



PARLAMENTO EUROPEO

2009 - 2014

Documento di seduta

A7-0306/2013

26.9.2013

RELAZIONE

sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi
(2013/2040(INI))

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

Relatore: Edite Estrela

INDICE

	Pagina
PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO	3
MOTIVAZIONE.....	21
PARERE DI MINORANZA.....	28
PARERE DELLA COMMISSIONE PER LO SVILUPPO.....	29
ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE.....	33

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi

(2013/2040(INI))

Il Parlamento europeo,

- vista la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, adottata nel 1948 e, in particolare, gli articoli 2 e 25,
- visti l'articolo 2, paragrafo 2, l'articolo 3 e l'articolo 12 del Patto internazionale delle Nazioni Unite del 1966 sui diritti economici, sociali e culturali, come interpretati nell'Osservazione generale n. 14 della Commissione delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali,
- visti gli articoli 2, 12, paragrafo 1, e 16, paragrafo 1, della Convenzione delle Nazioni Unite del 1979 sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), che riguardano la salute delle donne, il matrimonio e la vita familiare, e le raccomandazioni generali n. 21 (del 1994) e n. 24 (del 1999),
- visti gli articoli 2, 12, e 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989, che riguardano la non discriminazione, il diritto del minore a essere ascoltato e la protezione della salute materna, neonatale e infantile, oltre che allo sviluppo di programmi di istruzione e servizi in materia di pianificazione familiare,
- visti la dichiarazione e il programma di azione della Conferenza internazionale delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo (Il Cairo, 13 settembre 1994) e i documenti finali delle sue conferenze di revisione, la risoluzione della sessione straordinaria dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (ICPD+5) del giugno 1999, e la risoluzione 65/234 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sul seguito della Conferenza internazionale delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo dopo il 2014 (dicembre 2010),
- viste la dichiarazione e la piattaforma d'azione di Pechino, adottate durante la quarta Conferenza mondiale sulle donne il 15 settembre 1995, e le risoluzioni del Parlamento del 18 maggio 2000 sul seguito dato alla piattaforma d'azione di Pechino¹, del 10 marzo 2005 sul seguito della quarta Conferenza mondiale sulla piattaforma di azione per le donne (Pechino +10)² e del 25 febbraio 2010 su Pechino +15 – Programma d'azione delle Nazioni Unite a favore dell'uguaglianza di genere³,
- visti gli obiettivi di sviluppo del Millennio adottati in occasione del Vertice del Millennio delle Nazioni Unite nel settembre 2000,
- viste le dichiarazioni parlamentari di impegno sull'attuazione del Programma d'azione

¹ GU C 59 E del 23.2.2001, pag. 133.

² GU C 320 E del 15.12.2005, pag. 12.

³ GU C 348 E del 21.12.2010, pag. 11.

dell'ICPD da Ottawa (2002), Strasburgo (2004), Bangkok (2006), Addis Abeba (2009) e Istanbul (2012),

- vista la relazione delle Nazioni Unite del relatore speciale sul "Diritto all'istruzione" (A/65/162 (2010)),
- vista la strategia globale dell'Organizzazione mondiale della sanità per la salute delle donne e dei bambini, lanciata nel 2010,
- vista la relazione dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità e del Centro federale tedesco per l'educazione sanitaria (BZgA) dal titolo "Standards for Sexuality Education in Europe – A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists" ("Norme per l'educazione sessuale in Europa – Un quadro di riferimento per responsabili politici, autorità educative e sanitarie e specialisti"), pubblicata nel 2010,
- visto il paragrafo 16 della relazione intermedia delle Nazioni Unite del relatore speciale sul "Diritto di tutti al godimento del massimo livello raggiungibile di salute fisica e mentale" (A/66/254 (2011)),
- vista la relazione delle Nazioni Unite del relatore speciale sul "Diritto di tutti al godimento del massimo livello raggiungibile di salute fisica e mentale" (A/HRC/17/25 (2011)),
- vista la relazione dell'Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani del 17 novembre 2011 sulle leggi e le pratiche discriminatorie e gli atti di violenza contro i singoli sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere (A/HR/C/19/41),
- vista la risoluzione del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite n. 21/6 del 21 settembre 2012 in materia di "Mortalità e morbilità materne prevenibili e i diritti umani",
- vista la relazione del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione intitolata "Stato della popolazione mondiale 2012: per scelta e non per caso" (State of the world population 2012: By choice not by chance) del 14 novembre 2012,
- visti i paragrafi da 45 a 50 della relazione delle Nazioni Unite del relatore speciale intitolata "Tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti" (A/HRC/22/53 (2013)),
- viste la Convenzione europea dei diritti dell'uomo e la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, in particolare l'articolo 9, relativo alla libertà di religione e di coscienza,
- vista la risoluzione 1399 del 2004 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa su una "Strategia europea per la promozione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi",
- vista la risoluzione 1607 del 2008 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa in materia di "Accesso all'aborto sicuro e legale in Europa",
- visti gli articoli 2, 5 e 152 del trattato CE,

- visti gli articoli 8, 9 e 19 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea, che si riferiscono alla lotta contro la discriminazione fondata sul sesso e alla protezione della salute umana,
- vista la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,
- visto il consenso europeo in materia di sviluppo (2005),
- viste le conclusioni del Consiglio sul ruolo dell'UE nella sanità mondiale, adottate in occasione della 3011a riunione del Consiglio "Affari esteri" del 10 maggio 2010,
- visto il regolamento (CE) n. 1567/2003 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 luglio 2003, sul sostegno alle politiche e alle azioni riguardanti la salute e i diritti riproduttivi e sessuali nei paesi in via di sviluppo¹,
- visto il regolamento (CE) n. 1922/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 dicembre 2006, che istituisce un Istituto europeo per l'uguaglianza di genere²,
- visto il regolamento (CE) n. 851/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 aprile 2004, con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie³,
- viste le sue risoluzioni del 29 settembre 1994 sui risultati della Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo⁴, e del 4 luglio 1996 sul seguito della Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo⁵,
- vista la sua risoluzione del 3 luglio 2002 sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi⁶,
- vista la sua risoluzione del 10 febbraio 2004 sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie⁷,
- vista la sua risoluzione del 4 settembre 2008 sulla mortalità materna in vista dell'evento di alto livello delle Nazioni Unite sugli obiettivi di sviluppo del Millennio tenutosi il 25 settembre 2008⁸,
- vista la sua risoluzione del 5 aprile 2011 sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'UE in materia di lotta alla violenza contro le donne⁹,
- vista la sua risoluzione del 13 marzo 2012 sulla parità tra donne e uomini nell'Unione

¹ GU L 224 del 6.09.2003, pag. 1.

² GU L 403 del 30.12.2006, pag. 9.

³ GU L 142 del 30.04.2004, pag. 1.

⁴ GU C 305 del 31.10.1994, pag. 80.

⁵ GU C 211 del 22.7.1996, pag. 31.

⁶ GU C 271 del 12.11.2003, pag. 219.

⁷ GU L 142 del 30.4.2004, pag. 1.

⁸ GU C 295 del 4.12.2009.

⁹ Testi approvati, P7_TA(2011)0127.

europea - 2011¹,

- vista la relazione dell'Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani sulle leggi e le pratiche discriminatorie e gli atti di violenza contro i singoli sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere (A/HR/C/19/41),
 - visto l'articolo 48 del suo regolamento,
 - visti la relazione della commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere e il parere della commissione per lo sviluppo (A7-0306/2013),
- A. considerando che i diritti sessuali e riproduttivi sono diritti umani, le cui violazioni costituiscono violazioni dei diritti delle donne e delle bambine all'uguaglianza, alla non discriminazione, alla dignità, alla salute e della libertà da trattamenti disumani e degradanti;
- B. considerando che l'articolo 8 del TFUE sancisce che in tutte le sue azioni l'Unione mira ad eliminare le ineguaglianze, nonché a promuovere la parità, tra uomini e donne;
- C. considerando che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti riguardano tutti gli esseri umani in ogni fase della vita e che, pertanto, risultano essere un tema di interesse per donne e uomini durante tutto l'arco dell'esistenza; che i programmi in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti (SSRRD) devono essere adattati alle diverse necessità e sfide che le persone affrontano in diverse fasi della loro vita;
- D. considerando che l'articolo 168 del TFUE stabilisce che l'Unione garantisce un livello elevato di protezione della salute umana e il miglioramento della salute pubblica;
- E. considerando che le donne e gli uomini, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalla razza, dall'etnicità, dalla classe sociale, dalla casta di appartenenza, dall'affiliazione religiosa, dallo stato civile, dall'occupazione, dalla disabilità, dalla condizione di infezione da HIV/AIDS (o infezioni sessualmente trasmissibili), dall'origine nazionale, dallo status d'immigrazione, dalla lingua, dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere, hanno il diritto di compiere scelte informate e responsabili riguardo alla loro salute sessuale e riproduttiva, e che dovrebbero disporre di tutti i mezzi e di tutte le possibilità per compiere tali scelte;
- F. considerando che la disuguaglianza di genere è una delle cause principali della mancata realizzazione della salute sessuale e riproduttiva di donne e adolescenti; che le percezioni stereotipate della femminilità e della mascolinità in generale, come pure le percezioni circa la sessualità di ragazze e donne in particolare, rappresentano un grave ostacolo al raggiungimento della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti;
- G. considerando che la relazione del 2010 del relatore speciale delle Nazioni Unite sul "Diritto all'istruzione" stabilisce che il diritto a un'educazione sessuale completa è un diritto umano;

¹ GU C 251 E del 31.8.2013, pag. 1.

