che interessano le giovani donne e che almeno una persona muore ogni 62 minuti come conseguenza

²⁹ European Disability Forum, relazione del settembre 2022, "[Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union](#)" (Sterilizzazione forzata delle persone con disabilità nell'Unione europea).

³⁰ Eurostat, "[Majority of health jobs held by women](#)" (La maggioranza dei posti di lavoro nel settore sanitario è occupata da donne), 2021.

³¹ "[Endocrine-disrupting chemicals and reproductive health: With focus on the developmental window of susceptibility](#)" (Sostanze chimiche con proprietà di interferenza endocrina e salute riproduttiva: particolare attenzione rivolta alla finestra di vulnerabilità dello sviluppo), Terje Svingen National Food Institute, Technical University of Denmark, 2800 Kongens Lyngby.

diretta di un disturbo alimentare³²; che il disturbo disforico premestruale colpisce almeno l'1,6 % delle donne³³;

- U. considerando che la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e il crescente utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA) rischiano di rafforzare i pregiudizi di genere e razziali esistenti; che tali pregiudizi, che derivano da serie di dati non rappresentativi, possono indurre gli strumenti di IA a minimizzare i sintomi medici femminili; che i dati disaggregati per sesso e genere dovrebbero essere utilizzati per addestrare l'IA nell'assistenza sanitaria affinché possa riconoscere le differenze critiche tra uomini e donne nella progressione della malattia, nei sintomi e nel metabolismo dei farmaci;
- V. considerando che, per essere resilienti e competitive e apportare benefici alle donne, sia come pazienti che come lavoratrici, le industrie sanitarie europee necessitano di una regolamentazione favorevole all'innovazione, di una forte tutela della proprietà intellettuale e di un commercio aperto ma strategico;
- W. considerando che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), le sfide sanitarie globali, comprese le malattie infettive, la resistenza antimicrobica e le minacce per la salute legate al clima, hanno impatti differenziati sulle donne e sulle ragazze; che le persone nei paesi a basso e medio reddito si trovano ad affrontare disuguaglianze di genere in materia di salute sproporzionate rispetto a quelle nei paesi ad alto reddito in termini di mortalità e grave morbidità, in particolare per quanto riguarda la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti;
- X. considerando che le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte nell'UE, con un tasso di mortalità più elevato tra le donne che tra gli uomini, nonostante le convinzioni errate diffuse nella società³⁴; che tali percezioni contribuiscono a una minore consapevolezza dei rischi tra le donne e tra gli operatori sanitari nonché a tassi inferiori di partecipazione agli screening cardiovascolari; che i modelli di valutazione del rischio di malattie cardiovascolari spesso non prendono in considerazione la maggior parte dei fattori biologici, sociali e psicosociali specifici di genere, come l'ipertensione, il diabete, la storia ginecologica, la menopausa precoce, la violenza da parte di partner, lo stato socio-economico e lo stress cronico, contribuendo in tal modo alla vulnerabilità delle donne alla cardiopatia ischemica e a ritardi nella diagnosi e nel trattamento; che migliorare la consapevolezza, la formazione e la diagnosi dei sintomi cardiovascolari specifici per sesso è essenziale per garantire un trattamento tempestivo, ridurre i rischi evitabili per la salute delle donne e rafforzare l'efficacia della prevenzione e dei sistemi sanitari;

³² Istituto europeo per la salute delle donne, [risposta al Libro verde della Commissione: "Migliorare la salute mentale della popolazione – Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea"](#).

³³ Thomas J. Reilly, Siya Patel, Ijeoma C. Unachukwu, Clare-Louise Knox, Claire A. Wilson, Michael C. Craig, Katja M. Schmalenberger, Tory A. Eisenlohr-Moul, Alexis E. Cullen, "[The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis](#)" (La prevalenza del disturbo disforico premestruale: revisione sistematica e meta-analisi).

³⁴ Eurostat, Statistics Explained, "[Cardiovascular diseases statistics](#)" (Statistiche sulle malattie cardiovascolari), dati estratti nel luglio 2025.

- Y. considerando che il cancro è la seconda causa di morte nell'UE e che il tasso di mortalità è più elevato tra gli uomini che tra le donne³⁵; che circa 12 milioni di donne europee convivono con il cancro e che ogni anno nell'Unione europea viene diagnosticato un cancro a oltre 1,2 milioni di donne e quasi 600 000 perdono la vita; che l'obiettivo dell'UE del 2022 di offrire lo screening dei tumori ad almeno il 90 % delle persone ammissibili entro il 2025 non è stato raggiunto in modo uniforme in tutta l'UE;
- Z. considerando che l'accesso pieno, efficace e universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti, compresa un'educazione alla sessualità e alle relazioni completa, adeguata all'età e basata su dati scientifici, la contraccezione di alta qualità e a prezzi accessibili, l'assistenza alla fertilità e i servizi di aborto sicuro e legale, è un pilastro fondamentale della parità di genere, della giustizia sociale, dell'integrità fisica, della vita privata e dell'autonomia personale ed è essenziale per contrastare la disinformazione e la stigmatizzazione e per garantire la dignità, la salute e la partecipazione paritaria delle donne e delle ragazze in tutti gli ambiti della vita; che, nonostante alcuni progressi, i servizi di salute sessuale e riproduttiva e l'accesso alle pertinenti informazioni continuano, nella pratica, a non essere pienamente disponibili in alcuni Stati membri; che la mancanza di una raccolta sistematica dei dati e l'insufficienza di dati disaggregati sulla salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti rendono difficile sviluppare politiche efficaci e affrontare le disuguaglianze, in particolare per le donne in situazioni vulnerabili;
- AA. considerando che oltre 20 milioni di donne³⁶ nell'UE non hanno ancora accesso a servizi di aborto sicuro e legale, in quanto diversi Stati membri mantengono ostacoli normativi e procedurali dannosi e discriminatori; che l'iniziativa dei cittadini europei dal titolo "La mia voce, la mia scelta" è stata un appello diretto da parte dei cittadini dell'UE affinché l'Unione garantisca un accesso universale a servizi di aborto sicuro e legale, nel rispetto della ripartizione delle competenze prevista dai trattati; che la necessità insoddisfatta di contraccezione compromette l'autonomia fisica e lo sviluppo sostenibile globale e che le gravidanze indesiderate rappresentano circa la metà di tutte le gravidanze nel mondo ogni anno³⁷;
- AB. considerando che il Parlamento ha votato in diverse occasioni a favore del rafforzamento e della tutela del diritto all'aborto, anche nei testi sull'iniziativa dei cittadini europei dal titolo "La mia voce, la mia scelta", nella strategia per la parità di genere 2026-2030 e nella sua raccomandazione al Consiglio relativa alle priorità dell'UE per la 69ª sessione della Commissione delle Nazioni Unite sulla condizione femminile;

³⁵ Eurostat, Statistics Explained, "[Cancer statistics](#)" (Statistiche sul cancro), dati estratti nel marzo 2024.

³⁶ Il dato si basa sul numero di donne che vivono in Polonia e a Malta e che non hanno accesso all'aborto a causa della legislazione restrittiva del loro paese di residenza e delle restrizioni imposte da altri Stati membri dell'UE.

³⁷ Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), "[Nearly half of all pregnancies are unintended – a global crisis, says new UNFPA report](#)" (Secondo una nuova relazione dell'UNFPA, circa la metà di tutte le gravidanze sono indesiderate – una crisi globale), 2022.

- AC. considerando che il 14 % delle persone LGBTIQ+ ha riferito di aver subito discriminazioni in contesti sanitari; che molti Stati membri forniscono solo un accesso limitato ed economicamente insostenibile all'assistenza sanitaria legata alla transizione;
- AD. considerando che le infezioni sessualmente trasmissibili colpiscono in modo sproporzionato le donne³⁸ e continuano ad aumentare in tutta l'UE, mentre la mancanza di dati e ostacoli significativi alle misure preventive e ai test minano gli sforzi volti a contenere le epidemie di clamidia, gonorrea e sifilide³⁹;
- AE. considerando che la povertà mestruale, da intendersi come accesso insufficiente ai prodotti e alle strutture per l'igiene mestruale, colpisce circa il 10 % delle donne con mestruazioni, in particolare le donne a basso reddito, le rifugiate, le ragazze e le donne con disabilità⁴⁰;
- AF. considerando che un'assistenza alla maternità insufficientemente finanziata e inadeguata può avere un impatto significativo sulla decisione di avere figli; che la depressione post-partum è un problema di salute mentale che colpisce il 12 % delle madri nell'UE dopo il parto;
- AG. considerando che, a livello mondiale, una persona su sei è affetta da infertilità⁴¹, il che corrisponde a circa 25 milioni di cittadini dell'UE, e che le donne sono colpite in modo sproporzionato sia dalla stigmatizzazione sociale⁴² che dal peso fisico dei trattamenti; che la sindrome ovarica poliendocrina metabolica è un disturbo endocrino comune che, secondo le stime, colpisce tra l'11 % e il 13 % delle donne in tutto il mondo⁴³, il 70 % delle quali rimane senza diagnosi; che tale disturbo può causare dolore intenso, sanguinamento abbondante e stanchezza e ha implicazioni significative per la fertilità e la salute metabolica a lungo termine; che attualmente non esiste un trattamento approvato che affronti le cause profonde della malattia data la limitata comprensione dei suoi meccanismi sottostanti;

³⁸ Van Gerwen, O. T., Muzny, C. A. & Marrazzo, J. M., "[Sexually transmitted infections and female reproductive health](#)" (Infezioni sessualmente trasmesse e salute riproduttiva femminile), *Nature Microbiology*, 7(8), 2022, pagg. 1116-1126.

