



PARLAMENTO EUROPEO

2009 - 2014

---

*Documento di seduta*

---

**A7-0340/2012**

18.10.2012

# RELAZIONE

sulla prevenzione delle malattie delle donne legate all'età  
(2012/2129(INI))

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

Relatore: Roberta Angelilli

PR\_INI

## INDICE

	<b>Pagina</b>
PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO .....	3
MOTIVAZIONE.....	18
ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE.....	21

## PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

### sulla prevenzione delle malattie delle donne legate all'età (2012/2129(INI))

*Il Parlamento europeo,*

- visto l'articolo 168 del trattato sull'Unione europea,
- vista la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,
- visto il Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013" (COM(2007)0630),
- visto il Libro bianco "Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità" (COM(2007)0279),
- visto il "Rapporto sulla salute delle donne nell'Unione europea" della Commissione,
- vista la comunicazione della Commissione sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società (COM(2008)689),
- vista la comunicazione della Commissione "Gestire l'impatto dell'invecchiamento della popolazione nell'Unione europea" (COM(2009)0180),
- vista la comunicazione della Commissione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE" (COM(2009)0567),
- vista la comunicazione della Commissione "Lotta contro il cancro: un partenariato europeo" (COM(2009)0291),
- visto il rapporto "Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region" (WHO, 2010),
- vista la relazione della Commissione "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies" (European Economy 4/11. Commissione europea, 2011),
- vista la decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2007 che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)<sup>1</sup>,
- vista la decisione n. 940/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 settembre 2011, sull'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> GU L 301 del 20.11.2007, pag. 3.

<sup>2</sup> GU L 246 del 23.9.2011, pag. 5.

- viste le conclusioni del Consiglio "Approcci innovativi alle malattie croniche nella sanità pubblica e nei sistemi di assistenza sanitaria", del 7 dicembre 2010,
- vista la relazione della presidenza belga del 23 novembre 2010 sul divario retributivo tra uomini e donne,
- viste le conclusioni del vertice delle Nazioni Unite sulle malattie croniche non trasmissibili del 19 e 20 settembre 2011,
- visto il Programma quadro di ricerca e innovazione "Orizzonte 2020" (COM(2011)0808),
- visto il rapporto Eurostat "Invecchiamento attivo e solidarietà tra generazioni - Un ritratto statistico dell'Unione europea 2012",
- visto il rapporto Eurobarometro "Invecchiamento attivo" (2012),
- vista la comunicazione della Commissione "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute" (COM(2012)0083),
- visto il Libro bianco "Un'agenda dedicata a pensioni adeguate, sicure e sostenibili" (COM(2012)0055),
- vista la sua risoluzione del 18 ottobre 2006 sul cancro al seno nell'Unione europea ampliata<sup>1</sup>,
- vista la sua risoluzione del 6 dicembre 2006 dal titolo "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche"<sup>2</sup>,
- vista la sua risoluzione del 12 luglio 2007 sulle iniziative per contrastare le malattie cardiovascolari<sup>3</sup>,
- vista la sua risoluzione del 19 febbraio 2009 sulla salute mentale<sup>4</sup>,
- vista la sua risoluzione del 6 maggio 2009 sul coinvolgimento attivo delle persone escluse dal mercato del lavoro<sup>5</sup>,
- vista la sua risoluzione del 12 novembre 2009 sulla programmazione congiunta della ricerca per lottare contro le malattie neurodegenerative, in particolare il morbo di Alzheimer<sup>6</sup>,
- vista la sua risoluzione del 19 gennaio 2011 relativa a un'iniziativa europea sulla

---

<sup>1</sup> Testi approvati, P6\_TA(2006)0449.

<sup>2</sup> GU C 250 E del 25.10.2007, pag. 93.

<sup>3</sup> Testi approvati, P6\_TA(2007)0346.

<sup>4</sup> Testi approvati, P6\_TA(2009)0063.

<sup>5</sup> Testi approvati, P6\_TA(2009)0371.

<sup>6</sup> Testi approvati, P6\_TA(2009)0065.

- malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza<sup>1</sup>,
- vista la sua risoluzione del 6 maggio 2010 sulla comunicazione della Commissione "Lotta contro il cancro: un partenariato europeo"<sup>2</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 7 settembre 2010 sul ruolo delle donne in una società che invecchia<sup>3</sup>,
  - vista la sua risoluzione dell'11 novembre 2010 sulla sfida demografica e la solidarietà tra generazioni<sup>4</sup>,
  - vista la sua risoluzione dell'8 febbraio 2011 sugli aspetti della povertà femminile nell'Unione europea<sup>5</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 26 luglio 2011 sulla situazione delle donne che si avvicinano all'età pensionabile<sup>6</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 15 settembre 2011 sulla posizione dell'UE e il suo impegno in vista della riunione di alto livello delle Nazioni Unite dedicata alla prevenzione e al controllo delle malattie non trasmissibili<sup>7</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 7 marzo 2012 sulla lotta al dilagare del diabete nell'UE<sup>8</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 24 maggio 2012 recante raccomandazioni alla Commissione concernenti l'applicazione del principio della parità di retribuzione tra lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile per uno stesso lavoro o per un lavoro di pari valore<sup>9</sup>,
  - vista la sua risoluzione del 13 marzo 2012 sulla parità tra donne e uomini<sup>10</sup>,
  - visto l'articolo 48 del suo regolamento,
  - vista la relazione della commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere (A7-0340/2012),

### ***Contesto generale***

A. considerando che l'Unione europea promuove la dignità dell'uomo e riconosce il diritto

---

<sup>1</sup> Testi approvati, P7\_TA(2011)0016.

<sup>2</sup> Testi approvati, P6\_TA(2010)0152.

<sup>3</sup> Testi approvati, P6\_TA(2010)0306.

<sup>4</sup> Testi approvati, P6\_TA(2010)0400.

<sup>5</sup> Testi approvati, P7\_TA(2011)0086.

<sup>6</sup> Testi approvati, P6\_TA(2011)0360.

<sup>7</sup> Testi approvati, P6\_TA(2011)0390.

<sup>8</sup> Testi approvati, P7\_TA(2012)0082.

<sup>9</sup> Testi approvati, P7\_TA(2012)0225.

<sup>10</sup> Testi approvati, P7\_TA(2012)0069.

di ogni persona di accedere a prevenzione sanitaria e cure mediche e che l'articolo 168, paragrafo 7 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea stabilisce chiaramente che gli Stati membri sono responsabili per l'organizzazione, la gestione e la fornitura di servizi sanitari e assistenza medica, compresa l'assegnazione delle risorse; che il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale è fondamentale;

- B. considerando che l'invecchiamento demografico è una delle principali sfide per l'Europa; che nell'UE le persone con più di 65 anni sono oltre 87 milioni (17,4% della popolazione totale) e che, secondo le proiezioni, saranno oltre 150 milioni nel 2060 (circa il 30%);
- C. considerando che, malgrado un consistente aumento dell'aspettativa di vita, associato a un costante miglioramento del tenore di vita nei paesi industrializzati, che permette agli anziani di oggi di essere molto più attivi rispetto ai decenni precedenti, gli stereotipi e i pregiudizi negativi riguardanti gli anziani continuano a rappresentare i principali ostacoli alla loro integrazione sociale, con una conseguente esclusione sociale che ha ripercussioni dirette sulla qualità della vita e la salute mentale;
- D. considerando che le donne hanno un'aspettativa di vita più elevata rispetto agli uomini (82,4 anni per le donne rispetto a 76,4 anni per gli uomini); che il divario in relazione all'aspettativa di vita in buona salute è più contenuto, dal momento che l'aspettativa è di 61,7 anni per gli uomini e di 62,6 anni per le donne;
- E. considerando che nel 2010 il tasso di occupazione delle donne di età compresa tra 55 e 64 anni era del 38,6%, contro il 54,5% degli uomini della stessa fascia di età; che, secondo gli obiettivi dell'UE, entro il 2020 il 75% della popolazione di età compresa fra i 20 e i 64 anni dovrà avere un'occupazione;
- F. considerando che la retribuzione delle donne è inferiore a quella degli uomini (nell'UE il divario retributivo medio fra i sessi è del 17,5%); che in alcuni Stati membri il divario retributivo tra i sessi è superiore al 30% nella fascia compresa tra i 55 e i 64 anni e arriva fino al 48% dai 65 anni in su; che il divario retributivo fra i sessi produce un divario pensionistico, con pensioni quindi spesso inferiori, per cui le donne si trovano al di sotto della soglia di povertà;
- G. considerando che spesso le donne, al fine di conciliare vita familiare e vita lavorativa, scelgono lavori flessibili, domestici, part-time, saltuari o atipici, che recano pregiudizio all'avanzamento delle loro carriere e hanno importanti ripercussioni sull'importo dei contributi pensionistici versati, rendendole particolarmente vulnerabili alla precarietà e alla povertà;
- H. considerando che la generazione delle donne con più di 50 anni, spesso descritta come la "generazione sandwich" o come "figlie e madri lavoratrici", tende ad avere meno possibilità di prendersi cura della propria salute in quanto spesso si occupa di genitori e nipoti;
- I. considerando che in Europa il 23,9 % della popolazione tra 50 e 64 anni è a rischio povertà, precisamente il 25,9% per le donne rispetto al 21,7% degli uomini; che