- H. considerando che le gravidanze non programmate e non desiderate sono ancora una realtà problematica per molte donne nell'UE, incluse le adolescenti;
- I. considerando che, in circa un terzo degli Stati membri, i contraccettivi non sono inclusi nell'assicurazione sanitaria pubblica, il che rappresenta un grave ostacolo all'accesso per alcuni gruppi di donne, incluse quelle che percepiscono un reddito basso, le adolescenti e le donne che vivono relazioni violente;
- J. considerando che le donne sono colpite in misura sproporzionata dalla mancanza di SSRRD per la natura stessa della riproduzione umana e del contesto sociale, giuridico ed economico fondato sul genere in cui essa avviene;
- K. considerando che un'educazione sessuale completa, adeguata all'età, fondata su elementi concreti, scientificamente accurata e acritica, l'esistenza di servizi di qualità in materia di pianificazione familiare e l'accesso alla contraccezione contribuiscono a prevenire le gravidanze non programmate e non desiderate, riducono la necessità di ricorrere all'aborto e concorrono alla prevenzione dell'HIV/AIDS e delle infezioni sessualmente trasmissibili; che, inoltre, insegnando ai giovani ad assumersi le proprie responsabilità rispetto alla loro salute sessuale e riproduttiva, si ottengono effetti positivi a lungo termine e che durano tutta la loro vita, con ripercussioni positive sulla società;
- L. considerando che, secondo il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) e secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), sono 287 000 le donne che ogni anno muoiono a causa di complicazioni legate alla gravidanza e al parto;
- M. considerando che, secondo le stime, cinque milioni di giovani di età compresa tra 15 e 24 anni e due milioni di adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni sono affetti da HIV/AIDS¹ e che, generalmente, non riescono ad accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva e per l'HIV/AIDS e ad avvalersene, visto che tali servizi raramente rispondono in maniera globale alle peculiari necessità in termini di salute sessuale e riproduttiva dei giovani;
- N. considerando che, nonostante gli impegni a livello internazionale, esiste una disparità nel livello medio di salute sessuale e riproduttiva tra gli Stati membri e al loro interno come pure disuguaglianze nei diritti sessuali e riproduttivi di cui beneficiano le donne in Europa a seconda del paese di residenza, del reddito, dell'età, dello status d'immigrazione e di altri fattori;
- O. considerando che è meno probabile che le madri adolescenti conseguano il diploma di istruzione secondaria, mentre è più probabile che vivano in povertà;
- P. considerando che le donne migranti, rifugiate e senza documenti vivono in precarie situazioni socioeconomiche, in cui le preoccupazioni che riguardano la loro salute sessuale e riproduttiva sono spesso minimizzate o ignorate;
- Q. considerando che l'opposizione alla SSRRD è aumentata in Europa e nel mondo, con il

¹ Relazione dell'UNICEF intitolata "Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to young adulthood" ("Opportunità in tempo di crisi: prevenire l'HIV/AIDS dalla prima adolescenza alla gioventù"), 2011.

fine di negare alle donne e agli uomini i diritti sessuali e riproduttivi fondamentali che tutti gli Stati membri dell'UE si sono impegnati a proteggere negli accordi internazionali;

- R. considerando che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti sono fattori chiave per l'uguaglianza di genere, l'eliminazione della povertà, la crescita economica e lo sviluppo;
- S. considerando che le donne e gli uomini dovrebbero assumersi equamente la responsabilità per la prevenzione delle gravidanze indesiderate; che i contraccettivi sono utilizzati principalmente dalle donne;
- T. considerando che la prevenzione delle gravidanze indesiderate non si riduce soltanto ai servizi e alle informazioni in materia di contraccezione, ma include anche la fornitura di un'educazione sessuale completa e di assistenza materiale e finanziaria per le donne incinte in stato di necessità;
- U. considerando che l'accesso all'aborto sicuro è vietato, se non in presenza di circostanze ben precise, in tre Stati membri dell'UE (Irlanda, Malta e Polonia); che in molti altri Stati membri l'aborto resta legale ma che è sempre più difficile accedervi a causa di barriere normative o pratiche come l'abuso dell'obiezione di coscienza, i periodi di attesa obbligatori e le consulenze non obiettive e che altri Stati membri stanno addirittura valutando la possibilità di limitare l'accesso ai servizi per l'aborto;
- V. considerando che le condizioni socioeconomiche e occupazionali delle donne e delle giovani coppie spesso ostacolano le scelte di maternità e paternità;
- W. considerando che la mortalità materna continua a essere un fattore di preoccupazione in alcuni Stati membri, nonché una sfida nel quadro della politica europea in materia di sviluppo;
- X. considerando che la violenza sessuale costituisce una grave violazione dei diritti umani e che ha effetti devastanti sulla sessualità, sulla dignità, sul benessere psicologico, sull'autonomia e sulla salute riproduttiva di donne e ragazze; che le pratiche tradizionali dannose come la mutilazione/escissione genitale e i matrimoni precoci e forzati hanno un impatto dannoso sul benessere personale e sull'autostima, sulle relazioni sessuali, sulle gravidanze e sul parto e sono un rischio che dura tutta la vita per la salute delle donne nonché per le comunità e la società nel suo insieme;
- Y. considerando che la violenza contro le donne, in particolare la violenza domestica e lo stupro, è un fenomeno diffuso, e che il numero di donne a rischio di contrarre l'HIV/AIDS e altre infezioni sessualmente trasmissibili aumenta a causa della condotta sessuale ad alto rischio dei loro partner; che tale violenza è perpetrata anche contro le donne incinte, aumentando così le probabilità di aborti spontanei, parti di feti morti o interruzioni volontarie di gravidanza;
- Z. considerando che le differenze tra gli Stati membri nelle percentuali relative agli aborti e una diffusa cattiva salute riproduttiva in alcune parti dell'UE indicano la necessità di fornire servizi economici, accessibili, accettabili e di qualità senza discriminazioni, compresi servizi di pianificazione familiare e servizi mirati agli adolescenti, oltre a un'educazione sessuale completa;

- AA. considerando che i tagli al bilancio per la sanità pubblica limitano ulteriormente l'accesso all'assistenza sanitaria;
- AB. considerando che le donne e le ragazze che praticano la prostituzione o che utilizzano stupefacenti e/o sono transessuali sono maggiormente a rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV, e che le loro necessità in termini di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti sono spesso trascurate;
- AC. considerando che gli studi hanno dimostrato che un'educazione sessuale completa e i servizi di pianificazione familiare di qualità incrementano effettivamente la probabilità di un comportamento responsabile già nell'attività sessuale iniziale e in seguito;
- AD. considerando che oggi le persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e intersessuali (LGBTI) continuano a essere vittima di discriminazione, violenza e rappresentazioni non obiettive della loro sessualità e identità di genere in tutti gli Stati membri;
- AE. considerando che occorre prestare attenzione non solo all'interruzione delle gravidanze indesiderate ma anche, soprattutto, alla prevenzione di tali gravidanze; che la prevenzione delle gravidanze indesiderate non si riduce soltanto alla fornitura di metodi contraccettivi e di informazioni, ma include anche la fornitura di un'educazione sessuale completa nonché di assistenza materiale e finanziaria per le donne incinte in stato di necessità;
- AF. considerando che i giovani sono ampiamente e troppo presto esposti a contenuti pornografici, in particolare mediante Internet, sia a casa che nel contesto scolastico;
- AG. considerando che gli aborti in condizioni inadeguate mettono gravemente a rischio la salute fisica e mentale della donna, e finanche la sua vita;
- AH. considerando che la sessualizzazione delle ragazze nei mezzi d'informazione è un fenomeno che si ripercuote sullo sviluppo affettivo e sulla vita sessuale non solo delle donne ma anche degli uomini, contribuendo alla persistenza degli stereotipi di genere, delle discriminazioni e delle violenze fondate sul sesso;
- AI. considerando che in alcuni Stati membri si verificano ancora pratiche di sterilizzazione forzata o obbligatoria di donne rom e disabili e di persone transessuali;
- AJ. considerando che la condivisione delle migliori pratiche tra gli Stati membri consente di trovare le migliori soluzioni e di garantire meglio gli interessi di tutti i cittadini dell'UE;
- AK. considerando che vi sono esempi di Stati membri che, a una legislazione liberale in materia di aborto, associano un'efficace educazione sessuale, servizi di pianificazione familiare di alta qualità e la disponibilità di diversi contraccettivi, coniugando tassi di aborto inferiori e tassi di nascita superiori;

Politica in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE in generale

1. riafferma che "la salute è un diritto umano fondamentale indispensabile per l'esercizio di altri diritti umani" e che l'UE può arrivare al massimo livello raggiungibile di salute solo se la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di tutti sono pienamente riconosciuti e

promossi;

2. sottolinea che le violazioni della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti hanno un impatto diretto sulla vita di donne e ragazze, sull'indipendenza economica delle donne, sulla fruizione dei servizi sociali da parte delle donne, sull'accesso di queste ultime al processo decisionale e alla partecipazione alla vita pubblica, sulla vulnerabilità delle donne alla violenza maschile, sull'accesso delle donne all'istruzione e sul godimento della vita privata e, pertanto, tali violazioni si ripercuotono sulla società nel suo insieme;
3. sottolinea che è fondamentale dotare le donne e le ragazze dei mezzi per la loro autonomia così da rompere il circolo della discriminazione e della violenza e promuovere e proteggere i diritti umani, inclusa la salute sessuale e riproduttiva;
4. riconosce che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi costituiscono un elemento fondamentale della dignità umana di cui occorre tener conto nel contesto più ampio della discriminazione strutturale e delle disuguaglianze di genere; invita gli Stati membri a tutelare la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti attraverso l'Agenzia per i diritti fondamentali e l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), in particolare garantendo l'esistenza di programmi e servizi di salute riproduttiva, inclusi l'assistenza sanitaria e i farmaci essenziali per la pianificazione familiare volontaria e per la salute materna e neonatale, e continuando a vigilare sulle politiche e/o sulle normative che potrebbero violare la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti;
5. invita gli Stati membri a fornire servizi per la salute sessuale e riproduttiva di qualità, tagliati sulle necessità di gruppi specifici senza alcuna discriminazione o timore di essere giudicati (p. es. i giovani e i gruppi vulnerabili); sottolinea che tali servizi devono anche promuovere e facilitare il ruolo attivo di uomini e ragazzi nella condivisione delle responsabilità per la condotta sessuale e le sue conseguenze;
6. sottolinea che le politiche dell'UE e degli Stati membri devono garantire che essi rispettino, tutelino e realizzino la SSRRD per tutti, promuovendo la conoscenza della sessualità umana quale aspetto positivo della vita e creando una cultura dell'accettazione, del rispetto, della non discriminazione e della non violenza;
7. sottolinea che, nell'ambito dell'Unione europea e ove pertinente nelle sue politiche esterne, l'UE deve garantire che le leggi e le politiche siano modificate, promulgate o abrogate per assicurare il rispetto e la protezione della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti e consentire a tutti gli individui di avvalersi di tali diritti senza alcun tipo di discriminazione;
8. sottolinea che occorre offrire scelte riproduttive e servizi per la fertilità in un quadro non discriminatorio, ed esorta gli Stati membri a garantire l'accesso ai trattamenti per la fertilità e alla procreazione medica assistita anche per le donne senza un partner e le lesbiche;
9. sottolinea che la maternità surrogata rappresenta una mercificazione sia dei corpi delle donne che dei bambini, e costituisce una minaccia per l'integrità fisica delle donne e per i loro diritti umani;