³⁹ Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), "[Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#)" (Monitoraggio delle risposte alle epidemie di infezioni sessualmente trasmesse nei paesi dell'UE/SEE, 2024), Stoccolma, 2025.

⁴⁰ Briefing del Parlamento europeo, "[Addressing menstrual poverty in the EU](#)" (Affrontare la povertà mestruale nell'UE), Servizio di ricerca per i deputati, Servizio Ricerca del Parlamento europeo, 2025.

⁴¹ Organizzazione mondiale della sanità, [Scheda informativa sull'infertilità](#), 2025.

⁴² Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L., "[The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review](#)" (L'impatto della stigmatizzazione sulla salute mentale e sulla qualità della vita delle donne colpite da infertilità: una revisione sistematica), *Front Psychol*, 2023.

⁴³ Gao, X., Zhao, S., Du, Y. et al., "[Data-driven subtypes of polycystic ovary syndrome and their association with clinical outcomes](#)" (Sottotipi basati sui dati della sindrome dell'ovaio policistico e la loro associazione con gli esiti clinici), *Nat Med* 31, 4214–4224 (2025).

- AH. considerando che l'85 % delle donne manifesta sintomi della menopausa; che, secondo le stime, entro il 2030 a livello mondiale 1,2 miliardi di donne saranno in menopausa⁴⁴; che i cambiamenti riproduttivi e ormonali come le mestruazioni, la gravidanza e la menopausa hanno un profondo impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle donne lungo tutto l'arco della loro vita; che la menopausa e la perimenopausa non sono ancora sufficientemente riconosciute come importanti questioni sanitarie e sociali e che i sintomi associati sono ampiamente ignorati, determinando una disparità di accesso all'assistenza specialistica basata su dati concreti, un'ineguale disponibilità di terapie ormonali e adeguamenti insufficienti sul luogo di lavoro; che la mancanza di trattamenti adeguati per la menopausa contribuisce alla stigmatizzazione, alla discriminazione sul lavoro e al deterioramento della qualità della vita, con conseguenze dirette per l'indipendenza economica e la partecipazione sociale;
- AI. considerando che l'endometriosi è una patologia cronica che colpisce dal 10 % al 15 % delle donne in età riproduttiva⁴⁵ e può causare sintomi quali dolore intenso, stanchezza e sanguinamento abbondante; che ciò si traduce in un costo annuo dei congedi per malattia stimato a 30 miliardi di EUR nell'UE;
- AJ. considerando che, nonostante la sua prevalenza, l'endometriosi è mediamente diagnosticata dopo 6-10 anni, il che comporta una sofferenza prolungata, una riduzione della qualità della vita e un aumento dei costi socioeconomici, tra cui la perdita di produttività e l'aumento della pressione sui sistemi sanitari; che la diagnosi precoce e un trattamento adeguato possono migliorare significativamente i risultati in termini di salute; che il ritardo diagnostico per l'endometriosi è strutturale e rispecchia le disuguaglianze e i pregiudizi di genere nell'assistenza sanitaria;
- AK. considerando che le malattie metaboliche come il diabete sono diagnosticate circa 4-5 anni più tardi nelle donne che negli uomini e che le donne presentano risultati in termini di salute a lungo termine significativamente peggiori di quelli degli uomini, compreso un rischio di mortalità per malattie cardiovascolari del 30 % più elevato; che le donne affette da diabete di tipo 1 hanno una probabilità quattro volte maggiore di sviluppare preeclampsia e che le donne affette da diabete mellito gestazionale hanno un'elevata probabilità di sviluppare il diabete di tipo 2 entro cinque anni dal parto; che i bambini nati da madri con diabete mellito gestazionale hanno una probabilità fino a sei volte maggiore di sviluppare il diabete di tipo 2 e obesità infantile rispetto a quelli nati da madri che non ne sono affette;

⁴⁴ Davaki, K., studio su richiesta della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere del Parlamento europeo, "[Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#)" (Disuguaglianze di genere nella ricerca medica, nello sviluppo farmaceutico e nell'accesso all'assistenza sanitaria), dipartimento tematico Cittadini, uguaglianza e cultura, direzione generale dei Diritti dei cittadini, della giustizia e degli affari istituzionali, Parlamento europeo, 2025, p. 86.

⁴⁵ Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B., Marions, L., Moehner, S. et al. "[Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis](#)" (Dati reali su sintomatologia e approcci diagnostici di 27 840 donne affette da endometriosi), Scientific Reports vol. 11, n. 20404, 2021; Eder, C. e Roomaney R., "[Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis](#)" (Percezione delle persone transgender e non binarie dell'assistenza sanitaria in relazione alla loro endometriosi), International Journal of Transgender Health, vol. 25, n. 4, 2024, 911-925.

- AL. considerando che l'osteoporosi e le malattie autoimmuni, nonché i disturbi muscoloscheletrici quali l'artrite reumatoide, il lupus, l'osteoartrite, la gotta e il mal di schiena continuano a essere spesso minimizzati nella prassi clinica, sottofinanziati e poco studiati⁴⁶;
- AM. considerando che nell'UE le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono una percentuale maggiore di tali anni supplementari in cattive condizioni di salute, una disparità denominata "divario degli anni di vita in buona salute"; che le donne anziane rappresentano la maggior parte dei residenti nelle strutture di assistenza a lungo termine, che molte di loro sono affette da disturbi della memoria e che spesso dispongono di un accesso inadeguato al trattamento dei sintomi e delle patologie croniche, con ripercussioni sproporzionate sulla loro salute e sul loro benessere complessivi;

Considerazioni generali

1. sottolinea che la politica sanitaria, la ricerca medica e la pratica clinica devono basarsi su prove scientifiche solide, su fatti biologici oggettivi riguardanti donne e uomini e sulle norme di competenza medica più elevate;
2. sottolinea che le disuguaglianze di genere in materia di salute presentano molteplici sfaccettature e costituiscono una violazione dei diritti fondamentali, e che le disuguaglianze derivano da decenni di ricerca medica basata sull'anatomia maschile e concepita intorno ad essa, il che ha a sua volta plasmato l'intero ciclo di assistenza, dalla diagnostica al trattamento; evidenzia che il riconoscimento di tale squilibrio rappresenta un'opportunità per ridisegnare i quadri di ricerca, gli orientamenti clinici e l'erogazione delle cure; sottolinea che tali disuguaglianze incidono sia sulle patologie croniche potenzialmente letali sia su quelle non letali, e che hanno un impatto sostanziale in particolare sul benessere fisico, mentale e sociale delle donne e delle persone di genere diverso; evidenzia che la parità di genere nella politica sanitaria è un prerequisito per le pari opportunità, la partecipazione economica e la coesione sociale e dovrebbe essere perseguita in modo da emancipare le donne preservando nel contempo la responsabilità individuale e la libertà di scelta;
3. sottolinea che la salute è una preoccupazione condivisa in tutta l'UE e che il pieno rispetto del principio di sussidiarietà e la responsabilità degli Stati membri di organizzare i propri sistemi sanitari non dovrebbero impedire un'azione coordinata; evidenzia che un'azione coordinata dell'UE rafforza la resilienza, assicura la continuità dell'assistenza durante le crisi, riduce le disuguaglianze tra gli Stati membri e garantisce che i diritti dei cittadini in materia di salute siano efficacemente tutelati; sottolinea che le donne rappresentano poco più della metà della popolazione dell'UE e la maggior parte del personale sanitario e assistenziale, e che la cooperazione a livello dell'UE è essenziale per garantire un accesso equo a servizi sanitari attenti alla dimensione di genere, compresi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, l'assistenza materna nonché la prevenzione e il trattamento delle patologie a prevalenza femminile; chiede un uso più efficace della cooperazione transfrontaliera per fornire un chiaro valore aggiunto, come l'accesso ad assistenza specializzata e competenze in materia di malattie rare;

⁴⁶ Woolf, A. D. e Pflieger, B., "[Burden of major musculoskeletal conditions](#)" (Onere delle principali malattie muscoloscheletriche), Bollettino dell'Organizzazione mondiale della sanità, vol. 81.9, 2003.