nell'Unione europea tali percentuali si attestano fra il 39% e il 49% a seconda del paese e salgono al 51% in uno Stato dell'UE;

- J. considerando che anche a seguito di divorzio, separazione o vedovanza il 75,8% delle donne di oltre 65 anni vivono sole, che in media nell'Unione europea tre nuclei familiari su dieci sono composti da un'unica persona, in maggioranza donne che vivono da sole, soprattutto anziane, e che tale percentuale è in aumento; che i nuclei familiari composti da un'unica persona o monoreddito risultano svantaggiati nella maggior parte degli Stati membri, in termini sia assoluti che relativi, per quanto concerne l'imposizione fiscale, la sicurezza sociale, la situazione abitativa, l'assistenza sanitaria, la posizione assicurativa e pensionistica; che le politiche pubbliche non devono penalizzare gli individui perché vivono, volontariamente o involontariamente, da soli;
- K. considerando che nel 2009 il tasso di deprivazione materiale severa per le donne di oltre 65 anni era del 7,6% rispetto al 5,5% degli uomini della stessa fascia d'età;
- L. considerando che le donne anziane, in quanto gruppo svantaggiato, sono spesso vittime di molteplici discriminazioni (fondate ad esempio sull'età, il sesso o l'origine etnica); che le donne anziane, le quali spesso godono di un basso status socio-economico e incontrano numerose difficoltà, potrebbero trarre beneficio da misure di protezione sociale e dall'accesso ai sistemi sanitari nazionali;
- M. considerando che nelle zone rurali l'accesso all'assistenza sanitaria è più difficile rispetto alle aree urbane, soprattutto perché vi è scarsità di personale sanitario specializzato e di strutture ospedaliere, anche di emergenza;
- N. considerando che spesso le donne anziane, soprattutto le anziane sole, vivono in condizioni socioeconomiche svantaggiate, che incidono sulla loro qualità di vita e sul loro stato di salute fisica e mentale;
- O. considerando che, per rispondere correttamente alle esigenze delle donne anziane, è necessaria una migliore conoscenza delle malattie di cui soffrono;
- P. considerando che tutti questi fattori, tra cui l'isolamento, influiscono sulla capacità delle donne anziane di condurre una vita attiva e di essere pienamente integrate nella vita sociale;

### ***Patologie legate all'invecchiamento***

- Q. considerando che le donne, in conseguenza della maggiore aspettativa di vita e della specificità di genere di talune malattie, sono più colpite da malattie croniche e invalidanti e, quindi, più soggette a un peggioramento della qualità di vita;
- R. considerando che tra uomini e donne vi sono differenze nell'incidenza, progressione e conseguenze di numerose patologie;
- S. considerando che, secondo gli ultimi dati disponibili (IARC), i tumori che colpiscono più frequentemente le donne sono il carcinoma della mammella (29,7%), del colon-retto (13,5%) e del polmone (7,4%);