10. sottolinea che la sterilizzazione forzata od obbligatoria di qualunque persona, incluse le persone transessuali, rappresenta una violazione dei diritti umani e dell'integrità fisica di tali individui, e invita gli Stati membri ad abrogare tutte le leggi esistenti che impongono la sterilizzazione;
11. si rammarica profondamente per il fatto che la proposta di un nuovo "Programma Salute per la crescita 2014-2020" non contenga alcun riferimento alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, ed esorta la Commissione europea a includere la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti nella prossima strategia dell'UE per la salute pubblica;
12. invita gli Stati membri a garantire una distribuzione adeguata sotto il profilo geografico di sportelli sanitari di qualità e di opzioni di trasporto qualitative e sicure così da assicurare l'accesso equo di tutta la popolazione, incluse le donne e le ragazze che vivono in zone rurali;
13. osserva che sebbene l'elaborazione e l'attuazione di politiche in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi sia di competenza degli Stati membri, l'UE può esercitare la sua competenza per l'elaborazione di strategie e iniziative che integrino le questioni relative alla SSRRD nei settori della sanità pubblica e della non discriminazione, in modo da sostenere un'attuazione più efficace e una migliore sensibilizzazione alle politiche sui diritti sessuali e riproduttivi e promuovere lo scambio di buone pratiche tra Stati membri;
14. invita gli Stati membri a fornire accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva adottando un approccio basato sui diritti e senza alcuna discriminazione dovuta all'origine etnica, alla condizione abitativa, allo status d'immigrazione, all'età, alla disabilità, all'orientamento sessuale, all'identità di genere, alla salute o allo stato civile;
15. sottolinea che le politiche in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti devono tener conto di gruppi specifici e dei rischi connessi alle loro identità o alla loro situazione, in particolare per quanto riguarda le donne che appartengono a minoranze etniche, le donne incinte, lesbiche, bisessuali o transessuali, i bambini e i giovani, le persone LGBTI, le persone che praticano la prostituzione, i detenuti, i migranti, e i consumatori di droghe per iniezione;
16. chiede ai governi degli Stati membri e dei paesi candidati di mettere a punto una politica nazionale di alta qualità in materia di salute sessuale e riproduttiva, in collaborazione con le organizzazioni pluraliste della società civile, fornendo ampie informazioni sulle possibilità reali e responsabili di pianificazione familiare, al fine di garantire un accesso equo a un'ampia varietà di metodi contraccettivi di alta qualità e acquisire coscienza della propria fertilità;
17. invita l'UE e i suoi Stati membri a compilare e monitorare dati e statistiche più generali relativi agli indicatori della salute sessuale e riproduttiva (infezioni sessualmente trasmissibili, percentuali relative ad aborti e contraccezione, richieste di contraccettivi non soddisfatte, gravidanze in età adolescenziale, ecc.), disaggregati almeno per genere ed età;
18. esprime preoccupazione per le restrizioni all'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva e ai contraccettivi nei paesi in via di adesione; invita i governi di questi paesi ad adottare misure legislative e politiche che garantiscano l'accesso universale ai servizi

per la salute sessuale e riproduttiva, e a raccogliere sistematicamente le informazioni necessarie per migliorare la situazione della salute sessuale e riproduttiva;

19. invita gli Stati membri a garantire un finanziamento sostenibile dei servizi pubblici e delle organizzazioni della società civile che forniscono servizi nel settore della salute sessuale e riproduttiva;
20. invita gli Stati membri a collaborare con la Commissione, l'EIGE e la società civile per definire una strategia europea per la promozione della SSRRD, e a sostenere l'elaborazione e l'attuazione di strategie nazionali globali in materia di salute sessuale e riproduttiva; suggerisce di conferire all'EIGE la facoltà di raccogliere, analizzare e compilare dati e migliori pratiche su scala europea, in modo da meglio comprendere gli ostacoli all'integrazione dei programmi di prevenzione e cura per la salute sessuale e riproduttiva nei sistemi sanitari di base;
21. sottolinea che le attuali misure di rigore imposte agli Stati membri dalle istituzioni dell'UE hanno un effetto negativo, in particolare per le donne, sia in termini di qualità che di convenienza e accessibilità, sui servizi di sanità pubblica, sulle informazioni e sui programmi inerenti alla salute sessuale e riproduttiva, nonché sulle organizzazioni che si occupano di pianificazione familiare e di sostegno, sui fornitori di servizi delle organizzazioni non governative, e sull'indipendenza economica delle donne; rileva che gli Stati membri dovrebbero intraprendere le misure necessarie a garantire che l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva non sia messo a repentaglio;
22. chiede agli Stati membri di mettere a punto una strategia per la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti dotata di un bilancio assegnato, di un piano d'attuazione e di un sistema di monitoraggio;
23. sottolinea l'importanza vitale dell'accesso delle donne ai controlli ginecologici e mammografici annuali, e che è pertanto inaccettabile che gli Stati membri riducano le prestazioni in tal senso con il pretesto della crisi e dei tagli di bilancio;
24. incoraggia gli Stati membri a condividere le migliori pratiche e i migliori pacchetti di misure per le politiche in materia di salute sessuale e riproduttiva;
25. invita gli Stati membri e i paesi candidati, alla luce dell'impatto della crisi economica e finanziaria sul settore della sanità pubblica, a fornire, a titolo gratuito o in maniera finanziariamente accessibile, informazioni e servizi in materia di contraccettivi e altri servizi inerenti alla salute sessuale e riproduttiva, quali esami ginecologici e mammografie, nonché misure di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie sessuali trasmissibili, che includano una consulenza professionale di alta qualità per tutte le sezioni della popolazione, comprese le donne nelle aree rurali, i giovani, le minoranze etniche, e le persone con disabilità e vittime di esclusione sociale;
26. sottolinea che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti sono diritti fondamentali di uomini e donne, che non dovrebbero subire restrizioni per motivi religiosi, per esempio concludendo concordati;
27. insiste sul fatto che assicurare alle donne, alle ragazze e alle coppie la libertà

fondamentale di decidere della propria vita sessuale e riproduttiva, compresa quella di decidere se e quando avere figli, significa dar loro la possibilità di consacrarsi ad attività quali l'istruzione e l'occupazione, il che contribuisce all'uguaglianza di genere, alla riduzione della povertà e allo sviluppo sostenibile per tutti; constata che, quando possono scegliere di avere meno figli e disporre di più tempo tra le nascite, le famiglie sono in grado di consacrarsi maggiormente all'educazione e alla salute di ognuno dei figli;

Gravidanze non programmate e indesiderate: accesso alla contraccezione e a servizi per un aborto sicuro

28. sottolinea che è fondamentale, per uno sviluppo individuale, sociale ed economico, che le donne abbiano il diritto di decidere liberamente e responsabilmente il numero, il momento e l'intervallo tra le gravidanze, come prevedono le leggi internazionali sui diritti umani;
29. sottolinea che la pianificazione familiare volontaria contribuisce a prevenire le gravidanze non programmate e non desiderate e a ridurre la necessità di ricorrere all'aborto;
30. invita gli Stati membri ad astenersi dall'impedire alle donne incinte che desiderano abortire di recarsi in altri Stati membri o altre giurisdizioni in cui la procedura è legale;
31. esorta gli Stati membri a promuovere la ricerca scientifica sui metodi contraccettivi maschili e femminili, in modo da facilitare la condivisione dell'onere della responsabilità della contraccezione;
32. sottolinea che in nessun caso l'aborto deve essere promosso come metodo di pianificazione familiare;
33. ritiene che gli Stati membri dovrebbero realizzare politiche e misure atte a prevenire il ricorso all'aborto per ragioni sociali ed economiche sostenendo le madri e le coppie in difficoltà;
34. raccomanda che, come tematica che tocca i diritti umani e la salute pubblica, i servizi di qualità per l'aborto siano resi legali, sicuri e accessibili a tutti, nell'ambito dei sistemi di salute pubblica degli Stati membri, anche alle donne non residenti, le quali spesso chiedono tali servizi in altri paesi a causa di leggi restrittive in materia di aborto nel loro paese d'origine, in modo da evitare aborti clandestini che mettono in grave pericolo la salute fisica e mentale delle donne;
35. sottolinea che l'aborto, anche quando è legale, è spesso evitato o prorogato da ostacoli che impediscono di accedere a servizi adeguati, come l'ampio ricorso all'obiezione di coscienza, periodi di attesa non necessari dal punto di vista medico o consulenze non obiettive; sottolinea che gli Stati membri dovrebbero regolamentare e monitorare il ricorso all'obiezione di coscienza nelle professioni chiave in modo da assicurare che l'assistenza sanitaria in materia di salute riproduttiva sia garantita come diritto individuale, mentre è garantito anche l'accesso a servizi legali e sono disponibili sistemi di rinvio pubblici adeguati e di qualità; sottolinea che il diritto all'obiezione di coscienza è un diritto individuale e non una politica collettiva e che la consulenza deve avere carattere di

riservatezza e deve essere scevra da giudizi di valore; manifesta preoccupazione per il fatto che il personale medico sia costretto a rifiutarsi di prestare servizi per la salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti negli ospedali e nelle cliniche di stampo religioso in tutta l'UE;

36. esorta gli Stati membri ad adottare disposizioni mirate per rispondere alle esigenze specifiche delle persone vulnerabili a rischio di emarginazione e di esclusione sociale ed economica con particolare riferimento alle giovani donne in zone rurali, il cui accesso ai metodi contraccettivi moderni può essere ostacolato da difficoltà economiche e sociali, soprattutto nell'attuale situazione di crisi economica;
37. invita tutti gli Stati membri a garantire che i professionisti sanitari che praticano l'aborto e che svolgono servizi connessi all'aborto non siano perseguibili o penalizzati in virtù di strumenti di diritto penale per aver prestato tali servizi;
38. denuncia che, nei paesi in cui l'accesso all'aborto è difficile, si produce una situazione di disuguaglianza e discriminazione visto che, di fronte a un'interruzione volontaria di gravidanza, esistono due categorie di donne, ossia una prima categoria di donne che dispongono delle risorse economiche per pagare il viaggio e le spese per abortire liberamente e legalmente, con tutte le garanzie sanitarie, in tutti i paesi europei in cui l'aborto è accessibile e legale, e una seconda categoria di donne prive di risorse economiche, che devono ricorrere alla pratica dell'aborto clandestino come se fossero criminali, mettendo gravemente a repentaglio la loro salute e la loro vita;
39. invita i governi degli Stati membri e dei paesi candidati ad astenersi dal processare le donne che si sono sottoposte a un aborto clandestino;
40. raccomanda agli Stati membri di continuare a erogare le informazioni e i servizi necessari a mantenere un basso livello di mortalità materna, ad adoperarsi maggiormente per ridurre la mortalità materna e a garantire un'assistenza prenatale e post parto di qualità;