4. sottolinea che le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria sono aggravate da disuguaglianze e discriminazioni intersezionali, comprese quelle legate al genere, all'età, allo status socioeconomico, alla disabilità, alla razza o all'ubicazione geografica e quelle cui devono far fronte le persone appartenenti a minoranze etniche, le comunità di rifugiati, di migranti e LGBTIQ+, le persone sopravvissute alla violenza di genere e le donne private della libertà; evidenzia che la precarietà lavorativa, abitativa e reddituale, come pure le responsabilità di assistenza non retribuite, aggravano le disuguaglianze di genere in materia di salute e limitano l'accesso a un'assistenza tempestiva, di qualità e a prezzi accessibili; pone in risalto che le disuguaglianze emergono anche nelle malattie specifiche di genere, poiché la ricerca su tali malattie è stata ripetutamente sottovalutata e sottofinanziata; osserva che la stigmatizzazione, la visibilità dei sintomi e la percezione culturale della malattia possono aggravare ulteriormente gli ostacoli alla diagnosi e all'assistenza tempestive per le donne;
5. deplora il fatto che l'accesso universale ai servizi sanitari in tutta l'UE non sia ancora stato raggiunto; sottolinea, in particolare, la necessità di un approccio intersezionale per eliminare gli ostacoli all'accesso incontrati dalle donne e dalle ragazze vulnerabili, comprese le donne con disabilità, le donne provenienti da contesti svantaggiati e quelle che vivono in contesti istituzionali; invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere una maggiore armonizzazione dell'accesso all'assistenza sanitaria in tutti gli Stati membri, nel pieno rispetto delle relative competenze, e a garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità e a prezzi accessibili per tutti; sottolinea che l'accesso all'assistenza sanitaria non dovrebbe mai essere ostacolato da ignoranza, pregiudizi o stigma; chiede misure mirate per garantire un'assistenza sanitaria accessibile, inclusiva e sensibile tanto alla dimensione culturale quanto a quella di genere, ed evidenzia la necessità di affrontare tali ostacoli alla diagnosi e al trattamento tempestivi;
6. invita la Commissione e gli Stati membri ad affrontare le disparità geografiche nell'accesso all'assistenza sanitaria, che colpiscono in particolare le donne nelle zone rurali e remote, nelle isole e nelle regioni ultraperiferiche, attraverso meccanismi di coordinamento, finanziamento e condivisione delle conoscenze a livello dell'UE; esorta gli Stati membri ad affrontare gli ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria legati ai trasporti integrando una prospettiva di genere nella pianificazione delle infrastrutture sanitarie, anche attraverso lo sviluppo di unità sanitarie mobili, soluzioni di telemedicina e collegamenti di trasporto pubblico accessibili alle strutture sanitarie;
7. chiede ai responsabili politici e agli operatori sanitari di affrontare le disuguaglianze, in linea con il principio di sussidiarietà, e di rettificare le discrepanze con rendicontabilità e obiettivi misurabili man mano che si procede allo sviluppo di trattamenti e procedure nuovi e innovativi; chiede l'integrazione di una prospettiva che tenga conto del sesso e del genere in tutte le normative e le iniziative in materia di salute dell'UE; sottolinea l'importanza di politiche sanitarie basate su dati scientifici, efficienti e favorevoli all'innovazione che tengano conto delle differenze biologiche e sociali tra donne e uomini e che affrontino le disparità in materia; ribadisce che i modelli di ricerca e innovazione nel settore sanitario dovrebbero stimolare gli sviluppi che rientrano nell'interesse dei cittadini;
8. incoraggia la Commissione a includere, nell'ambito di una strategia globale dell'UE in materia di salute delle donne, obiettivi chiari, pubblici, misurabili con rendicontabilità al fine di affrontare le disuguaglianze sanitarie nelle politiche e negli strumenti di finanziamento dell'UE, garantendo nel contempo che gli Stati membri mantengano un margine di discrezionalità sufficiente per adattare l'attuazione ai contesti nazionali, e ad

attuare un sistema di monitoraggio trasparente per tali obiettivi, in particolare per le malattie specifiche di genere, con indicatori comparabili e azioni di follow-up qualora gli obiettivi non siano conseguiti, compresa una rivalutazione delle priorità di finanziamento per provvedere affinché le disuguaglianze in materia di salute siano affrontate nel modo più efficiente possibile;

9. sottolinea l'importanza di garantire un'assistenza sanitaria materna di alta qualità per le donne incinte;
10. invita la Commissione e gli Stati membri a rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria finanziando campagne di sensibilizzazione e comunicazione mirate e basate su dati concreti per garantire che le donne e altri gruppi vulnerabili possano prendere decisioni informate in merito alla loro salute; sottolinea l'importanza di informazioni sanitarie affidabili, basate su dati concreti e adeguate all'età per le donne e le ragazze, nonché per gli uomini e i ragazzi, lungo tutto l'arco della vita, e di un'educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti, che comprenda la fertilità, la gravidanza, la contraccezione, la salute materna e l'assistenza postnatale, il consenso, l'integrità fisica, la vita privata, l'autonomia personale, il rispetto e la prevenzione della violenza di genere; invita la Commissione a formulare raccomandazioni rivolte agli Stati membri sull'offerta di un'educazione sessuale completa, in linea con le norme dell'UNESCO;
11. chiede una collaborazione rafforzata con i prestatori di assistenza sanitaria, le organizzazioni della società civile e le piattaforme digitali al fine individuare, indagare e prevenire la diffusione di truffe, false "cure miracolose", disinformazione e stigmatizzazione per quanto riguarda la salute e la crescente influenza dei movimenti anti-gender nell'UE, definiti come movimenti che cercano di minare la parità di genere quale valore fondamentale della democrazia e i diritti delle persone LGBTIQ+, nonché di limitare l'accesso ai servizi in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti e lo spazio per la società civile; sottolinea che gli strumenti algoritmici utilizzati per limitare i contenuti "inappropriati" devono essere concepiti in modo tale che gli argomenti relativi alla salute delle donne, come le mestruazioni, la menopausa, la fertilità e la salute riproduttiva, non siano classificati come contenuti sessuali o per adulti, limitandone così la visibilità;

Ricerca, comprese le sperimentazioni cliniche

12. esprime preoccupazione per il fatto che, nonostante i progressi a livello dell'inclusività nelle sperimentazioni cliniche, la rappresentanza delle donne e delle persone di genere diverso rimanga inferiore a quella degli uomini e dovrebbe essere rafforzata introducendo comunicazioni di dati disaggregati per sesso; sottolinea l'assenza di requisiti di inclusività nella fase pre-sperimentale e che la maggior parte della sperimentazione animale è ancora condotta esclusivamente sui maschi della specie⁴⁷; evidenzia la necessità che le sperimentazioni cliniche tengano conto delle differenze negli esiti legate alle fluttuazioni ormonali e alle fasi della vita; riconosce il fatto che le donne incinte sono spesso escluse dalle sperimentazioni cliniche; invita la Commissione a introdurre requisiti affinché la progettazione della ricerca tenga conto del sesso durante l'intero ciclo di ricerca, anche nella fase pre-sperimentale e in quella di

⁴⁷ Galea, L.A. e Parekh, R.S., "[Ending the neglect of women's health in research](#)" (Porre fine all'indifferenza nei confronti della salute delle donne nella ricerca), BMJ, vol. 381.

sperimentazione sugli animali, per affrontare l'attuale squilibrio nella partecipazione alle sperimentazioni cliniche;

13. chiarisce che, nel contesto specifico della sperimentazione animale, la progettazione della ricerca dovrebbe tenere maggiormente conto del sesso biologico e dello studio delle differenze biologiche basate sul sesso;
14. accoglie con favore l'intenzione dell'EMA di adottare nuove "linee guida sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche", senza compromettere la sicurezza della persona in gravidanza e del feto; esorta l'EMA ad adottare linee guida analoghe per migliorare l'inclusione di altre comunità vulnerabili e sottorappresentate, ad esempio le donne anziane e le persone di genere diverso e intersessuali, nonché le minoranze etniche e le comunità emarginate;
15. esorta l'EMA a provvedere affinché la valutazione e l'autorizzazione dei medicinali generici e delle innovazioni biofarmaceutiche tengano adeguatamente conto delle differenze specifiche per sesso e genere durante l'intero ciclo di vita di un prodotto, dalla ricerca nella fase iniziale alla convalida clinica, al fine di garantire pari livelli sicurezza ed efficacia a tutti i pazienti;
16. sottolinea che la scarsa comprensione delle differenze basate sul sesso e sul genere in materia di salute è aggravata dal fatto che i dati della ricerca sono raramente disaggregati per sesso e genere; invita la Commissione a promuovere la raccolta e la comunicazione di dati disaggregati per sesso e genere in tutti i progetti finanziati dall'UE, in modo da assicurare la rendicontabilità e l'uso efficace delle risorse pubbliche; osserva che l'IA potrebbe essere utilizzata per individuare i pregiudizi legati al sesso o al genere nelle ricerche esistenti o storiche al fine di evitare di doverle ripetere; avverte, tuttavia, che l'uso dell'IA deve essere attentamente monitorato per garantire che non imponga pregiudizi;
17. sottolinea che la mancanza di una raccolta sistematica di dati disaggregati compromette lo sviluppo di politiche efficaci e basate su dati concreti, anche in materia di salute sessuale e riproduttiva, e che è necessario un approccio alla ricerca basato sull'esposoma; chiede di migliorare la raccolta, l'armonizzazione e l'utilizzo di dati disaggregati per sesso e genere, nonché di dati intersezionali, in tutti i settori della politica sanitaria, della ricerca e innovazione e dei progetti pilota in tutta l'UE; invita la Commissione e gli Stati membri a provvedere affinché nell'attuazione dello spazio europeo dei dati sanitari sia integrata una forte prospettiva di genere;
18. elogia il lavoro svolto dall'EIGE nel rafforzare la base di conoscenze sulla salute delle donne, anche attraverso l'integrazione di indicatori relativi alla salute nell'indice sull'uguaglianza di genere; sottolinea che la ricerca dell'EIGE fornisce un chiaro valore aggiunto europeo migliorando la comparabilità dei dati, sostenendo l'elaborazione di politiche basate su dati concreti e consentendo politiche dell'UE e nazionali più mirate, efficaci e proporzionate;

Diagnosi e trattamento

19. evidenzia che, a causa del sottofinanziamento sistemico e della mancanza di ricerca, i metodi diagnostici e i trattamenti continuano a essere incentrati sugli uomini, il che può comportare trattamenti di qualità inferiore e a maggiore rischio per le donne, le persone transgender e le persone di genere diverso, anche attraverso la mancanza di

un'assistenza sanitaria necessaria, completa e basata su dati concreti e scientifici, nonché la mancata presa in considerazione del dolore e dei sintomi, con conseguenti ritardi nella diagnosi per le donne, le persone transgender e le persone intersessuali;