- T. considerando che ogni anno le malattie cardiovascolari sono responsabili di oltre due milioni di decessi negli Stati membri, che rappresentano il 42% di tutti i decessi nell'UE e che determinano il 45% dei decessi tra le donne rispetto al 38% degli uomini;
- U. considerando che il diabete è una delle malattie non trasmissibili più comune che colpisce oltre 33 milioni di cittadini dell'UE, cifra che probabilmente aumenterà fino a 38 milioni entro il 2030; che nel 2010 circa il 9% degli adulti (20-79 anni) nella popolazione dell'UE era diabetico;
- V. considerando che l'età è un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer (la forma più comune di demenza); che le patologie neurodegenerative sono più frequenti nelle persone con più di 65 anni (colpiscono circa 1 persona su 20 dopo i 65 anni, 1 su 5 dopo gli 80 e 1 su 3 dopo i 90); che più di 7,3 milioni di persone in Europa soffrono di demenza; che, secondo gli studi, il tasso di prevalenza del morbo di Alzheimer è dell'81,7% tra le donne anziane con più di 90 anni (contro il 24% degli uomini); che la stigmatizzazione e la mancanza di sensibilizzazione sulle malattie neurodegenerative come la demenza causa diagnosi ritardate e un cattivo esito del trattamento;
- W. considerando che la demenza è maggiormente diffusa fra le persone oltre i 65 anni, che colpisce circa una persona su 20 oltre i 65 anni, una su cinque oltre gli 80 anni e una su tre oltre i 90 anni e che, in generale, è più diffusa fra le donne anziane rispetto agli uomini anziani;
- X. considerando che le donne sono a maggior rischio di sviluppare malattie osteo-articolari (fra cui osteoartrite, artrite reumatoide, osteoporosi e fragilità ossea); che circa il 75% delle fratture dell'anca dovute all'osteoporosi riguarda le donne;
- Y. considerando che i principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari, tumori, diabete, obesità e malattie croniche ostruttive sono il fumo, l'inattività fisica, l'alimentazione scorretta, l'abuso di alcol e l'inquinamento ambientale;
- Z. considerando che la depressione e l'ansia rappresentano gravi forme di disturbo psichico che colpiscono più le donne degli uomini e la cui incidenza per le donne, in Europa, è stimata dall'OMS tra il 2 e il 15% nella fascia oltre i 65 anni;
- AA. considerando che l'ipoacusia e i disturbi della vista possono anche contribuire fortemente al peso degli anni vissuti con limitazioni funzionali e che una tempestiva e adeguata diagnosi, cure di qualità e l'accesso a dispositivi medici di qualità possono prevenire il peggioramento della patologia o ripristinare in parte le funzionalità;
- AB. considerando che dei circa 600 000 europei che soffrono di sclerosi multipla la maggior parte dei malati sono donne e che si tratta della patologia neurovegetativa più diffusa nonché una delle principali cause di disabilità di origine non traumatica nelle donne anziane;

### *Accesso ai servizi sanitari*

- AC. considerando che è necessario garantire un equo accesso ai servizi sanitari per uomini e

donne e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, prestando maggiore attenzione alla particolare situazione delle donne nelle zone rurali, molte delle quali vivono da sole, nel rispetto dell'articolo 168, paragrafo 7 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea;

- AD. considerando che la condizione economica delle donne anziane, a causa delle diseguaglianze di genere in materia di retribuzioni, pensioni e altri redditi, le rende particolarmente vulnerabili alla precarietà e alla povertà e che esse dispongono di minori risorse finanziarie da utilizzare per i servizi sanitari e le cure mediche di cui hanno bisogno;
- AE. considerando che la telemedicina può migliorare l'accesso all'assistenza medica non disponibile in zone difficilmente accessibili e può migliorare la qualità e la frequenza dell'assistenza specialistica richiesta dalle condizioni di salute delle persone anziane;