Educazione sessuale completa e servizi su misura per gli adolescenti

41. invita gli Stati membri a garantire un accesso universale a informazioni, educazione e servizi completi in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti; sollecita gli Stati membri a garantire che queste informazioni comprendano diversi metodi moderni di pianificazione familiare e consulenza, la presenza di personale specializzato per le nascite e il diritto di accedere a cure di ginecologia e ostetricia di emergenza, e a garantire che tali informazioni contemplino anche le operazioni per il cambio di sesso, e che non esprimano giudizi e siano scientificamente precise riguardo ai servizi per l'aborto;
42. sottolinea che la partecipazione dei giovani, in cooperazione con altri attori, quali genitori, all'elaborazione, all'attuazione e alla valutazione dei programmi, è essenziale per un'educazione sessuale globale ed efficace; incoraggia il ricorso, in materia di educazione sessuale, agli educatori appartenenti allo stesso gruppo quale strumento positivo per il raggiungimento dell'emancipazione e invita gli Stati membri e i paesi candidati a ricorrere a vari metodi per raggiungere i giovani, quali campagne pubblicitarie, marketing sociale per l'uso dei preservativi e altri metodi contraccettivi, e iniziative quali linee verdi

telefoniche confidenziali;

43. invita gli Stati membri ad assicurare che l'insegnamento dell'educazione sessuale sia obbligatorio per tutti gli alunni nelle scuole primarie e secondarie e che a questa materia sia dedicato sufficiente spazio nei programmi scolastici; raccomanda l'importanza che i programmi di educazione sessuale siano regolarmente rivisti e aggiornati, riservando particolare attenzione ai temi del rispetto della donna e della parità di genere;
44. sottolinea che l'educazione sessuale deve essere concepita e attuata in maniera olistica e positiva e sulla base dei diritti, sottolineando lo sviluppo di competenze per la vita e includendo sia gli aspetti psicosociali che gli aspetti biomedici della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti; sottolinea che l'educazione sessuale deve essere fornita in un'atmosfera sicura, scevra da tabù e interattiva tra studenti ed educatori;
45. sottolinea che le esigenze relative alla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti sono diverse da quelle degli adulti; invita gli Stati membri a garantire che gli adolescenti abbiano accesso a servizi di facile utilizzo che tengano in debita considerazione le loro preoccupazioni e i loro diritti in materia di riservatezza e vita privata;
46. invita gli Stati membri a fornire servizi per la salute sessuale e riproduttiva adatti agli adolescenti e che tengano conto dell'età, della maturità e delle capacità che evolvono, che non siano discriminatori rispetto al genere, allo stato civile, alla disabilità, all'orientamento/identità sessuale, e che siano accessibili senza il consenso dei genitori e dei tutori;
47. invita gli Stati membri a garantire a tutti i minori e agli adolescenti (sia all'interno che al di fuori della scuola) un'educazione sessuale e affettiva obbligatoria, impartita in un quadro comune a ragazzi e ragazze, adeguata rispetto alla loro età e specifica rispetto al loro genere;
48. invita gli Stati membri a sviluppare e attuare programmi e corsi di educazione e formazione post-laurea obbligatori sui temi riguardanti la salute sessuale e i diritti riproduttivi indirizzati agli studenti di medicina e agli operatori sanitari al fine di assicurare future consulenze di qualità per le donne e le coppie, in base alle loro condizioni di salute e ai loro bisogni personali e di carriera riguardanti la dimensione familiare desiderata;
49. invita gli Stati membri ad adottare misure tese a eliminare tutte le barriere che impediscono l'accesso di ragazze e ragazzi adolescenti a metodi contraccettivi sicuri, efficaci e convenienti, inclusi i preservativi, e a fornire informazioni chiare in materia di contraccettivi;
50. ricorda agli Stati membri il loro obbligo di garantire che i minori e i giovani possano avvalersi del loro diritto di richiedere, ricevere e impartire informazioni relative alla sessualità, anche per quanto riguarda l'orientamento sessuale, l'identità di genere e l'espressione di genere, in una maniera adeguata all'età e sensibile rispetto al genere;
51. insiste affinché gli Stati membri elaborino misure che prevedano di lavorare con madri e donne incinte, giovani e minorenni, per aiutarle ad affrontare i problemi di una maternità

precoce e prevenire casi di infanticidio;

52. sottolinea che l'educazione sessuale deve includere la lotta contro gli stereotipi, i pregiudizi, tutte le forme di violenza di genere e violenza contro le donne e le ragazze, fare luce sulla discriminazione basata sul genere e sull'orientamento sessuale, e denunciarla, e sulle barriere strutturali all'uguaglianza sostanziale, in particolare all'uguaglianza tra donne e uomini e tra ragazze e ragazzi, oltre che porre l'accento sul rispetto reciproco e la responsabilità condivisa;
53. sottolinea che l'educazione sessuale deve includere la fornitura di informazioni non discriminatorie e la comunicazione di un'opinione positiva riguardo alle persone LGBTI, così da sostenere e tutelare efficacemente i diritti di giovani LGBTI;
54. sottolinea, in tal senso, che l'educazione sessuale è particolarmente necessaria dal momento che i giovani hanno accesso precocemente a contenuti pornografici e degradanti, specialmente tramite Internet; sottolinea pertanto la necessità che l'educazione sessuale sia inserita in un più ampio programma di accompagnamento dello sviluppo affettivo dei giovani, così da consentire loro di costruire relazioni improntate al rispetto reciproco dell'altro sesso; incoraggia gli Stati membri a sviluppare campagne di sensibilizzazione destinate ai genitori e agli adulti che si occupano dei giovani, circa gli effetti dannosi della pornografia sugli adolescenti;
55. richiama inoltre l'attenzione degli Stati membri sul fatto che un'educazione sessuale completa e che integra la dimensione affettiva delle relazioni è fondamentale, considerando il fenomeno della sessualizzazione delle ragazze nei contenuti audiovisivi e interattivi ai quali i giovani hanno ampio accesso;
56. invita gli Stati membri a porre l'accento sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV/AIDS, nel quadro dell'educazione sessuale, promuovendo condotte sessuali prive di rischi e agevolando l'accesso ai mezzi di protezione;

Prevenzione e cura delle infezioni sessualmente trasmissibili

57. chiede agli Stati membri di garantire un accesso immediato e universale alla cura delle infezioni sessualmente trasmissibili, da fornire in modo sicuro e senza giudicare i pazienti;
58. invita gli Stati membri a mantenere e incrementare la qualità e il livello di informazione fornite al pubblico generale e a rafforzare le loro politiche per aumentare la sensibilizzazione sulle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare l'HIV/AIDS, basandosi sui più recenti sviluppi e pratiche della medicina, sulle vie di trasmissione delle malattie, nonché sui metodi di prevenzione, e anche al fine di evitare gravidanze indesiderate;
59. invita gli Stati membri a assicurare attività di prevenzione oltre alle consulenze e ai test volontari;
60. esorta la Commissione e gli Stati membri a occuparsi della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi specifici delle persone affette da HIV/AIDS, con particolare attenzione per le esigenze delle donne e dei gruppi a rischio come gli uomini che hanno rapporti sessuali

con persone del loro stesso sesso, persone che praticano la prostituzione, detenuti, migranti e consumatori di droghe per iniezione, specificamente integrando l'accesso ai test e alle terapie e ribaltando i fattori socioeconomici di base che contribuiscono al rischio di contrarre l'HIV/AIDS per le donne e i gruppi a rischio, come la disuguaglianza di genere e la discriminazione;

61. invita l'UE a promuovere e a investire nella ricerca e nello sviluppo di nuove e migliori tecnologie, diagnosi e cure accettabili, convenienti, accessibili e di qualità, incentrate sull'HIV/AIDS e su altre infezioni sessualmente trasmissibili come le malattie tropicali trascurate, così da ridurre l'onere di tali malattie sulla salute materna e infantile;
62. invita gli Stati membri a mettere a punto strategie efficaci e inclusive per la prevenzione dell'HIV e a eliminare le leggi e le normative che penalizzano e stigmatizzano le persone affette da HIV/AIDS, come le leggi ai sensi delle quali la trasmissione dell'HIV o l'esposizione di qualcuno a tale infezione costituisce un reato, dal momento che tali leggi sono state ritenute inefficaci e finanche controproducenti nella prevenzione dell'HIV;
63. esorta la Commissione europea e gli Stati membri a rendere più semplice l'accesso alle informazioni, ai vaccini e a cure appropriate onde prevenire l'insorgenza dell'HIV nei bambini durante la gravidanza nonché per curarla tempestivamente dopo la nascita;

La violenza in relazione ai diritti sessuali e riproduttivi

64. condanna qualsiasi violazione dell'integrità fisica delle donne nonché tutte le pratiche dannose dirette a controllare la sessualità e l'autodeterminazione riproduttiva delle donne, in particolare le mutilazioni genitali femminili; sottolinea che queste sono gravi violazioni dei diritti umani che richiedono l'attenzione immediata degli Stati membri;
65. raccomanda agli Stati membri di assicurare che le donne e gli uomini di tutti i gruppi sociali ed etnici diano il loro pieno consenso informato a tutte le procedure e a tutti i servizi medici come i servizi contraccettivi, la sterilizzazione e l'aborto; invita gli Stati membri a stabilire procedure che garantiscano la libertà dai trattamenti disumani e degradanti nelle strutture di assistenza sanitaria riproduttiva, con particolare attenzione ai centri detentivi, alle carceri e agli istituti di cura psichiatrici e per gli anziani;
66. ricorda che la violenza sessuale o il controllo sessuale sulle donne, come lo stupro, incluso quello commesso nell'ambito del matrimonio, la mutilazione genitale femminile, l'abuso sessuale, l'incesto, lo sfruttamento sessuale, le molestie sessuali e i matrimoni forzati precoci/infantili, hanno un impatto dannoso di lungo termine sulla salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze, nonché sulla loro autostima ed emancipazione; invita gli Stati membri a rispondere alla necessità di proteggere le donne e le ragazze da tali abusi, e a fornire servizi alle vittime, con il sostegno di programmi educativi a livello nazionale e di comunità, e a concentrarsi su misure a tal fine che includano pene severe per gli autori degli abusi, anche qualificando la coercizione sessuale come reato;
67. invita gli Stati membri a firmare e a ratificare la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza contro le donne e la violenza domestica;
68. chiede agli Stati membri e ai paesi candidati di garantire che una donna rimasta incinta a

seguito di uno stupro, come pure in altri casi in cui esista un rischio grave per la sua salute o la sua vita, possa abortire con tutte le garanzie sanitarie e legali, senza alcun tipo di restrizione;

69. insiste sul fatto che la salute e i diritti sessuali riproduttivi devono essere ancorati negli atti internazionali in vigore in materia di diritti dell'uomo e nei documenti chiave derivanti dal consenso politico; deplora che la posizione dell'Unione europea formulata a monte della Conferenza delle Nazioni Unite sullo sviluppo sostenibile (Rio+20), che vedeva nella SSRRD una questione trasversale di fondamentale importanza per gli altri aspetti dello sviluppo, non si ritrovi nel documento definitivo delle Nazioni Unite, come conseguenza del fatto che l'Unione non si è espressa all'unisono;
70. invita gli Stati membri ad assicurare l'integrazione dei processi ICPD+20, Pechino+20 e Rio+20 nell'ambito del quadro post 2015;