20. esorta la professione medica ad attuare un approccio terapeutico basato sulla medicina di precisione al fine di integrare qualsiasi misura adottata per ridurre le disuguaglianze e aumentare gli investimenti nella ricerca medica; invita gli Stati membri a istituire programmi pilota sull'assistenza sanitaria sensibile alla dimensione di genere, in particolare nei settori in cui i programmi non esistono o sono gravemente carenti, come quelli della salute mestruale, della perimenopausa, cardiovascolare e mentale; sottolinea che i timori dei pregiudizi, dell'errata interpretazione dei sintomi, del giudizio e della stigmatizzazione possono scoraggiare le donne dal chiedere una consulenza medica tempestiva, con conseguenti complicazioni evitabili e risultati più scarsi a lungo termine; auspica l'adozione di misure volte a modificare le percezioni errate tra i professionisti del settore medico e ad affrontare i pregiudizi dell'opinione pubblica; chiede una collaborazione multidisciplinare nell'assistenza sanitaria alle donne per comprendere meglio le patologie legate al genere e le corrispondenti lacune nei trattamenti;
21. sottolinea che i professionisti del settore medico devono agire in modo non discriminatorio; esorta gli Stati membri, in stretta cooperazione con la professione medica e gli istituti di istruzione, a integrare formazioni sanitarie, sensibili alla dimensione di genere, intersezionali e incentrate sui pazienti nei loro programmi di studio in ambito medico, infermieristico e ostetrico per garantire che i professionisti del settore medico siano in grado di riconoscere le esigenze specifiche delle donne e delle ragazze e di rispondervi, anche attraverso formazioni sui pregiudizi di genere, sulla gestione del dolore, sulla salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti, sulla prevenzione della discriminazione, sulle patologie a elevata prevalenza femminile, su come i sintomi e le esigenze di trattamento possono cambiare nel corso delle fasi della vita ormonale e sul più ampio riconoscimento dei sintomi specifici di genere; evidenzia che tali formazioni dovrebbero includere anche l'insegnamento in materia di sensibilità di genere e culturale; sottolinea che l'elaborazione di misure volte a rendere i processi diagnostici e terapeutici più sensibili e attenti alla dimensione di genere deve tenere pienamente conto delle esperienze reali dei pazienti;
22. invita la Commissione a incoraggiare lo scambio di migliori pratiche e conoscenze su come il personale sanitario possa essere meglio formato e più attento a un'assistenza sanitaria che tenga conto del sesso e della dimensione di genere; chiede l'istituzione di una rete di riferimento europea (ERN) sulla salute delle donne, sulla base del modello delle ERN esistenti per le malattie rare, al fine di rafforzare la collaborazione nella ricerca, migliorare la pratica clinica e garantire che le esigenze sanitarie specifiche delle donne siano sistematicamente affrontate in tutta l'UE;
23. invita la Commissione e gli Stati membri a provvedere affinché i sistemi sanitari siano attrezzati per prevenire e individuare la violenza di genere e le esigenze specifiche delle donne e delle ragazze in situazioni vulnerabili, nonché rispondervi, anche attraverso un'assistenza sensibile alla dimensione di genere, incentrata sui pazienti e che tenga conto dei traumi e l'accesso alla contraccezione di emergenza; chiede agli Stati membri di stabilire percorsi chiari tra i servizi sanitari, i servizi sociali e i servizi di assistenza specialistica per le vittime e le persone sopravvissute alla violenza di genere, in linea con la direttiva (UE) 2024/1385 sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza

domestica⁴⁸ e con la revisione della direttiva (UE) 2012/29 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato⁴⁹;

24. sottolinea che pratiche dannose quali le mutilazioni genitali femminili, l'aborto forzato, la sterilizzazione forzata, la negazione dell'assistenza all'aborto, le mutilazioni genitali intersessuali, la violenza ostetrica e ginecologica e le pratiche scorrette in contesti medici sono forme di violenza di genere; esprime preoccupazione per i trattamenti non necessari dal punto di vista medico, spesso effettuati senza consenso informato, che colpiscono in particolare le donne intersessuali, nonché per gli interventi medici coercitivi come la sterilizzazione forzata, che rimangono una realtà per le donne con disabilità nell'UE⁵⁰; deplora il fatto che, nonostante il relativo impegno nell'ambito della strategia per la parità di genere 2020-2025, la Commissione non abbia pubblicato la sua raccomandazione concernente la prevenzione delle pratiche dannose nei confronti delle donne e delle ragazze; esorta la Commissione a pubblicarla rapidamente; sottolinea che tale raccomandazione deve integrare la direttiva (UE) 2024/1385; chiede l'istituzione di meccanismi indipendenti di denuncia, segnalazione e rendicontabilità nonché di sistemi di raccolta di dati a tale riguardo;
25. invita la Commissione e gli Stati membri a riconoscere, prevenire e affrontare la violenza ginecologica e ostetrica, comprese le procedure mediche non consensuali, abusive o coercitive, la violenza verbale, la discriminazione, gli atteggiamenti sprezzanti, come ritardare il trattamento delle preoccupazioni per la salute riproduttiva delle donne o rifiutarsi di riconoscerle, e le violazioni dell'autonomia corporea nell'assistenza ginecologica e ostetrica, quale forma di violenza di genere e negazione dei diritti delle donne; osserva che gli esempi di violenza ginecologica includono l'esecuzione di incisioni del perineo o episiotomie durante il parto senza consenso esplicito o accordo informato, nonché la continua mancata presa in considerazione del dolore o dei sintomi segnalati dalle donne nel contesto della salute riproduttiva; prende atto delle gravi ripercussioni che tale violenza può avere sulla salute fisica, mentale e sociale delle donne e delle persone intersessuali; deplora il fatto che, nonostante la recente letteratura dell'UE sull'esistenza e la realtà della violenza in contesti ginecologici e ostetrici, la Commissione non abbia esplicitamente riconosciuto la violenza ostetrica e ginecologica come una forma di violenza di genere; esorta la Commissione a stabilire chiare definizioni giuridiche e strategie di prevenzione a tale riguardo; invita la Commissione a riconoscere esplicitamente e a combattere tutte le forme di violenza ostetrica e ginecologica;
26. invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere un'assistenza alla maternità rispettosa e a istituire, per quanto riguarda la violenza ostetrica, meccanismi di denuncia, raccolta di dati e formazione per gli operatori sanitari;

⁴⁸ Direttiva (UE) 2024/1385 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 maggio 2024, sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica (GU L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>).

⁴⁹ Direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI (GU L 315 del 14.11.2012, pag. 57, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2012/29/oj>).

⁵⁰ Relazione dell'European Disability Forum del settembre 2022 dal titolo "Forced Sterilisation of Persons with Disabilities in the EU" (Sterilizzazione forzata delle persone con disabilità nell'UE).

27. chiede una formazione obbligatoria per gli operatori sanitari, i primi soccorritori e le autorità di contrasto su come individuare i casi di violenza di genere, inclusa la mutilazione genitale femminile, rispondervi e documentarli, in un modo che tenga conto del sesso e della dimensione di genere e che sia incentrato sulle vittime;
28. sottolinea che le politiche sanitarie incentrate sulla prevenzione sono particolarmente vantaggiose per le donne, dal momento che riducono i costi sanitari a lungo termine e consentono una maggiore partecipazione al mercato del lavoro; invita la Commissione e gli Stati membri a introdurre obiettivi ambiziosi per lo screening dei tumori e di altre malattie pertinenti, come l'osteoporosi e le malattie cardiovascolari; esorta gli Stati membri a riconoscere e sfruttare appieno i benefici dei medicinali profilattici, ma sottolinea che sono necessarie ulteriori ricerche per quanto riguarda i medicinali profilattici senza lattosio; richiama in particolare l'attenzione sulla necessità di programmi di individuazione precoce e di screening preventivo per le donne con disabilità, al fine di prevenire ulteriori complicazioni sanitarie;
29. sottolinea il persistente divario di genere nell'assistenza, in particolare il fatto che le donne svolgono in modo sproporzionato attività di assistenza sia informale che formale, il che aumenta la loro esposizione a una serie di sfide per la salute, comprese le sfide per la salute mentale; evidenzia l'importanza di promuovere una distribuzione giusta ed equa delle responsabilità di assistenza; sottolinea che i prestatori di assistenza informale dovrebbero ricevere un maggiore sostegno, anche finanziario, mentale e tra pari, nonché beneficiare di modalità di lavoro flessibili e di congedi per assistenza;
30. mette in guardia dal fatto che i medicinali per la salute delle donne non sono adeguatamente considerati prioritari negli sforzi dell'UE volti a proteggere dalle carenze e dalle interruzioni dell'approvvigionamento, nonostante le carenze periodiche di, tra l'altro, medicinali abortivi e contraccettivi negli Stati membri; invita il Consiglio ad allinearsi alla proposta del Parlamento di riconoscere i medicinali abortivi e contraccettivi come medicinali di interesse comune nell'atto legislativo sui medicinali critici; invita il Consiglio a prendere in considerazione l'inclusione di tali prodotti nella prossima revisione dell'elenco UE dei medicinali critici; chiede che l'atto legislativo sui medicinali critici, di prossima pubblicazione, integri un approccio sensibile alla dimensione di genere, garantendo che l'individuazione e la definizione dell'ordine di priorità dei medicinali critici rispecchino le esigenze sanitarie specifiche delle donne in tutta la loro diversità;
31. invita la Commissione e gli Stati membri a rafforzare le misure volte a proteggere le donne e le ragazze dall'esposizione chimica dannosa, riconoscendo che le donne sono colpite in modo sproporzionato a causa di fattori biologici, sociali e occupazionali; osserva che le sostanze chimiche presenti nei prodotti di uso quotidiano, tra cui cosmetici, prodotti mestruali e beni di uso domestico, possono alterare i sistemi ormonali, aumentare i rischi di patologie quali tumore al seno ed endometriosi e i rischi di problemi di fertilità, nonché influenzare lo sviluppo fetale durante la gravidanza;