### ***Ricerca e prevenzione***

- AF. considerando che gli investimenti nella ricerca e nell'innovazione sono fondamentali per mantenere un elevato livello di vita e affrontare quindi la grande sfida dell'invecchiamento;
- AG. considerando che la prevenzione e la diagnosi precoce determinano un miglioramento della salute fisica e mentale degli uomini e delle donne, il che potrebbe allungare l'aspettativa di vita in buona salute e far diminuire la spesa per l'assistenza sanitaria, assicurando la sostenibilità nel lungo periodo;
- AH. considerando che le misure di prevenzione devono essere prioritarie nell'ambito dell'assistenza sanitaria, rivolgendo una particolare attenzione ai gruppi svantaggiati;
- AI. considerando che l'alfabetizzazione sanitaria è un requisito necessario perché i cittadini possano meglio orientarsi in sistemi sanitari complessi e migliorare la comprensione del proprio ruolo nel prevenire le malattie legate all'età nel corso della vita;
- AJ. considerando che la specificità di genere delle malattie e dei farmaci non è attualmente oggetto di adeguati studi, dal momento che attualmente gli studi clinici vengono in gran parte effettuati su uomini giovani;
- AK. considerando che, secondo lo IARC, lo screening mammografico, con una copertura di oltre il 70%, può ridurre dal 20% al 30% la mortalità per cancro al seno nelle donne oltre i 50 anni;
- AL. considerando che le donne fanno maggior ricorso ai farmaci e ai rimedi botanici, i cui effetti devono essere oggetto di ulteriori ricerche allo scopo di minimizzare i rischi di interazione;
- AM. considerando che nel corso della loro vita le donne affrontano molti cambiamenti ormonali e fanno uso di farmaci specifici correlati all'età fertile e alla menopausa;
- AN. considerando che il 9% delle donne ricorre frequentemente agli antidepressivi rispetto al

5% degli uomini;

AO. considerando che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il 4-6% degli anziani ha subito qualche forma di abuso all'interno della propria abitazione, dagli abusi fisici, sessuali e psicologici allo sfruttamento economico, all'incuria e all'abbandono;

### ***Contesto generale***

1. riconosce che, nonostante le donne vivano di più degli uomini, non vivono molto più a lungo in buona salute, ossia senza limitazioni di attività o incapacità importanti (62,6 anni per le donne e 61,7 per gli uomini);
2. osserva che, per poter condurre una vita autonoma e con pari diritti, le donne anziane richiedono un sostegno adeguato sia in termini di assistenza sanitaria che a livello domestico;
3. invita la Commissione a pubblicare un nuovo Rapporto sulla salute delle donne, che si concentri in particolare sulla fascia di età "65+" e sugli indicatori relativi all'invecchiamento attivo;
4. sostiene che le politiche volte a conciliare vita familiare e lavorativa e partecipazione sociale permettono alla donna di affrontare meglio l'invecchiamento attivo e in buona salute e invita pertanto gli Stati membri ad intensificare gli sforzi in questa direzione;
5. invita gli Stati membri a promuovere una piena integrazione, un maggiore coinvolgimento e una partecipazione attiva delle donne anziane nella vita sociale;
6. sostiene l'importanza di un'offerta culturale e formativa dedicata alla terza età;
7. chiede misure concrete ed efficaci, quali l'adozione della direttiva sulla parità di trattamento, onde far fronte alle diverse forme di discriminazione di cui spesso sono vittime le donne anziane;
8. sostiene le iniziative volte a migliorare la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, nonché a preservare l'autonomia degli anziani;
9. chiede alla Commissione e al Consiglio di pubblicare una relazione sulle azioni intraprese dagli Stati membri a sostegno dell'invecchiamento attivo e sul loro impatto, al fine di individuare migliori prassi e valutare future azioni da intraprendere a livello europeo;
10. esorta la Commissione e gli Stati membri a diffondere un atteggiamento più positivo nei confronti dell'invecchiamento e a sensibilizzare i cittadini dell'UE sulle problematiche dell'invecchiamento e sulle sue implicazioni concrete, il che costituisce uno dei principali messaggi del 2012, Anno dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni;
11. ritiene che la prospettiva futura delle politiche in materia di invecchiamento consista nell'adozione di un approccio che consideri tutto l'arco della vita e che tenga conto delle

interconnessioni tra invecchiamento e genere;