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi e gli aiuti pubblici allo sviluppo (APS)

71. ricorda agli Stati membri che gli investimenti nella salute riproduttiva e nella pianificazione familiare sono tra i più efficaci rispetto ai costi in termini di sviluppo e rappresentano il modo migliore per promuovere lo sviluppo sostenibile di un paese;
72. ribadisce l'importanza dell'istruzione e della sensibilizzazione in materia di salute sessuale e riproduttiva come parte integrante del programma per la salute delle donne nei paesi in via di sviluppo;
73. chiede alla Commissione di prevedere una linea specifica per la salute e i diritti sessuali riproduttivi nell'ambito delle linee tematiche dello strumento di cooperazione allo sviluppo, nonché fondi sufficienti da destinare all'intero programma in materia di salute e diritti sessuali riproduttivi per tutti gli strumenti interessati;
74. ricorda la necessità urgente di operatori sanitari adeguatamente formati nei paesi in via di sviluppo e la necessità di prevenire la fuga di cervelli di professionisti sanitari formati con incentivi finanziari e un sostegno alla formazione; sottolinea l'importanza dei servizi sanitari integrati relativi all'HIV e alla salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti, nonché del coinvolgimento della società civile, delle autorità locali, delle comunità, delle organizzazioni pubbliche senza scopo di lucro del settore della salute e delle organizzazioni di volontariato a tutti i livelli nell'istituzione di servizi sanitari; insiste in particolare sulla necessità di agevolare l'accesso all'assistenza sanitaria in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nelle zone rurali e periferiche;
75. esprime il proprio sostegno alla raccomandazione 1903 (2010) dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa di destinare lo 0,7% del reddito nazionale lordo agli APS; invita l'UE a mantenere questo impegno attraverso il finanziamento e l'attuazione degli strumenti dell'azione esterna europei 2014-2020 e il Fondo europeo di sviluppo;
76. ricorda che le epidemie, come l'HIV, che colpiscono alcuni paesi in via di sviluppo partner dell'UE rappresentano un freno considerevole per lo sviluppo;
77. sollecita le organizzazioni beneficiarie dei fondi dell'Unione europea per l'HIV/AIDS e/o

la tutela della salute a mettere a punto una strategia chiara, concisa e trasparente sui mezzi per integrare la salute e i diritti sessuali riproduttivi e la prevenzione primaria dell'HIV nei loro interventi;

78. sollecita l'UE a garantire che la cooperazione allo sviluppo adotti un approccio basato sui diritti umani che rivolga un'attenzione costante e specifica, prefiggendosi obiettivi concreti rispetto alla salute e ai diritti sessuali riproduttivi, accordando particolare attenzione ai servizi di pianificazione familiare, alla riduzione della mortalità materna e infantile, all'aborto sicuro, ai contraccettivi, alla prevenzione e alla lotta contro l'HIV/AIDS e altre infezioni sessualmente trasmissibili e all'eliminazione di pratiche come la mutilazione genitale femminile, i matrimoni precoci e/o forzati, l'aborto selettivo in funzione del sesso del feto e le sterilizzazioni forzate;
79. invita le delegazioni dell'UE a collaborare con le autorità pubbliche all'elaborazione e attuazione di politiche volte a valorizzare le donne e le bambine nella società onde lottare contro le disparità fra i sessi, le discriminazioni nei confronti delle donne e delle bambine e le norme sociali su cui è fondata la preferenza accordata ai figli maschi, che sono le cause principali della selezione prenatale del sesso, degli infanticidi commessi sulle bambine e degli aborti di feti femminili, nonché contro i matrimoni forzati in giovane età e la mutilazione genitale femminile; sottolinea che le iniziative adottate per limitare la selezione del sesso non devono ledere né restringere il diritto d'accesso delle donne alle tecnologie e ai servizi legittimi della salute sessuale e riproduttiva;
80. chiede che la fornitura di aiuti umanitari dell'UE e dei suoi Stati membri sia di fatto esclusa dalle restrizioni sugli aiuti umanitari imposte dagli Stati Uniti o da altri donatori, in particolare garantendo l'accesso all'aborto per le donne e le ragazze che hanno subito uno stupro nel corso di conflitti armati;
81. esorta la Commissione e il Servizio europeo per l'azione esterna (SEAE), nell'ambito dei dialoghi sui diritti umani, a far fronte alle barriere che le persone incontrano quando tentano di accedere ai servizi di salute riproduttiva e di esercitare i loro diritti sessuali e riproduttivi;
82. ricorda che l'attuazione del programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (ICPD), svoltasi al Cairo nel 1994, ha riconosciuto che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono fondamentali per realizzare uno sviluppo sostenibile;
83. sollecita pertanto la Commissione affinché mantenga tra le sue priorità di sviluppo l'eliminazione di tutte le barriere, in modo da consentire l'accesso ai servizi in materia di SSRD, ai servizi di assistenza sanitaria prenatale e materna, inclusi la pianificazione familiare volontaria, l'accesso alla contraccezione e l'aborto sicuro, e ai servizi a favore dei giovani, che devono essere di qualità, a prezzi contenuti, accettabili e accessibili, contrastando, al tempo stesso, la discriminazione di genere che porta ad aborti per la selezione del sesso e non volontari, alle sterilizzazioni forzate e alla violenza sessuale, e assicurando la fornitura di prodotti per la salute sessuale e riproduttiva, materiali per l'assistenza sanitaria prenatale e materna, nonché prevenzione, cura, assistenza e sostegno nella lotta all'HIV, senza discriminazioni;
84. esorta l'UE e gli Stati membri a garantire che il processo di revisione operativa della

Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo ICPD+20 conduca a una revisione globale di tutti gli aspetti legati alla piena fruizione dei diritti sessuali e riproduttivi, riconfermi un approccio forte e progressivo nei confronti dei diritti sessuali e riproduttivi per tutti, conformemente alle norme internazionali in materia di diritti umani, e preveda un'accresciuta responsabilità dei governi per quanto concerne il conseguimento degli obiettivi stabiliti; invita, in particolare, l'UE e gli Stati membri a garantire che il processo di revisione sia condotto in modo inclusivo, consentendo l'effettivo coinvolgimento delle diverse parti interessate, tra cui la società civile, le donne, gli adolescenti e i giovani; ricorda che il quadro in cui si inserisce tale revisione deve basarsi sui diritti umani e dedicare un'attenzione particolare ai diritti sessuali e riproduttivi;

85. chiede alla Commissione e al SEAE, in particolare alle delegazioni dell'UE presenti sul territorio, di essere pienamente coscienti del fatto che la SSRRD come pure l'assistenza sanitaria prenatale e materna rappresentano fattori essenziali ai fini dello sviluppo sostenibile per tutti nell'ambito dello sviluppo dell'uomo, del governo, dell'uguaglianza di genere e dei diritti umani, dell'emancipazione economica dei giovani e delle donne a livello nazionale, nonché ai fini dell'attuale processo di programmazione dell'UE per il periodo 2014-2020;
86. sollecita l'Unione europea ad assicurare che l'interdipendenza tra la dinamica della popolazione e lo sviluppo sostenibile per tutti, nonché la salute e i diritti sessuali riproduttivi costituiscano una priorità nella formulazione del quadro di sviluppo mondiale post 2015, che deve permettere a chiunque di godere dei diritti umani, ivi compresi la salute e i diritti sessuali riproduttivi, indipendentemente dal proprio status sociale, dall'età, dall'orientamento sessuale, dall'identità di genere, dalla razza, dall'origine etnica, dalla disabilità, dalla religione o dalle proprie convinzioni; insiste sulla necessità che l'Unione europea si esprima all'unisono con coerenza e autorità sul tema;
87. ricorda che tutte le donne che hanno avuto gravidanze indesiderate dovrebbero beneficiare di un accesso immediato a informazioni e consigli affidabili, e che dovrebbero altresì essere proposti servizi e assistenza sanitaria di qualità e completi.
88. invita l'Unione europea e i suoi Stati membri a rispettare il proprio impegno di attuare integralmente e realmente il programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo e i risultati delle sue conferenze di riesame;
89. esorta la Commissione e il SEAE a sostenere la titolarità e la leadership dei governi nazionali, delle autorità locali e della società civile riguardo alla garanzia e alla promozione della salute e dei diritti sessuali riproduttivi, che sono universali e si devono basare su responsabilità condivise;
90. chiede al Parlamento di affrontare le violazioni alla salute e ai diritti sessuali riproduttivi nella sua relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo e la politica dell'Unione europea in materia;
91. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

MOTIVAZIONE

Ogni anno l'UNDP stila una classifica dei paesi secondo il livello in cui si collocano in termini di disuguaglianze di genere. L'indice della disuguaglianza di genere (Gender Inequality Index) si misura secondo lo svantaggio di genere nei tre aspetti della salute riproduttiva nella vita, dell'emancipazione e del mercato del lavoro¹. Questa relazione è incentrata sul primo elemento e sui diritti a esso collegati, non solo in quanto attinente ai diritti dell'uomo ma anche come mezzo per raggiungere l'uguaglianza di genere.

Gli Stati membri, essendo tra i paesi più sviluppati del mondo, guidano la classifica mondiale dei paesi relativa alla situazione della salute riproduttiva dei rispettivi abitanti². Tuttavia, i dati disponibili provenienti dagli Stati membri mostrano un'evidente disparità nella salute sessuale e riproduttiva delle donne in Europa.

Il Parlamento europeo (PE) ha espresso in diverse occasioni il proprio sostegno agli investimenti a favore della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti (SSRRD). Una posizione forte dell'UE su questo tema sarà possibile solo con una forte spinta da parte di questa istituzione.

Questa relazione giunge in un momento molto significativo. L'attuale contesto politico ed economico minaccia il rispetto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Con la crisi finanziaria e la recessione economica in corso e i corrispondenti tagli alla spesa pubblica, gli Stati membri tendono ad accelerare la privatizzazione dei servizi sanitari e a ridurre l'accesso e la qualità dei servizi stessi³. Inoltre in tutta Europa sono emerse posizioni molto conservatrici rispetto alla SSRRD. Come è stato manifestato chiaramente in paesi come la Spagna e l'Ungheria e in ambiti regionali come l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, il Comitato europeo per i diritti sociali e persino al Parlamento europeo, l'opposizione alla libertà di scelta sta diventando più forte e più vigorosa. In considerazione di questi attacchi, è più importante che mai che il Parlamento europeo si erga a difesa dei diritti sessuali e riproduttivi in quanto diritti umani e fornisca una valida sintesi della situazione attuale della SSRRD a livello europeo.