Salute mentale

32. esorta la Commissione a tenere conto della salute mentale e delle sue sfide di genere in tutte le pertinenti misure relative all'assistenza sanitaria; sottolinea che, a causa di fattori biologici e sociali, tra cui i divari retributivi, pensionistici e assistenziali di genere, le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare determinati problemi di salute mentale, quali depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico e disturbi alimentari, e fanno

registrare tassi di depressione e disagio psicologico più elevati rispetto agli uomini; sottolinea la forte interconnessione tra le condizioni di salute fisica e i risultati in termini di salute mentale nelle donne; osserva che alcune condizioni di salute croniche, ricorrenti o visibili sono soggette a stigmatizzazione e sono spesso associate all'ansia, alla depressione e al ritiro sociale;

33. sottolinea la necessità di approcci assistenziali integrati che affrontino sia i sintomi fisici sia il benessere mentale, nonché la necessità di integrare l'assistenza in materia di salute mentale nella diagnosi e nel trattamento delle malattie specifiche di genere, compresa la salute materna e post-parto; evidenzia la necessità di ricerche sui risultati in termini di salute mentale dei diversi modelli di congedo parentale; chiede un'azione proporzionata e basata su dati concreti a livello dell'UE per integrare le strategie nazionali, anche garantendo l'accesso a un'adeguata assistenza psicologica, psichiatrica e nutrizionale, nonché migliorando l'accesso ai servizi di salute mentale per le ragazze e le giovani donne; invita la Commissione a tenere conto della dimensione di genere nell'attuazione delle iniziative delineate nella sua comunicazione del 7 giugno 2023 su un approccio globale alla salute mentale⁵¹;
34. evidenzia la necessità di affrontare le pressioni sociali e commerciali di genere che incidono negativamente sull'immagine del corpo e sulla salute delle ragazze e delle donne; esprime preoccupazione per la crescente influenza dei social media sulla percezione della salute delle donne; invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere strategie di prevenzione, tra cui campagne di sensibilizzazione, anche nelle scuole, volte a prevenire i disturbi alimentari e a promuovere un'immagine del corpo sana, l'autostima e scelte sanitarie informate;

Sanità digitale, dispositivi medici, dati e intelligenza artificiale

35. evidenzia che i dispositivi medici svolgono un ruolo sempre più centrale nella gestione e nel monitoraggio delle malattie; sottolinea che una considerazione insufficiente delle differenze fisiologiche tra i sessi nella progettazione, nella sperimentazione e nella convalida dei dispositivi medici, compresi quelli utilizzati in ambito sportivo, può comportare differenze in termini di prestazioni, accuratezza ed esperienza degli utenti; sottolinea che lo sviluppo di dispositivi medici in ambito sportivo continua a basarsi su parametri antropometrici e biomeccanici maschili, minando in tal modo l'efficacia e la sicurezza di tali dispositivi per le donne;
36. chiede l'integrazione sistematica di analisi basate sul sesso e sul genere nella sperimentazione, nell'autorizzazione e nel monitoraggio delle tecnologie sanitarie digitali, compresi gli strumenti diagnostici basati sull'IA e i sistemi di apprendimento automatico, attraverso l'uso di dati disaggregati per sesso e il coinvolgimento significativo delle donne durante l'intero processo; sottolinea che le tecnologie sanitarie digitali devono essere sviluppate e attuate in modo da riflettere le esigenze sanitarie specifiche di genere, così da evitare la riproduzione o il rafforzamento dei pregiudizi esistenti basati sul sesso o sul genere;

Salute mondiale

37. riconosce l'impegno dell'UE a promuovere la parità di genere a livello globale, anche attraverso la strategia globale dell'UE in materia di salute; deplora il fatto che il piano di

⁵¹ COM(2023)0298.

prevenzione, di preparazione e di risposta dell'Unione per quanto riguarda le crisi sanitarie non affronti adeguatamente gli aspetti di genere della preparazione e della risposta; invita la Commissione e gli Stati membri a integrare un approccio intersezionale e che tenga conto del sesso e della dimensione di genere in tutte le politiche relative alla salute pubblica e alla preparazione e risposta alle crisi;

38. invita la Commissione e gli Stati membri a dare priorità all'accesso a servizi di approvvigionamento idrico, impianti sanitari e igiene (WASH) inclusivi e attenti alla dimensione di genere, quale componente essenziale della salute delle donne nell'ambito della strategia globale dell'UE in materia di salute; sottolinea che il miglioramento dei servizi WASH nelle strutture sanitarie è fondamentale per ridurre la mortalità materna e neonatale prevenibile e per garantire una gestione sicura del parto e dell'igiene mestruale;

Malattie specifiche di genere

39. esprime preoccupazione per il fatto che, nonostante le malattie cardiovascolari e cardiache rappresentino le principali cause di morte tra le donne, queste ultime hanno il doppio delle probabilità di ricevere diagnosi errate, in parte a causa del fatto che i sintomi delle donne si presentano in modo diverso rispetto a quelli degli uomini⁵²; sottolinea che i fattori di rischio biologici, sociali e psicosociali specifici di genere svolgono un ruolo nello sviluppo delle malattie cardiovascolari e cardiache nelle donne; evidenzia che la diagnosi tardiva ritarda l'accesso a cure tempestive e adeguate, aumentando ulteriormente il rischio di sviluppare complicanze cardiovascolari; sottolinea che le donne affette da diabete e altre malattie metaboliche ricevono, in media, una diagnosi fino a 4,5 anni più tardi rispetto agli uomini e sono esposte a un rischio di mortalità cardiovascolare superiore di circa il 30 %; sostiene un solido quadro dell'UE per la lotta contro le principali malattie, tra cui le patologie cardiovascolari, garantendo alle donne parità di accesso alla prevenzione sanitaria, alla diagnosi precoce, ai trattamenti e al sostegno alla sopravvivenza;
40. accoglie con favore l'impegno assunto dalla Commissione nella sua comunicazione del dicembre 2025 sul piano "Cuori sicuri" di investire nella ricerca per migliorare la comprensione dei meccanismi delle malattie cardiovascolari basati sul sesso e/o sul genere; chiede che il piano "Cuore sicuro" integri un approccio olistico all'assistenza cardiovascolare che tenga conto della dimensione di genere, anche per quanto riguarda lo screening, le campagne di prevenzione, la raccolta di dati, i criteri diagnostici e gli orientamenti clinici, al fine di migliorare l'individuazione precoce, garantire un'assistenza equa e ridurre la mortalità evitabile tra le donne; invita la Commissione e gli Stati membri a impegnarsi in campagne di sensibilizzazione, a sfatare il preconcetto in base al quale le malattie cardiovascolari colpiscono principalmente gli uomini e a promuovere misure preventive;
41. sottolinea che il cancro è la seconda causa di morte nell'UE e colpisce in media più uomini che donne; osserva che alcuni tipi di cancro si presentano in modo diverso negli uomini rispetto alle donne e che alcuni tipi di cancro sono specifici o più diffusi in alcuni sessi; esprime preoccupazione per il fatto che, in media, il cancro nelle donne

⁵² Roche Diagnostics, "Heart failure: The hidden costs of late diagnosis" (Insufficienza cardiaca: i costi nascosti della diagnosi tardiva), agosto 2020.

viene diagnosticato due anni e mezzo più tardi rispetto agli uomini⁵³; sottolinea che sono necessarie ulteriori ricerche sull'impatto dei fattori sessuali/di genere sull'insorgenza del cancro, sul modo in cui si manifesta e sulla risposta ai trattamenti esistenti;