12. rileva che la spesa pubblica in ambito sanitario rappresenta il 7,8% del PIL nell'UE e che, secondo le stime, a causa dell'invecchiamento demografico la spesa per l'assistenza a lungo e a breve termine aumenterà entro il 2060 del 3%;
13. invita gli Stati membri a prestare attenzione alle immigrate anziane, che vivono in gravi condizioni economiche e sociali e spesso incontrano difficoltà ad accedere alle misure di protezione sociale e ai servizi sanitari; è del parere che una particolare attenzione debba essere riservata alle donne sole, vedove e separate, la cui situazione incide sulla qualità della vita e della salute;
14. invita la Commissione e gli Stati membri a riconoscere pienamente la dimensione di genere nel settore sanitario quale elemento fondamentale delle politiche sanitarie nazionali e dell'UE;
15. esorta gli Stati membri a trovare un giusto equilibrio tra l'attuazione di misure drastiche per combattere la crisi economica e finanziaria e l'erogazione di finanziamenti sufficienti e adeguati per l'assistenza sanitaria e sociale, al fine di contribuire alla gestione dell'andamento demografico di una popolazione che invecchia;
16. chiede alla Commissione di pubblicare uno studio sull'impatto della crisi economica e finanziaria sulle donne anziane, rivolgendo particolare attenzione all'accesso all'assistenza sanitaria di prevenzione e cura;
17. rileva che strategie globali e approfondite nel settore sanitario richiedono la cooperazione di governi, operatori sanitari, organizzazioni non governative, organizzazioni della sanità pubblica, organizzazioni di rappresentanza dei pazienti, mass media e altre parti interessate all'invecchiamento in buona salute;
18. ribadisce la necessità di costruire e promuovere un'Unione europea più attenta ai bisogni e agli interessi delle donne e degli uomini anziani, introducendo una prospettiva di genere in tutte le iniziative e le politiche di sensibilizzazione e di informazione, al fine di garantire un invecchiamento attivo e sano per tutti;

### ***Patologie legate all'invecchiamento***

19. sottolinea che molte malattie nelle donne sono spesso sottovalutate, come nel caso delle patologie cardiache che sono considerate un problema maschile; deplora che molti casi di infarto nelle donne non vengano diagnosticati poiché i sintomi sono generalmente diversi da quelli degli uomini; sottolinea che anche i trattamenti dovrebbero tenere in considerazione le specificità biologiche di genere;
20. invita gli Stati membri ad attuare programmi di informazione pubblica mirati alle donne, intesi a sensibilizzare sui fattori di rischio collegati alle malattie cardiovascolari e programmi specializzati per la formazione continua degli operatori sanitari;
21. deplora la mancanza di attenzione rivolta al problema del consumo di alcol da parte delle donne anziane in Europa e invita la Commissione e gli Stati membri ad avviare

studi per affrontare questo problema e il relativo impatto sulla loro salute fisica e mentale;

22. rileva con preoccupazione l'aumento del numero di fumatrici con conseguente aumento del rischio per le donne di contrarre cancro polmonare nonché disturbi cardiocircolatori; invita gli Stati membri e la Commissione a introdurre programmi di lotta contro il fumo, specialmente per le giovani (l'OMS stima che in Europa la percentuale di donne fumatrici salirà dall'attuale 12% a circa il 20% entro il 2025);
23. invita la Commissione a incoraggiare iniziative al fine di promuovere il miglioramento della salute, anche con un'adeguata informazione sui rischi legati al consumo di tabacco e di alcol, sui benefici di un corretto regime alimentare e di un'adeguata attività fisica, quali mezzi per prevenire l'obesità, l'ipertensione e le relative complicazioni;
24. invita la Commissione e gli Stati membri a varare campagne informative mirate alle donne che stanno entrando o che sono in menopausa;
25. invita gli Stati membri a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle malattie osteoarticolari organizzando campagne d'informazione e di educazione pubbliche sulla prevenzione e la cura di tali patologie;
26. invita la Commissione ad avviare un piano d'azione dell'UE in materia di malattie non trasmissibili, in esito ai risultati del vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili tenutosi a settembre 2011 e al processo di consultazione pubblica avviato dalla Commissione a marzo-aprile 2012;
27. invita la Commissione a focalizzarsi sui giovani, soprattutto in ordine alla futura revisione della direttiva 2001/37/CE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco;
28. invita la Commissione a elaborare e mettere in atto una strategia mirata dell'UE sotto forma di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione, la diagnosi e la gestione del diabete nonché sull'informazione e la ricerca, che preveda un approccio trasversale di genere e la parità tra uomini e donne, nel rispetto dell'articolo 168, paragrafo 7 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea;
29. invita la Commissione e gli Stati membri ad adottare un approccio olistico e rispettoso delle specificità di genere riguardo al morbo di Alzheimer e ad altre forme di demenza, al fine di migliorare la qualità della vita e rafforzare la dignità dei pazienti e delle loro famiglie;
30. invita la Commissione e gli Stati membri a realizzare campagne di informazione rivolte al grande pubblico sul morbo di Alzheimer (informazioni sulla malattia stessa, possibilità di trattamento e cura), in collaborazione con le associazioni nazionali ed europee che si occupano di tale patologia;
31. chiede agli Stati membri che non lo hanno ancora fatto di elaborare con urgenza piani e strategie nazionali per il morbo di Alzheimer;