Salute sessuale e riproduttiva

Secondo l'OMS "la salute riproduttiva riguarda i processi, le funzioni e il sistema riproduttivi in tutte le fasi della vita. [Ciò] pertanto implica che le persone siano in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura e che abbiano la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. In tale concetto è implicito il diritto degli uomini e delle donne di essere informati e di avere accesso, sulla base di una scelta personale,

¹ Fondo di sviluppo delle Nazioni Unite (2011). Rapporto sullo sviluppo umano 2011: A Better Future for All (Sostenibilità e equità: un futuro migliore per tutti), nota tecnica 3.

² Come dimostrato dal dato indicatore utilizzato per calcolare l'indice della disuguaglianza di genere. UNDP(2011). Relazione sullo sviluppo umano 2011: A Better Future for All (Sostenibilità e equità: un futuro migliore per tutti). Allegato contenente le statistiche, tabella 4.

³ Risoluzione del Parlamento europeo del 12 marzo 2013 sull'impatto della crisi economica sull'uguaglianza di genere e i diritti della donna.

a metodi sicuri, efficaci e accessibili di regolazione della fertilità, e il diritto di accedere a servizi sanitari adeguati che permettano alle donne di vivere la gravidanza e il parto in modo sicuro e diano alle coppie le migliori possibilità di avere un neonato sano¹".

La salute sessuale è definita come "uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale relativo alla sessualità; non consiste nella semplice assenza di malattie, disfunzioni o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali come pure la possibilità di fare esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Per raggiungere e mantenere la salute sessuale, i diritti sessuali di ogni persona devono essere rispettati, protetti e soddisfatti.²"

Diritti sessuali e riproduttivi

La salute sessuale e riproduttiva è tutelata dai diritti sessuali e riproduttivi. Come sancisce l'articolo 96 della piattaforma d'azione di Pechino (del 1995), tali diritti si basano sui diritti umani di uguaglianza e dignità.

I diritti sessuali e riproduttivi, compreso il diritto all'assistenza sanitaria alle madri e alla pianificazione familiare, comprendono le libertà e i diritti connessi a molti dei diritti civili, politici, economici, sociali e culturali già acquisiti. Sebbene i due concetti non siano intercambiabili, i diritti riproduttivi costituiscono un aspetto dei diritti sessuali, proprio come i diritti sessuali sono una parte dei diritti riproduttivi³.

Mortalità materna

Benché la maggior parte degli Stati membri continui ad avere tassi di mortalità materna molto bassi (tra 2 e 10 decessi della madre ogni 100 000 nati vivi)⁴, in alcuni Stati membri questi tassi sono significativamente più elevati (34 in Lettonia, 27 in Romania, 21 in Ungheria, 20 in Lussemburgo). Alcuni Stati membri mostrano andamenti incoraggianti; per esempio, tra il 1990 e il 2010 il tasso di mortalità materna della Romania è sceso da 170 a 27, quello della Lettonia da 54 a 34, quello della Bulgaria da 24 a 11, quello della Lituania da 34 a 8. Contemporaneamente, tuttavia, in altri Stati membri si osservano tendenze e fluttuazioni preoccupanti; il tasso stimato di mortalità materna del Lussemburgo è aumentato costantemente da 6 nel 1990 a 20 nel 2010, mentre l'Ungheria è riuscita ad abbassare il proprio dato da 23, negli anni 1990, fino a 10 negli anni 2000, per poi balzare in alto ancora nel 2010 a 21⁵. Nella sua risoluzione del 13 dicembre 2012, sulla relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo nel 2011 e la politica dell'Unione europea in materia, il

¹ Commissione per la politica globale dell'OMS (1994). Documento programmatico su salute, popolazione e sviluppo destinato alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Il Cairo, 5-13 settembre 1994, pag. 24, par. 89.

² OMS (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health (Definire la salute sessuale: relazione su una consultazione tecnica in materia di salute sessuale); 28-31 gennaio 2002, Ginevra.

³ Yamin, A. E. (a cura di), 2005, Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights, Cambridge, Harvard University Press.

⁴ L'ipotesi di partenza è che "i dati dei paesi con 1-10 decessi ogni 100 000 nascite sono sostanzialmente allo stesso livello e le differenze siano casuali", cfr. nota 1.

⁵ UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (Gruppo inter-agenzia delle Nazioni Unite per una stima della mortalità materna) (2012). Trends in maternal mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates (Andamento della mortalità materna dal 1990 al 2010: stime di OMS, UNICEF, UNFPA e Banca mondiale).

Parlamento europeo ha ricordato che per prevenire la mortalità e la morbilità materne è necessario promuovere in modo efficace i diritti umani delle donne e delle ragazze e, in particolare, il loro diritto alla vita, all'istruzione, all'informazione e alla salute. Il Parlamento europeo ha sottolineato che l'Unione europea deve quindi svolgere un ruolo importante per contribuire alla diminuzione delle complicazioni prevenibili che si verificano prima, durante e dopo la gravidanza e il parto.

Raccolta di dati

Molti Stati membri non raccolgono i dati necessari per una rilevazione esaustiva della salute riproduttiva e sessuale. Per esempio, più di due terzi degli Stati membri non dispongono di informazioni sulla percentuale di donne incinte che si sono sottoposte ad almeno una visita prenatale e più di un quarto degli Stati membri non dispone di dati sulle percentuali di nascite seguite da un professionista medico specializzato¹. Benché la compilazione di questi dati possa essere considerata inutile in alcuni paesi altamente sviluppati, essi costituiscono tuttavia degli indicatori importanti che permettono il monitoraggio costante degli standard di salute riproduttiva. È necessario che gli Stati membri compilino e monitorino dati e statistiche più generali relativi agli indicatori della salute sessuale e riproduttiva (infezioni sessualmente trasmissibili, percentuali relative ad aborti e contraccezione, richieste di contraccettivi non soddisfatte, gravidanze in età adolescenziale...), disaggregati almeno per genere ed età. Per avere una visione più chiara della situazione in tutta l'Unione, l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere deve pertanto avere la possibilità di garantire la raccolta e l'analisi dei dati e delle migliori pratiche.

Educazione sessuale

Nella maggior parte degli Stati membri l'educazione sessuale è obbligatoria per legge nazionale, anche se poi varia in termini di contenuto e di qualità. Secondo uno studio recente, le migliori pratiche in materia di educazione sessuale si trovano nel Benelux e nei paesi nordici, in Francia e in Germania. Gli Stati membri dell'Europa orientale e meridionale tendono ad avere programmi di educazione sessuale scadenti o a esserne privi².

Percentuali elevate di gravidanze tra le adolescenti, aborti e infezioni sessualmente trasmissibili sono tendenzialmente collegate a un'educazione sessuale lacunosa o insufficiente. I dati attuali relativi all'UE sono compatibili con questa premessa, come dimostrano i tassi più elevati di nascite e aborti tra le adolescenti negli Stati membri dell'Europa orientale³.

Benché la tendenza generale vada nella direzione di un lento miglioramento dei programmi di educazione sessuale, la condivisione di obiettivi comuni e migliori pratiche tra i paesi dell'UE contribuirebbe a incoraggiare l'armonizzazione dello standard di educazione sessuale e a una salute sessuale e riproduttiva più omogenea per tutti i giovani europei.

¹ UNDF(2011). Human Development Report 2011: Sustainability and Equity: A Better Future for All (Sostenibilità e equità: un futuro migliore per tutti). Allegato contenente le statistiche, tabella 4.

² Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Parlamento europeo (2013). Policies for Sexuality Education in the European Union, disponibile all'indirizzo: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

³ Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (giugno 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010 (Le infezioni a trasmissione sessuale in Europa 1990-2010).

Tassi di natalità tra gli adolescenti e gravidanze indesiderate

I tassi di natalità tra le adolescenti¹ variano significativamente da uno Stato membro all'altro. I tassi più bassi (tra 5 e 9 nascite all'anno) si riscontrano attualmente nei Paesi Bassi e in Slovenia, Danimarca, Svezia, Cipro, Italia, Lussemburgo e Finlandia. Nella maggior parte degli Stati membri si rilevano tassi di nascita tra le adolescenti leggermente più elevati (tra 10 e 20 nascite): Germania, Austria, Francia, Belgio, Grecia, Spagna, Repubblica ceca, Lettonia, Polonia, Portogallo, Irlanda, Lituania, Ungheria e Malta. Le percentuali più elevate di natalità tra le adolescenti si riscontrano in Slovacchia (22), Estonia (24), Regno Unito (26), Romania (40) e Bulgaria (44).

Nonostante le tendenze incoraggianti di alcuni Stati membri, la palese disuguaglianza tra il tasso di natalità tra le adolescenti dei Paesi Bassi (5), del Regno Unito (26) e della Bulgaria (44) indica che una parte considerevole dei giovani dell'UE non ha ancora le competenze e le conoscenze necessarie per fare scelte responsabili in materia sessuale e riproduttiva.

Al di là dell'imprevedibilità della maggior parte delle gravidanze adolescenziali e della generale impreparazione delle giovani alla maternità, i parti in età adolescenziale spesso comportano conseguenze a lungo termine. I problemi di salute connessi alla gravidanza si verificano più comunemente nelle gravidanze adolescenziali rispetto a quelle in età adulta (per esempio, aborto spontaneo, decesso neonatale). Studi indicano inoltre che è meno probabile che le madri adolescenti conseguano il diploma di scuola superiore mentre è più probabile che vivranno in povertà. Inoltre, i figli delle adolescenti sono spesso sottopeso alla nascita e possono presentare problemi di salute e di sviluppo².

Anche le donne adulte possono provare il problema di una gravidanza indesiderata, che può avvenire per diverse ragioni: mancato uso di contraccettivi, uso improprio o scorretto dei contraccettivi, partner sessuali che si oppongono all'uso di contraccettivi, rapporti sessuali forzati o violenza sessuale o ragioni di salute. Come osserva l'OMS, "anche una gravidanza pianificata può diventare indesiderata se cambiano le circostanze."³

Aborto

L'aborto è legalmente consentito su richiesta in venti Stati membri. Degli altri sette paesi, tre Stati membri (Gran Bretagna, Finlandia, Cipro) consentono un'interpretazione molto ampia delle motivazioni che possono comportare restrizioni, mentre negli altri tre Stati membri (Irlanda, Polonia, Lussemburgo) un'interpretazione restrittiva delle motivazioni e la generale opposizione o il timore di eseguire aborti hanno determinato una situazione in cui gli aborti legali (segnalati) avvengono assai di rado, o per nulla. Malta è l'unico Stato membro in cui l'aborto è vietato per legge senza eccezioni⁴. Le motivazioni per autorizzare un aborto

¹ Numero annuo di nascite da madri di età compresa tra 15 e 19 anni per 1 000 ragazze in quel gruppo di età.

² Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (giugno 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010 (Le infezioni a trasmissione sessuale in Europa 1990-2010).

³ OMS (2012). Salute sessuale e riproduttiva; facts and figures about abortion in the European region (Salute sessuale e riproduttiva: dati e cifre sull'aborto nella regione europea).

⁴ Cfr. UN ICPD Beyond 2014 Review (Sintesi della conferenza internazionale delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo dopo il 2014, luglio 2012), Country Implementation Profiles; International Planned

possono comprendere il fatto che la vita o la salute fisica e/o mentale della donna siano in pericolo, in caso malformazioni del feto, di stupro o per ragioni mediche o socio-economiche. Nella maggior parte degli Stati membri il limite gestazionale per l'aborto è di 12 settimane. I costi delle prestazioni per l'aborto variano notevolmente a seconda dello Stato membro; nei paesi in cui la previdenza nazionale copre la procedura, le spese sono in genere calcolate sulla base delle spese mediche. Alcuni Stati membri impongono un periodo di attesa obbligatorio e può essere necessario il consenso dei genitori per le minori che vogliono abortire¹.

Si osservi che sempre più spesso vengono imposti ostacoli ai servizi per l'aborto in paesi che hanno leggi permissive in materia. In via principale, le donne devono confrontarsi con un ricorso non regolamentato all'obiezione di coscienza da parte degli operatori della sanità riproduttiva, con periodi di attesa obbligatori e consulenze di parte². La pratica dell'obiezione di coscienza ha negato a molte donne l'accesso ai servizi di salute riproduttiva, per esempio a informazioni, all'accesso e all'acquisto di contraccettivi, a visite prenatali e all'interruzione legale della gravidanza. In Slovacchia, Ungheria, Romania, Polonia, Irlanda e Italia sono stati segnalati casi in cui quasi il 70% di tutti i ginecologi e il 40% degli anestesisti oppongono l'obiezione di coscienza alla possibilità di eseguire aborti. Questi ostacoli sono evidentemente in contrasto con le leggi sui diritti umani e con le norme mediche internazionali³.

Non è raro che le donne che vivono in paesi con politiche abortive restrittive si rechino in altri Stati membri per sottoporsi all'aborto. Tuttavia, questa pratica comporta costi economici elevati per certi gruppi oltre alla possibilità di essere incriminati penalmente nel paese di residenza. Ciò inoltre rende difficile la raccolta di dati attendibili sull'aborto. Dover viaggiare per un aborto legale è spesso necessario anche in alcuni Stati membri per le donne che vivono in zone rurali⁴. In sostanza, il divieto colpisce in modo più specifico le donne già emarginate (quelle che non possono spostarsi facilmente in altri paesi dell'UE per ottenere un aborto, come le donne con difficoltà economiche, le richiedenti asilo, le donne assistite o sotto la responsabilità dello Stato, ecc.), e ciò contribuisce ad accrescere le disuguaglianze sanitarie all'interno dell'Unione.

Gli Stati membri che riferiscono il numero più basso di aborti⁵ sono la Germania, la Grecia, la Danimarca e il Portogallo (tra 7 e 9 aborti indotti legalmente ogni 1 000 donne di età compresa tra 15 e 44 anni), mentre gli Stati membri con il numero maggiore di aborti segnalati sono Estonia, Romania, Bulgaria, Lettonia, Ungheria e Svezia (tra 35 e 21 aborti), seguiti dal Regno Unito (17) e dalla Francia (18)⁶.

Parenthood Federation (maggio 2012), *Abortion Legislation in Europe* (La legislazione in materia di aborto in Europa).

¹ IPPF (maggio 2012), *Abortion Legislation in Europe* (La legislazione in materia di aborto in Europa).

² Relazione di Christine McCafferty del Consiglio d'Europa, *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection* (L'accesso delle donne alle cure mediche legali: il problema della mancata regolamentazione dell'obiezione di coscienza), 20.7.2010, e risoluzione 1763 (2010) dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

³OMS (2°ed, 2012), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* (Aborto sicuro: orientamenti tecnici e politici per i sistemi sanitari).

⁴ IPPF (maggio 2012), *Abortion Legislation in Europe* (La legislazione in materia di aborto in Europa).

⁵ Sono esclusi gli Stati membri con le politiche più restrittive (Irlanda, Polonia, Lussemburgo, Malta).

⁶ Non sono disponibili dati relativi ad Austria, Cipro, Lussemburgo e Malta. UN Department of Economic and Social Affairs: Population Division (Nazioni Unite, Dipartimento degli affari economici e sociali, Divisione popolazione, marzo 2011), *World Abortion Policies 2011*.

Viste le conseguenze potenziali della messa al bando dell'aborto sulla salute pubblica, sembra chiaro che vietare l'aborto non contribuirà a una diminuzione del tasso con cui si verifica; anzi, sarebbe più produttivo concentrarsi sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate¹. Infine, vi è un nesso molto labile tra la legalità dell'aborto e la sua incidenza, mentre vi è una forte correlazione tra la legalità dell'aborto e la sua sicurezza. Inoltre, secondo l'OMS, "il costo dell'esecuzione di un aborto sicuro è [. . .] pari a un decimo del costo delle cure delle conseguenze di un aborto non sicuro"².

Si deve inoltre rilevare che l'attenzione che attualmente si dedica alle politiche della famiglia a causa della crisi demografica ha anche conseguenze dirette e indirette sulle scelte politiche che vengono fatte rispetto alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Sembra che vi sia l'idea che vietare l'aborto aumenterà le nascite mentre autorizzarlo sarebbe un fattore di decremento della popolazione. Questa idea non è sostenuta da dati concreti e riteniamo che per sostenere in modo più efficace il tasso di natalità in Europa sarebbe senza dubbio più opportuno rafforzare la possibilità di madri e padri di trovare un equilibrio migliore tra vita privata e professionale.

Infezioni sessualmente trasmissibili

L'UE monitora sistematicamente alcune infezioni sessualmente trasmissibili: HIV, sifilide, sifilide congenita, gonorrea, clamidia e linfogranuloma venereo (LGV). Ai sensi della decisione 2119/98/CE, gli Stati membri sono tenuti a presentare dati relativi a tutte le variabili richieste; tuttavia, nella pratica questo non avviene sempre, e a ciò si aggiunge anche la lacunosità di alcuni sistemi nazionali di vigilanza delle infezioni sessualmente trasmissibili. Di conseguenza, è possibile che il confronto e l'individuazione delle tendenze si basi su dati insufficienti o mancanti.

Il tasso medio di nuovi casi di HIV all'anno negli Stati membri è di 5,7 per 100 000 abitanti con le percentuali più basse segnalate dalla Slovacchia (0,5) e dalla Romania (0,7) e le più alte da Estonia (27,8), Lettonia (12,2), Belgio (11) e Regno Unito (10,7). Dai dati aggregati per età risulta che l'11% dei nuovi casi di HIV riguarda i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni³.

È importante che la Commissione europea e gli Stati membri si occupino della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi specifici e delle necessità delle donne che vivono con l'HIV, nel quadro di un approccio olistico teso a contenere l'epidemia. Per raggiungere questo obiettivo occorre espandere l'accesso ai programmi di salute sessuale e riproduttiva, integrando l'accesso ai test e alle terapie dell'HIV/AIDS, il sostegno dei pari, i servizi di consulenza e prevenzione e invertendo i fattori socioeconomici di base che contribuiscono al rischio di HIV/AIDS per le donne, come la disuguaglianza di genere, la discriminazione e la mancanza di tutela dei diritti umani.

¹ IPPF (maggio 2012), Abortion Legislation in Europe (La legislazione in materia di aborto in Europa).

² OMS (2012). Salute sessuale e riproduttiva; facts and figures about abortion in the European region (Salute sessuale e riproduttiva: dati e cifre sull'aborto nella regione europea).

³ Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC)/OMS Ufficio regionale per l'Europa, Vigilanza HIV/AIDS in Europa 2011.

La violenza in relazione ai diritti sessuali e riproduttivi

Si stima che sette donne su dieci subiscano violenza fisica e/o sessuale nell'arco della vita. La violenza basata sul genere è una forma di discriminazione che ostacola gravemente la loro abilità di beneficiare dei diritti e delle libertà su un piano di parità rispetto agli uomini. La violenza sessuale ha un impatto devastante che dura tutta la vita sulla salute psicologica e fisica e sul benessere delle vittime e dei sopravvissuti. Il rispetto e la promozione della salute sessuale e riproduttiva e la protezione e il soddisfacimento dei diritti riproduttivi sono una condizione necessaria per realizzare la parità di genere e per l'emancipazione delle donne e per permettere loro di beneficiare di tutti i loro diritti umani e delle loro libertà fondamentali, nonché per impedire e attenuare la violenza sulle donne.

Occorre prestare particolare attenzione alle pratiche tradizionali dannose, come la mutilazione genitale femminile, il matrimonio precoce e forzato, perché queste pratiche possono avere conseguenze negative sul benessere, le relazioni sessuali, le gravidanze e il parto ma anche sulle comunità.

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi negli aiuti pubblici allo sviluppo

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono elementi essenziali della dignità e dello sviluppo umani e costituiscono una base fondamentale per il progresso sociale ed economico. Dati raccolti di recente mostrano il persistere di sfide importanti in materia di salute sessuale e riproduttiva in tutto il mondo e più specificamente nei paesi in via di sviluppo.

Oltre a formulare impegni politici forti, l'UE dovrebbe anche farsi carico del suo ruolo di promotrice di sviluppo e di politiche nella lotta per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. L'UE ricopre un ruolo importante nella promozione, nell'attuazione e nella difesa della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi a livello internazionale, anche nel quadro dello sviluppo post-2015, per garantire che la popolazione e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi abbiano la priorità nella formazione del quadro globale di sviluppo post-2015 e nel seguito dalla conferenza di Rio+20.

Gli Stati membri dovrebbero contribuire ad accelerare i progressi al fine di raggiungere l'obiettivo di sviluppo del Millennio numero 5 e i suoi due scopi rivolgendo l'attenzione in modo globale alla salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile. Ciò potrebbe comportare la fornitura di servizi di pianificazione familiare, assistenza prenatale, presenza di personale medico specializzato ai parti, ostetricia di emergenza e cure neonatali, assistenza postnatale e metodi di prevenzione e di trattamento delle malattie e delle infezioni sessualmente trasmissibili come l'HIV. Gli Stati membri dovrebbero inoltre promuovere sistemi che forniscano un accesso equo a servizi sanitari economici, equi e di alta qualità e comprendere un'assistenza preventiva e ambulatoriale erogata a partire dalle comunità.