42. sottolinea che le donne lesbiche hanno statisticamente meno probabilità di accedere allo screening di routine, spesso a causa di concezioni errate o di precedenti esperienze negative con i prestatori di assistenza sanitaria⁵⁴; sottolinea la necessità di informazioni su misura per contrastare le concezioni errate e garantire che le donne lesbiche, le persone transgender e le persone di genere diverso ricevano screening e cure preventive adeguati e, nel caso delle persone transgender, un trattamento sensibile alle specificità di genere; sottolinea che l'accesso all'assistenza sanitaria, comprese le cure preventive, dovrebbe basarsi sulle esigenze sanitarie; invita la Commissione e gli Stati membri a garantire che il piano europeo di lotta contro il cancro sia attuato attraverso una forte prospettiva di genere; accoglie con favore l'intenzione della Commissione di emanare orientamenti destinati alle imprese finanziarie volti a garantire ai pazienti oncologici un accesso equo ai servizi finanziari, ma sottolinea la necessità di un diritto all'oblio a livello dell'UE per i pazienti guariti dal cancro, al fine di evitare ulteriori discriminazioni nell'accesso ai servizi finanziari, come le assicurazioni e i prestiti;
43. sottolinea che è possibile prevenire molti casi di cancro attraverso cambiamenti comportamentali e ambientali, nonché misure di intervento precoce volte a individuare e prevenire le mutazioni precancerose; sottolinea che investire in misure preventive dovrebbe essere una priorità dell'UE; invita la Commissione e gli Stati membri a impegnarsi verso obiettivi ambiziosi di parità di accesso a programmi di screening oncologico di alta qualità e finanziati con fondi pubblici in tutti i paesi dell'UE, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla condizione socioeconomica; sottolinea l'importanza di programmi di screening e/o vaccinazione globali e sensibili alla dimensione di genere per il cancro al seno, i tumori causati dal papillomavirus umano (HPV), il cancro della prostata, il cancro del colon-retto, il cancro della pelle e il cancro del polmone, che rimangono tra i tumori più diffusi e prevenibili in Europa, nonché per l'epatite B; chiede misure volte a contrastare la disinformazione sugli effetti collaterali dei vaccini; incoraggia ulteriori investimenti in strumenti diagnostici innovativi come i test sui biomarcatori e invita la Commissione a rimuovere gli ostacoli per consentire un uso diffuso di tali strumenti, se del caso, e a garantire un accesso equo agli stessi;
44. sottolinea che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti sono diritti umani fondamentali, che costituiscono una componente fondamentale della salute delle donne e della politica di sanità pubblica, e che garantire l'accesso universale a un'assistenza completa in materia di salute sessuale e riproduttiva è una necessità per la parità di genere; evidenzia che sono necessarie misure concrete in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti per compiere progressi verso il conseguimento della visione delineata nella tabella di marcia della Commissione per i diritti delle donne del 2025 e per l'allineamento alle norme internazionali in materia di diritti umani e salute pubblica

⁵³ Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F.K.H., Baldi, P. e Brunak, S., "Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women" (Analisi a livello della popolazione sulle differenze nei modelli di progressione delle malattie negli uomini e nelle donne), *Nature Communications*, vol. 10, febbraio 2019.

⁵⁴ Tracy, J.K., Lydecker, A.D., Irlanda, L., "Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians" (Ostacoli allo screening per il cancro della cervice uterina tra le donne lesbiche), *Journal of Women's Health*, vol. 19, febbraio 2010.

pubblicate dall'OMS e dall'UNESCO; invita la Commissione ad adottare misure per far progredire l'intera gamma della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti attraverso tutti i pertinenti settori politici e strumenti di finanziamento dell'UE, compreso il proposto Fondo europeo per la competitività;

45. accoglie con favore la strategia per la parità di genere 2026-2030, presentata dalla Commissione, e il suo impegno a sostenere le azioni sanitarie degli Stati membri in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti attraverso la mappatura delle pratiche e dei quadri internazionali, lo sviluppo di un quadro e di una metodologia dell'UE per la raccolta sistematica di dati al fine di migliorare la base di conoscenze in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti e il miglioramento dell'accesso alla contraccezione; sottolinea l'imminente avvio, nel 2026, dell'iniziativa "Salute sessuale e riproduttiva nelle situazioni di emergenza e vita dignitosa" (SHIELD), che mirerà a migliorare l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti per le vittime della violenza di genere; invita la Commissione a includere ulteriori impegni politici e di finanziamento, nonché requisiti in materia di raccolta dei dati, nell'iniziativa SHIELD, al fine di sostenere gli Stati membri nel promuovere e tutelare la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti; esprime profonda preoccupazione per il fatto che alle donne e alle ragazze con disabilità sia troppo spesso negato l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti e sottolinea la necessità di salvaguardare l'integrità fisica, la libertà di scelta e l'autodeterminazione per quanto riguarda la vita sessuale e riproduttiva delle persone con disabilità;
46. sottolinea la necessità di migliorare la disponibilità e l'accesso all'aborto in tutta l'UE; sostiene fermamente l'iniziativa dei cittadini europei dal titolo "La mia voce, la mia scelta", che mirava a istituire un meccanismo finanziario dell'UE volontario, basato sulla solidarietà, per garantire un aborto sicuro e accessibile in Europa; ribadisce l'invito alla Commissione ad avvalersi pienamente delle proprie competenze in materia di politica sanitaria per fornire sostegno agli Stati membri nel garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti nonché a sancire i suddetti e il diritto all'aborto sicuro, legale e accessibile nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea;
47. accoglie con favore la risposta positiva della Commissione all'iniziativa dei cittadini europei "La mia voce, la mia scelta" nella sua comunicazione del febbraio 2026, in cui riconosce che l'aborto praticato in condizioni pericolose è un problema di salute pubblica e che consente agli Stati membri, attraverso finanziamenti adeguati nell'ambito del programma del Fondo sociale europeo Plus (FSE+), di fornire servizi di aborto sicuro e legale, anche sostenendo le spese di viaggio e di alloggio, alle persone che non possono accedere a tali servizi nel loro paese di origine e, in generale, alle persone più vulnerabili, senza interferire con le disposizioni legislative e regolamentari nazionali; riconosce che tale decisione mirava a ridurre le disparità in materia di assistenza sanitaria e a garantire che le persone in posizioni vulnerabili avessero accesso ai servizi sanitari essenziali; invita con urgenza gli Stati membri a utilizzare l'FSE+ a tal fine; invita la Commissione a garantire che l'utilizzo dei fondi destinati alla parità di accesso all'assistenza sanitaria in materia di salute sessuale e riproduttiva sia adeguatamente valutato nella programmazione e nel riesame intermedio dei programmi operativi nell'ambito del FSE+;
48. invita la Commissione e gli Stati membri ad affrontare le esigenze sanitarie specifiche delle persone LGBTQ+, anche garantendo l'accesso alle cure preventive, ai trattamenti e all'assistenza sanitaria specifica per le persone transgender, e a eliminare qualsiasi

requisito medico coercitivo e superfluo, come la sterilizzazione, che ostacoli l'accesso al riconoscimento legale e ai servizi riproduttivi, in linea con le sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo⁵⁵; riconosce l'impegno della Commissione, nella sua strategia per l'uguaglianza LGBTIQ+ 2026-2030, ad agevolare lo scambio delle migliori pratiche tra gli Stati membri a tale riguardo; incoraggia il sostegno alle iniziative di assistenza sanitaria a livello di comunità e alla ricerca finanziata dall'UE nell'ambito di EU4Health e del programma Orizzonte al fine di garantire un'assistenza sanitaria inclusiva, equa e sicura per tutte le persone LGBTIQ+; condanna le pratiche di conversione, come le pratiche volte a cambiare, reprimere o sopprimere l'orientamento sessuale, l'identità di genere e/o l'espressione di genere di una persona, in quanto violazioni dei diritti fondamentali, ed esorta la Commissione ad affrontarle con azioni concrete; prende atto della risposta della Commissione all'iniziativa dei cittadini europei dal titolo "Vietare le pratiche di conversione nell'Unione europea" ed esorta la Commissione ad adottare senza ulteriori indugi una raccomandazione che inviti gli Stati membri a vietare le pratiche di conversione;

49. sottolinea il ruolo dell'istruzione, dei servizi sanitari e delle istituzioni pubbliche nella prevenzione della violenza di genere e nella promozione del consenso, dell'integrità fisica, della vita privata e dell'autonomia e del rispetto personali, nonché nella riduzione delle disuguaglianze di genere; sottolinea che un'educazione alla sessualità e alle relazioni completa, adeguata all'età e basata su dati scientifici, in linea con le norme dell'UNESCO, è essenziale per promuovere il consenso e la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti, prevenire la violenza di genere, contrastare la disinformazione e la stigmatizzazione che circondano la salute delle donne e consentire alle persone di compiere scelte informate e autonome; invita la Commissione a fornire agli Stati membri orientamenti chiari sull'offerta di un'educazione alla sessualità e alle relazioni completa e adeguata all'età, in linea con le norme internazionali;
50. invita la Commissione e gli Stati membri a garantire l'accesso universale a metodi contraccettivi a prezzi accessibili, sicuri e diversificati; riconosce che l'onere legato ai contraccettivi – fisico, finanziario e mentale – è sproporzionatamente a carico delle donne; deplora il fatto che, nonostante la necessità insoddisfatta di contraccezione a livello mondiale, l'UE non finanzi lo sviluppo di nuovi contraccettivi dal 2021; chiede maggiori investimenti nella ricerca e nello sviluppo innovativi di tecnologie contraccettive applicabili a livello globale, compresi i contraccettivi maschili, al fine di conseguire una maggiore parità di genere e una responsabilità condivisa nella pianificazione familiare; sottolinea che l'autodeterminazione delle donne nella scelta della contraccezione deve essere pienamente rispettata, compreso il loro diritto a ricevere informazioni complete e comprensibili sui benefici, i potenziali rischi e gli effetti collaterali dei diversi metodi contraccettivi, onde favorire il consenso informato; incoraggia gli Stati membri a ridurre efficacemente le epidemie di infezioni sessualmente trasmissibili, integrando la prevenzione, i test e l'assistenza in relazione all'HIV e alle infezioni sessualmente trasmissibili in strategie sanitarie più ampie e sensibili alla dimensione di genere, nonché eliminando gli ostacoli ai test e migliorando la raccolta di dati sulle infezioni sessualmente trasmissibili;
51. invita la Commissione e gli Stati membri a garantire l'accesso universale a prodotti mestruali a prezzi accessibili, di alta qualità, privi di sostanze tossiche e sostenibili dal