32. rileva con preoccupazione che nell'UE il tasso più elevato di suicidi si registra tra le persone con più di 65 anni, che i casi di tentato suicidio tra le donne sono superiori a quelli tra gli uomini e sono in aumento a causa dell'aggravato impatto della crisi economica sulle donne anziane; esorta la Commissione a pubblicare uno studio sul collegamento fra tali statistiche e lo sproporzionato impatto della crisi economica sulle donne anziane;
33. invita gli Stati membri, in collaborazione con la Commissione ed Eurostat, a migliorare la raccolta di dati, al fine di ottenere dati disaggregati per sesso ed età, e fornire informazioni più accurate in merito alla salute mentale e al rapporto tra salute mentale e vita sana;
34. invita gli Stati membri ad attuare corsi di formazione specifica per i medici di base e per gli operatori dei servizi psichiatrici, ivi compresi medici, psicologi e infermieri, in tema di prevenzione e trattamento delle malattie neurodegenerative e dei disturbi depressivi, rivolgendo una particolare attenzione alle ulteriori difficoltà che incontrano le donne anziane;
35. invita gli Stati membri ad attribuire priorità alle azioni nel campo delle malattie invalidanti della memoria, come la demenza, e a intensificare gli sforzi nel campo della ricerca medica e sociale, onde migliorare la qualità di vita dei malati e di coloro che li assistono, garantire la sostenibilità dei servizi sanitari e assistenziali e stimolare la crescita a livello europeo;
36. esorta gli Stati membri a garantire che il personale del settore pubblico e privato che presta assistenza agli anziani partecipi a programmi di formazione continua e sia sottoposto a valutazione periodica;
37. invita gli Stati membri a promuovere studi medici specializzati in gerontologia presso le università pubbliche;

#### *Accesso ai servizi sanitari*

38. invita gli Stati membri a sostenere le iniziative necessarie per aiutare le donne anziane ad accedere ai servizi medici e sanitari, comprese le donne che vivono lontano dai grandi centri e in zone di difficile accesso, indipendentemente dalle loro circostanze personali, economiche e sociali, ponendo l'accento sull'assistenza individualizzata, fra cui l'assistenza più a lungo possibile a domicilio, su specifiche forme di sostegno e di assistenza per coloro che prestano assistenza e la telemedicina, nella misura in cui possa migliorare la qualità della vita di coloro che soffrono di malattie croniche e contribuire a ridurre le liste di attesa;
39. invita gli Stati membri, in sede di pianificazione dei bilanci per i servizi sanitari, ad analizzare, monitorare e garantire la dimensione di genere;
40. invita gli Stati membri a sviluppare ulteriormente i servizi di sanità elettronica e soluzioni abitative assistite rispettose del genere, al fine di promuovere una vita indipendente a casa, rendere i servizi sanitari più efficienti e accessibili per le donne

anziane che sono isolate per ragioni di mobilità e che sono più spesso escluse dai benefici di queste strutture, e stabilire una rete di consulenza telefonica che funzioni 24 ore al giorno;