La Commissione europea può ricoprire un ruolo importante garantendo che la cooperazione europea allo sviluppo adotti un approccio basato sui diritti umani con un'attenzione specifica e obiettivi concreti sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

PARERE DI MINORANZA

di Anna Zaborska

La presente risoluzione non vincolante è contraria al trattato UE e non può essere utilizzata per introdurre il diritto all'aborto o contro la piena attuazione dell'iniziativa cittadina europea ECI (2012)000005. Nessun trattato internazionale vincolante né la CEDU né il diritto internazionale consuetudinario possono essere invocati con precisione per stabilire o riconoscere tale diritto. Tutte le istituzioni, organi e agenzie dell'UE devono restare neutri sulla questione dell'aborto. La CGE conferma (C-34/10) che qualsiasi ovulo umano fecondato costituisce un embrione umano che deve essere protetto. La dichiarazione dei diritti del bambino delle Nazioni Unite dispone che ciascun bambino ha diritto alla protezione giuridica appropriata prima e dopo la nascita. L'Unione non dovrebbe apportare il suo sostegno ad alcuna autorità o organizzazione che promuova, sostenga o partecipi alla gestione di azioni che comportino l'aborto. Occorre sostenere il diritto all'obiezione di coscienza insieme alla responsabilità dello Stato di garantire che le pazienti possano accedere all'assistenza medica, in particolare nei casi di emergenza prenatale, e all'assistenza sanitaria materna. Nessun individuo, ospedale o istituzione può essere sottoposto a coercizione, ritenuto responsabile o discriminato in alcun modo a causa del rifiuto di eseguire, agevolare, assistere o perseguire pratiche che possono provocare la morte di un embrione umano.

10.7.2013

PARERE DELLA COMMISSIONE PER LO SVILUPPO

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

sulla salute e i diritti sessuali riproduttivi
(2013/2040(INI))

Relatore per parere: Michael Cashman

SUGGERIMENTI

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

1. ribadisce che l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali riproduttivi è un diritto umano fondamentale e chiede alla Commissione di assicurare che la cooperazione allo sviluppo e il futuro quadro di sviluppo globale adottino un approccio basato sui diritti umani e attento al genere, pongano l'accento in modo esplicito ed essenziale sulla salute e i diritti sessuali riproduttivi e stabiliscano obiettivi concreti e indicatori misurabili a tale proposito, dando al contempo priorità all'emancipazione delle donne e dei giovani e all'uguaglianza di genere;
2. sollecita pertanto la Commissione affinché mantenga tra le sue priorità di sviluppo l'eliminazione di tutte le barriere, in modo da consentire l'accesso ai servizi in materia di salute e diritti sessuali riproduttivi, ai servizi di assistenza sanitaria prenatale e materna, inclusi la pianificazione familiare volontaria, l'accesso alla contraccezione e l'aborto sicuro, e ai servizi a favore dei giovani, che devono essere di qualità, a prezzi contenuti, accettabili e accessibili, contrastando, al tempo stesso, la discriminazione di genere che porta ad aborti per la selezione del sesso e non volontari, alle sterilizzazioni forzate e alla violenza sessuale, e assicurando la fornitura di prodotti per la salute sessuale e riproduttiva, materiali per l'assistenza sanitaria prenatale e materna, nonché prevenzione, cura, assistenza e sostegno nella lotta all'HIV, senza discriminazioni;
3. chiede alla Commissione di prevedere una linea specifica per la salute e i diritti sessuali riproduttivi nell'ambito delle linee tematiche dello strumento di cooperazione allo sviluppo, nonché fondi sufficienti da destinare all'intero programma in materia di salute e diritti sessuali riproduttivi per tutti gli strumenti interessati;

4. invita gli Stati membri ad assicurare l'integrazione dei processi ICPD+20, Pechino+20 e Rio+20 nell'ambito del quadro post 2015;
5. riconosce che l'accesso universale a un'assistenza sanitaria, a servizi – compresi quelli sulla salute e sui diritti sessuali riproduttivi – all'assistenza sanitaria prenatale e materna e a un'istruzione di qualità contribuisce allo sviluppo sostenibile e inclusivo e alla riduzione della mortalità neonatale, infantile e materna, nonché all'emancipazione delle donne e dei giovani, e che si tratta quindi di una strategia di sviluppo e di salute pubblica estremamente efficace sotto il profilo dei costi;
6. insiste sul fatto che la salute e i diritti sessuali riproduttivi devono essere ancorati negli atti internazionali in vigore in materia di diritti dell'uomo e nei documenti chiave derivanti dal consenso politico; deplora che la posizione dell'Unione europea formulata a monte della Conferenza delle Nazioni Unite sullo sviluppo sostenibile (Rio+20), che vedeva nella salute e i diritti sessuali riproduttivi una posta trasversale di fondamentale importanza per gli altri aspetti dello sviluppo, non si ritrovi nel documento definitivo delle Nazioni Unite, come conseguenza del fatto che l'Unione non si è espressa all'unisono;
7. sollecita l'Unione europea ad assicurare che l'interdipendenza tra la dinamica della popolazione e lo sviluppo sostenibile per tutti, nonché la salute e i diritti sessuali riproduttivi costituiscano una priorità nella formulazione del quadro di sviluppo mondiale post 2015, che deve permettere a chiunque di godere dei diritti umani, ivi compresi la salute e i diritti sessuali riproduttivi, indipendentemente dal proprio status sociale, dall'età, dall'orientamento sessuale, dall'identità di genere, dalla razza, dall'origine etnica, dalla disabilità, dalla religione o dalle proprie convinzioni; insiste sulla necessità che l'Unione europea si esprima all'unisono con coerenza e autorità sul tema;
8. insiste sul fatto che assicurare alle donne, alle ragazze e alle coppie la libertà fondamentale di decidere della propria vita sessuale e riproduttiva, compresa quella di decidere se e quando avere figli, significa dar loro la possibilità di consacrarsi ad attività quali l'istruzione e l'occupazione, il che contribuisce alla parità tra uomini e donne, alla riduzione della povertà e allo sviluppo sostenibile per tutti; constata che, quando possono scegliere di avere meno figli e disporre di più tempo tra le nascite, le famiglie sono in grado di consacrarsi maggiormente all'educazione e alla salute di ognuno dei figli;
9. invita l'Unione europea e i suoi Stati membri a rispettare il proprio impegno di attuare integralmente e realmente il programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo e i risultati delle sue conferenze di riesame;
10. chiede alla Commissione e al Servizio europeo per l'azione esterna (SEAE), in particolare alle delegazioni dell'UE presenti sul territorio, di essere pienamente coscienti del fatto che la salute e i diritti sessuali riproduttivi come pure l'assistenza sanitaria prenatale e materna rappresentano fattori essenziali ai fini dello sviluppo sostenibile per tutti nell'ambito dello sviluppo dell'uomo, del governo, dell'uguaglianza di genere e dei diritti umani, dell'emancipazione economica dei giovani e delle donne a livello nazionale, nonché ai fini dell'attuale processo di programmazione dell'UE per il periodo 2014-2020;
11. invita le delegazioni dell'UE a collaborare con le autorità pubbliche all'elaborazione e attuazione di politiche volte a valorizzare le donne e le bambine nella società onde lottare

contro le disparità fra i sessi, le discriminazioni nei confronti delle donne e delle bambine e le norme sociali su cui è fondata la preferenza accordata ai figli maschi, che sono le cause principali della selezione prenatale del sesso, degli infanticidi commessi sulle bambine e degli aborti di feti femminili, nonché contro i matrimoni forzati in giovane età e la mutilazione genitale femminile; sottolinea che le iniziative adottate per limitare la selezione del sesso non devono ledere né restringere il diritto d'accesso delle donne alle tecniche e ai servizi legittimi della salute sessuale e riproduttiva;

12. sollecita le organizzazioni beneficiarie dei fondi dell'Unione europea per l'HIV/AIDS e/o la tutela della salute a mettere a punto una strategia chiara, concisa e trasparente sui mezzi per integrare la salute e i diritti sessuali riproduttivi e la prevenzione primaria dell'HIV nei loro interventi;
13. esorta la Commissione e il SEAE a sostenere la titolarità e la leadership dei governi nazionali, delle autorità locali e della società civile riguardo alla garanzia e alla promozione della salute e dei diritti sessuali riproduttivi, che sono universali e si devono basare su responsabilità condivise;
14. invita l'Unione europea a promuovere la ricerca e lo sviluppo di tecnologie di prevenzione, diagnosi e cura nuove e perfezionate, che siano accettabili, a prezzi contenuti e accessibili, nel settore della salute e dei diritti sessuali riproduttivi e delle malattie legate alla povertà e di quelle tropicali trascurate, che pregiudicano gravemente la salute e i diritti sessuali riproduttivi delle famiglie con un reddito scarso o intermedio e che, cumulate le une alle altre, sono tra le principali cause di mortalità materna e infantile;
15. chiede al Parlamento di affrontare le violazioni alla salute e ai diritti sessuali riproduttivi nella sua relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo e la politica dell'Unione europea in materia;
16. ricorda che tutte le donne che hanno avuto gravidanze indesiderate dovrebbero beneficiare di un accesso immediato a informazioni e consigli affidabili, e che dovrebbero altresì essere proposti servizi e assistenza sanitaria di qualità e completi.

ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

Approvazione	9.7.2013
Esito della votazione finale	+ : 18 - : 6 0 : 0
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Thijs Berman, Michael Cashman, Véronique De Keyser, Nirj Deva, Leonidas Donskis, Mikael Gustafsson, Miguel Angel Martínez Martínez, Gay Mitchell, Norbert Neuser, Bill Newton Dunn, Maurice Ponga, Jean Roatta, Michèle Striffler, Keith Taylor, Ivo Vajgl, Anna Záborská, Iva Zanicchi
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Emer Costello, Santiago Fisas Aixela, Enrique Guerrero Salom, Edvard Kožušnik, Isabella Lövin, Cristian Dan Preda
Supplenti (art. 187, par. 2) presenti al momento della votazione finale	Jan Kozłowski

ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

Approvazione	18.9.2013
Esito della votazione finale	+ : 17 - : 7 0 : 7
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Regina Bastos, Edit Bauer, Emine Bozkurt, Andrea Češková, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Zita Gurmai, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Sophia in 't Veld, Livia Járóka, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Astrid Lulling, Ulrike Lunacek, Elisabeth Morin-Chartier, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Joanna Senyszyn, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Marina Yannakoudakis, Anna Záborská, Inês Cristina Zuber
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Nicole Kiil-Nielsen, Christa Kläß, Katarína Neveďalová, Antigoni Papadopoulou, Michèle Striffler
Supplenti (art. 187, par. 2) presenti al momento della votazione finale	Eva Lichtenberger