⁵⁵ Sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo dell'11 ottobre 2018 nella causa *S.V. c. Italia* (55216/08) e sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 6 aprile 2017 nella causa *A.P., Garçon e Nicot c. Francia* (79885/12, 52471/13 e 52596/13).

punto di vista ambientale, in particolare riutilizzabili; incoraggia gli Stati membri a utilizzare la tassazione come strumento per rendere i prodotti mestruali più disponibili ed economicamente accessibili per tutti e a combattere la povertà mestruale garantendo un accesso gratuito o a prezzi abbordabili a tali prodotti, alle informazioni e a servizi igienici adeguati, in particolare nei luoghi pubblici come gli istituti di istruzione, i luoghi di lavoro, gli edifici pubblici e i centri di accoglienza o rifugi; sottolinea che un'educazione inadeguata sulle mestruazioni può portare a trattamenti mestruali non sicuri e, a loro volta, a malattie gravi, evidenziando ulteriormente la necessità di campagne di sensibilizzazione pubbliche finanziate sulla salute mestruale per affrontare la stigmatizzazione e contrastare gli stereotipi legati alla salute mestruale, unitamente a una maggiore ricerca sulle condizioni di salute mestruale; sottolinea che i trattamenti per la continenza sono un aspetto significativo ma spesso trascurato della salute pubblica che colpisce in modo sproporzionato le donne; invita la Commissione e gli Stati membri ad avviare campagne di sensibilizzazione del pubblico volte a destigmatizzare la salute della continenza e garantire che i sintomi non siano ignorati dai pazienti o dai prestatori di assistenza e a far sì che i pazienti siano informati sulle terapie in grado di curare l'incontinenza, nonché su quelle che consentono di gestirla o migliorarla;

52. esorta gli Stati membri a garantire alle donne incinte l'accesso a servizi sanitari di alta qualità relativi alla maternità, indipendentemente dal luogo in cui vivono; chiede lo sviluppo di norme comuni dell'UE in materia di assistenza sanitaria materna e il rafforzamento della cooperazione e dello scambio di migliori pratiche tra gli operatori sanitari in questo settore, con l'obiettivo di migliorare la qualità e garantire l'eliminazione della mortalità materna prevenibile; sottolinea la necessità di iniziative a livello dell'UE che affrontino specificamente la depressione postpartum e la salute e il benessere mentali delle madri;
53. riconosce che la fertilità è un aspetto fondamentale della salute e sottolinea la necessità di affrontare in modo proattivo i molteplici fattori e le sfide ad essa connessi; invita gli Stati membri a garantire un accesso di alta qualità, tempestivo ed equo all'assistenza sanitaria connessa alla fertilità e agli aborti spontanei, comprese la diagnosi e il trattamento dell'infertilità, indipendentemente dalla situazione economica o dallo stato civile di una donna, comprese le donne con disabilità; sottolinea la necessità di informazioni pubbliche affidabili e basate su dati concreti sulla fertilità, che promuovano un approccio basato sui diritti e sostengano l'autonomia riproduttiva; esorta la Commissione a fornire sostegno agli Stati membri attraverso orientamenti, la raccolta di dati e lo scambio delle migliori pratiche; sottolinea l'importanza di un sostegno e di una consulenza integrati in materia di salute mentale per affrontare l'impatto emotivo e psicologico causati dall'infertilità e dall'aborto spontaneo;
54. deplora il fatto che, nonostante la prevalenza dei sintomi avversi e gravi della menopausa e della perimenopausa tra le donne, la menopausa non sia ancora integrata sistematicamente nell'assistenza sanitaria di base, nelle politiche in materia di salute sul lavoro e nelle strategie in materia di salute sul luogo di lavoro in tutti gli Stati membri; invita la Commissione e gli Stati membri a garantire che la menopausa sia riconosciuta come un problema di salute pubblica significativo e sia pienamente integrata nei servizi di assistenza sanitaria di base di routine, al fine di sostenere la salute a lungo termine delle donne e la loro continua partecipazione al mercato del lavoro; ricorda che gli studi hanno dimostrato che, solo in Germania, ogni anno le imprese possono subire una

perdita stimata di 9 milioni di EUR⁵⁶ a causa della mancanza di cure e sostegno per le donne che manifestano i sintomi della menopausa; invita gli Stati membri a garantire un accesso tempestivo ai trattamenti per la menopausa, anche attraverso servizi specializzati e orientamenti clinici chiari che tengano debitamente conto delle fasi della vita ormonale quali le mestruazioni, la gravidanza e la menopausa; riconosce che la maggior parte dei trattamenti disponibili sono ormonali e, pertanto, non sono adatti a tutte le pazienti; sottolinea la necessità di sviluppare trattamenti non ormonali parallelamente a trattamenti ormonali più efficaci e ampiamente disponibili; osserva che le transizioni ormonali possono influenzare l'insorgenza, la gravità e la gestione di altre malattie croniche che colpiscono le donne in modo sproporzionato rispetto agli uomini; sottolinea che la maggior parte della ricerca medica esistente si concentra sugli anni di fertilità, trascurando la pubertà, la perimenopausa e la menopausa, e che è necessario un approccio più inclusivo e rappresentativo alle sperimentazioni cliniche;

55. deplora che la menopausa continui a essere oggetto di stigmatizzazione sociale e richiama l'attenzione sulla generale mancanza di consapevolezza dei sintomi della perimenopausa; sottolinea l'importanza di formare gli operatori sanitari sulla gestione della menopausa per fornire alle donne un sostegno coerente, basato su dati concreti e incentrato sulla paziente durante tutta la transizione della menopausa, nonché la necessità di mettere le donne nelle condizioni di riconoscere i sintomi in fase precoce e di chiedere cure adeguate; invita la Commissione e gli Stati membri a elaborare orientamenti a livello dell'UE sulla cura e la sensibilizzazione della menopausa e della perimenopausa;
56. deplora il fatto che, dall'istituzione del Servizio comunitario di informazione in materia di ricerca e sviluppo dell'UE quasi 40 anni fa, solo 10 dei 145 983 progetti finanziati dall'UE si siano occupati nello specifico di endometriosi⁵⁷; sottolinea che la salute sessuale e riproduttiva delle donne può essere influenzata negativamente da condizioni di salute non trattate o diagnosticate tardivamente; sottolinea che l'accesso tempestivo alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento è essenziale per proteggere la fertilità, la salute sessuale e il benessere generale e per ridurre le conseguenze evitabili a lungo termine; invita la Commissione e gli Stati membri a riconoscere l'endometriosi come una malattia cronica e a promuovere una diagnosi precoce attraverso una migliore formazione degli operatori sanitari di base, percorsi di orientamento più chiari e una maggiore consapevolezza tra i prestatori di assistenza sanitaria e chiede alla Commissione di elaborare un piano d'azione a livello dell'UE sull'endometriosi;
57. invita la Commissione e gli Stati membri a integrare una prospettiva di genere nella ricerca, nella diagnosi, nel trattamento e nella gestione del diabete, dal momento che il diabete può colpire uomini e donne in modo diverso e richiede pertanto un approccio sensibile alla dimensione di genere; chiede il sostegno dell'UE alle tecnologie attente alla dimensione di genere e all'integrazione della salute mentale per garantire un'assistenza personalizzata e risultati per le donne affette da diabete;
58. sottolinea il fatto che le malattie infiammatorie croniche della pelle, tra cui l'eczema atopico, si manifestano in modo diverso in base al genere e nelle diverse fasi della vita e

⁵⁶ FP Analytics & Bayer, "The Health and Economic Impacts of Menopause" (Gli impatti sanitari ed economici della menopausa), [caso di studio sulla Germania](#), maggio 2025.

⁵⁷ Viganò, P., Casalechi, M. e Dolmans, M., "European Union underinvestment in endometriosis research" (Carenza di investimenti dell'Unione europea nella ricerca sull'endometriosi), *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, vol. 5, marzo 2024.

colpiscono in modo sproporzionato le donne; riconosce che tali patologie comportano sintomi gravi e persistenti, quali dolore e prurito insopportabile, che compromettono in modo significativo la qualità della vita, il sonno e la salute mentale di un individuo; osserva che i cambiamenti ormonali rendono le donne più vulnerabili alle riacutizzazioni della dermatite atopica, in particolare durante il periodo premestruale e la gravidanza, nonché alla psoriasi durante la pubertà e la menopausa; sottolinea la necessità di formare gli operatori sanitari in merito a tali malattie della pelle, anche per quanto riguarda il modo in cui i sintomi e le esigenze di trattamento possono cambiare nelle fasi della vita ormonale; sottolinea che l'abbronzatura artificiale è probabilmente uno dei fattori che contribuiscono al maggiore aumento dei tassi di melanoma tra le donne più giovani rispetto agli uomini; esorta la Commissione a introdurre misure volte a limitare e ridurre in modo coerente l'abbronzatura artificiale in tutta l'UE al fine di fermare l'epidemia di melanoma⁵⁸; sottolinea la necessità di rafforzare la protezione dei consumatori regolamentando le pratiche di commercializzazione di prodotti di bellezza ingannevoli o dannose, garantendo che siano fornite chiare avvertenze sulla salute per quanto riguarda i rischi legati all'esposizione artificiale ai raggi UV e a determinate procedure cosmetiche;

59. invita la Commissione e gli Stati membri ad affrontare le sfide specifiche di genere delle malattie reumatiche e muscoloscheletriche nelle donne; sottolinea la necessità di rafforzare la ricerca e l'innovazione dell'UE per comprendere meglio il motivo per cui le donne sono colpite in modo sproporzionato, provano un dolore più intenso e rispondono in modo diverso ai trattamenti; incoraggia gli Stati membri a sviluppare e adottare modelli di assistenza multidisciplinare, corredati di indicatori di progresso, adattati alle esigenze delle donne con disturbi muscoloscheletrici, al fine di garantire loro parità di accesso a trattamenti medici e chirurgici avanzati e a stabilire indicatori per le malattie reumatiche e muscoloscheletriche;
60. invita la Commissione e gli Stati membri a rafforzare le politiche di assistenza alle persone anziane attente alla dimensione di genere, riconoscendo che le donne rappresentano la maggioranza degli anziani europei; chiede soluzioni che sostengano servizi di assistenza a lungo termine accessibili, a prezzi abbordabili e di alta qualità che rispettino la dignità, l'autonomia e la salute delle donne anziane; incoraggia la condivisione delle migliori pratiche relative a un trattamento sensibile alla dimensione di genere per le donne anziane, comprese misure preventive quali un'alimentazione e un'attività fisica adeguate, diagnosi e assistenza tempestive per le malattie e approcci su misura per le donne che vivono in contesti istituzionalizzati e le donne affette da malattie che causano la perdita di memoria che potrebbero avere difficoltà a esprimere le loro esigenze, preferenze e sintomi; sottolinea che vi è una maggiore prevalenza di malattie che causano la perdita di memoria, come il morbo di Alzheimer, tra le donne rispetto agli uomini, principalmente a causa della maggiore aspettativa di vita media delle donne, ma che ciò è riscontrabile anche tra le donne e gli uomini della stessa età;
61. accoglie con favore la pubblicazione della strategia per la parità di genere 2026-2030 della Commissione e gli impegni ivi contenuti volti ad affrontare le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria delle donne e a promuovere la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti; invita la Commissione a integrare la strategia per la parità di genere nelle

⁵⁸ Lazovich, D., Vogel, R. I., Weinstock, M. A., Nelson, H. H., Ahmed, R. L., & Berwick, M. (2016). "Association between indoor tanning and melanoma in younger men and women" (Associazione tra abbronzatura artificiale e melanoma negli uomini e nelle donne giovani), *JAMA dermatology*, marzo 2016.

sue prossime politiche, dando priorità e incentivando investimenti specifici e mirati nella salute delle donne; sottolinea che gli investimenti nelle patologie specifiche di genere dovrebbero riflettere la loro gravità e prevalenza, pur continuando a sostenere la ricerca sulle malattie rare; sottolinea che le future strategie devono prevedere un approccio integrato all'assistenza e l'obiettivo di migliorare la salute fisica e mentale;

Finanziamenti

62. riconosce che la ricerca e l'innovazione sono guidate da un equilibrio di incentivi e obblighi e che i finanziamenti dell'UE possono svolgere un ruolo significativo nell'incoraggiare maggiori investimenti nella ricerca su questioni specifiche di genere e nell'affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure in tutta l'UE, tra cui la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione a lungo termine delle malattie croniche che colpiscono le donne lungo tutto l'arco della vita; sottolinea che il settore privato è poco incentivato a investire nell'assistenza preventiva e che dovrebbe pertanto essere una priorità della Commissione e degli Stati membri investire in cure preventive specifiche per le donne, concentrandosi su patologie quali le malattie cardiovascolari, il diabete, le infezioni sessualmente trasmissibili e il cancro;
63. sostiene fermamente l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche dell'UE e nel bilancio dell'UE, compresa la presa in considerazione sistematica delle esigenze sanitarie delle donne in ogni fase della loro vita; invita la Commissione a pubblicare senza indugio inviti appositi e mirati a presentare proposte di finanziamento per la ricerca e le azioni connesse all'UE in materia di malattie specifiche di genere e ad avviare progetti volti a colmare il divario nei dati sanitari specifici per sesso e per genere; raccomanda l'istituzione di un gruppo di esperti sulla ricerca e l'innovazione in materia di salute delle donne, al fine di guidare lo sviluppo e l'attuazione collaborativa del piano di ricerca sulla salute delle donne; sottolinea che tali finanziamenti dovrebbero dare priorità alla ricerca pubblica e sostenere l'accesso ai sistemi sanitari per tutti, tenendo conto delle disuguaglianze sociali e regionali;
64. sottolinea che un'economia competitiva e orientata alle imprese è essenziale per sostenere un'assistenza sanitaria di alta qualità e conseguire risultati sanitari migliori per le donne; chiede politiche che premino l'innovazione medica, attraggano investimenti privati e sostengano la crescita economica, eliminando nel contempo gli oneri normativi superflui che frenano le imprese sanitarie europee, i ricercatori e lo sviluppo di nuovi trattamenti per le donne;
65. sottolinea che colmare i divari di genere in materia di salute è innanzitutto una questione di diritti fondamentali; ritiene tuttavia che il miglioramento della parità di genere in generale, ma in particolare nel settore della ricerca sanitaria, rappresenti un'opportunità competitiva per l'UE e un motore della produttività e della sostenibilità di bilancio a lungo termine; sottolinea che, secondo le stime del Forum economico mondiale, colmare le carenze di investimenti nell'assistenza sanitaria alle donne potrebbe stimolare l'economia mondiale a livello di 1 000 miliardi di USD l'anno entro il 2040; sottolinea che il divario nei dati sanitari specifici per sesso costituisce una carenza nella scienza di base sottostante sulle condizioni specifiche di genere che limita gli attori del settore privato disposti a investire nella ricerca applicata e di sviluppo; sottolinea che lo stanziamento di finanziamenti dell'UE per affrontare le disuguaglianze di genere in materia di salute attraverso l'attuale e i futuri programmi Orizzonte Europa, il Fondo europeo per la competitività e l'attuale e i futuri programmi EU4Health, unitamente a

misure volte a colmare le lacune in termini di dati, potrebbe incentivare gli investimenti e stimolare l'innovazione nell'UE;

66. invita la Commissione a elaborare e attuare una strategia specifica per la salute delle donne, integrata nel pilastro europeo dei diritti sociali a livello dell'UE, da attuare in tutti gli Stati membri, allo scopo di ridurre i divari di genere in materia di salute, promuovere la ricerca pubblica sulle patologie specifiche di genere e garantire la parità di accesso alle cure in tutta l'UE; sottolinea che la strategia dovrebbe includere indicatori specifici e obblighi di rendicontazione in merito ai progressi compiuti; invita la Commissione a dare priorità ai finanziamenti specifici stanziati nell'ambito del nuovo Fondo europeo per la competitività e di Orizzonte Europa 2028-2034 (10° PQ) per la ricerca sulla salute delle donne; chiede che l'UE stanzi fondi dedicati, circoscritti e tracciabili per la salute delle donne, le patologie specifiche di genere e l'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, nonché per progetti volti a colmare i divari di dati basati sul sesso e sul genere; sottolinea la necessità di finanziamenti sufficienti poiché, in media, le donne devono far fronte a maggiori vincoli socioeconomici e dipendono pertanto maggiormente dall'assistenza sanitaria pubblica e dai servizi sociali; sottolinea che la carenza di finanziamenti destinati all'assistenza per patologie specifiche di genere può avere ripercussioni negative sulle economie e sulla forza lavoro degli Stati membri;
67. pone l'accento sul ruolo cruciale delle organizzazioni della società civile nel fornire servizi sanitari basati sulle necessità, a livello di comunità e tra pari, in particolare per le donne che vivono situazioni di povertà, discriminazione o esclusione sociale; sottolinea che tali organizzazioni fungono da ponte tra i pazienti e le istituzioni pubbliche e si adoperano anche per promuovere la parità di genere e la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti, raccogliere dati sulle esperienze e sulle esigenze sanitarie delle donne, prevenire le truffe sanitarie online e contribuire a garantire leggi e politiche più inclusive sotto il profilo del genere nel settore dell'assistenza sanitaria; chiede che il loro ruolo sia esplicitamente riconosciuto nel prossimo Fondo europeo per la competitività e nel programma AgoraEU, destinando livelli sufficienti di finanziamenti alle organizzazioni della società civile che si occupano di parità di genere e salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti in entrambi i programmi; esprime preoccupazione per la riduzione dello spazio civico e dei finanziamenti disponibili per le organizzazioni della società civile che si occupano di salute e diritti delle donne in tutta l'UE; condanna fermamente la decisione della Commissione di tagliare inaspettatamente i finanziamenti, comprese le sovvenzioni di funzionamento per le organizzazioni della società civile in ambito sanitario, nel programma EU4Health, ed esorta la Commissione a ripristinare immediatamente finanziamenti adeguati per queste organizzazioni non governative operanti nel settore sanitario;
68. invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere una maggiore partecipazione delle donne a tutti gli aspetti della ricerca scientifica, sia come ricercatrici che come partecipanti alla ricerca; raccomanda l'adozione di misure volte a rimuovere gli ostacoli all'avanzamento di carriera delle donne nel settore scientifico e a garantire pari opportunità nell'accesso ai finanziamenti per la ricerca e alle posizioni dirigenziali; sottolinea che una composizione più equilibrata sotto il profilo del genere dei gruppi di ricerca e una maggiore partecipazione delle donne alle sperimentazioni cliniche contribuiranno a migliorare la qualità e l'affidabilità dei risultati in termini di salute;

o

o o

69. incarica la sua Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.