41. chiede l'adozione di un approccio imperniato sui diritti, per consentire agli anziani di svolgere un ruolo attivo nel contesto dell'adozione di decisioni riguardanti la scelta e la natura dei servizi assistenziali e sociali a loro destinati;
42. chiede agli Stati membri che i sistemi di protezione sociale, in particolare i regimi di assicurazione malattie, tengano conto della disoccupazione e dei disagi sociali delle donne allo scopo di non privarle di protezione;
43. ritiene importante sostenere e facilitare l'accesso ai servizi medico-sanitari e di assistenza per le donne che, nonostante problemi personali di salute, devono prendersi cura di altre persone a carico;
44. chiede che le strutture pubbliche e private che forniscono assistenza sanitaria e ricovero agli anziani siano riorganizzate in modo più congeniale ai propri ospiti, non solo fornendo loro cure mediche, ma anche privilegiando qualsiasi forma di attività autonoma o creativa onde evitare il fenomeno dell'istituzionalizzazione;
45. è fermamente convinto che gli anziani ricoverati negli istituti di assistenza pubblici o privati debbano essere coinvolti nella gestione di tali istituti;
46. insiste sulla necessità che un numero sempre maggiore di membri del personale medico e paramedico sia altamente formato e preparato ad un approccio che, per la specificità di genere e di età, dovrebbe prendere in considerazione i particolari bisogni psicologici, relazionali e informativi delle donne anziane;
47. chiede che i percorsi di studio del personale medico tengano maggiormente conto della formazione all'ascolto e psicologica; chiede altresì che gli assistenti sociali siano più coinvolti nell'ambito di tale politica di prevenzione;
48. sostiene le associazioni e le linee telefoniche di assistenza che offrono aiuto, protezione e sostegno psicologico agli anziani;
49. invita gli Stati membri e la Commissione a raccogliere dati e a scambiarsi le buone pratiche, tenendo conto di una prospettiva di genere, che possano contribuire alla individuazione di buone prassi sull'accesso ai servizi sanitari, anche per evitare lungaggini burocratiche, e all'elaborazione di misure e politiche concrete che consentano di migliorare la qualità della vita delle donne anziane e offrire anche consulenza ai governi per la creazione di un ambiente favorevole alla diffusione di conoscenze sulle malattie legate all'età negli Stati membri;
50. esorta gli Stati membri a rafforzare l'assistenza sanitaria preventiva per le donne anziane prevedendo, ad esempio, mammografie e pap-test accessibili e regolari, allo scopo di eliminare i limiti di età per l'accesso alla prevenzione sanitaria, come lo screening dei tumori al seno, e sensibilizzare in merito all'importanza dello screening;

51. invita la Commissione ad intensificare i suoi sforzi al fine di diffondere in tutta l'Unione europea una cultura della prevenzione, e gli Stati membri a incrementare le campagne di informazione e sensibilizzazione specifiche presso scuole, università, luoghi di lavoro e centri per anziani, con la cooperazione degli operatori del settore, degli enti locali e delle ONG;

### *Ricerca e prevenzione*

52. prende atto con preoccupazione dei risultati di una ricerca UE pubblicati ad aprile 2011 secondo i quali circa il 28% delle donne al di sopra dei 60 anni ha subito maltrattamenti negli ultimi 12 mesi; è del parere che occorra attribuire priorità alla protezione degli anziani da abusi, maltrattamenti, abbandono e sfruttamento, che si tratti di azioni intenzionali e deliberate o derivanti da negligenza; invita gli Stati membri a rafforzare le loro azioni per prevenire l'abuso sugli anziani a casa e nelle strutture;
53. sottolinea che è importante adottare un approccio alla ricerca medica che tenga conto delle specificità degli uomini e delle donne;
54. sottolinea che la Strategia per la parità tra uomini e donne (2010-2015) riconosce che le donne e gli uomini sono esposti a malattie e rischi per la salute specifici che devono essere presi adeguatamente in considerazione nella ricerca medica e nei servizi sanitari;
55. chiede che nell'ambito di "Orizzonte 2020" sia sviluppato un piano strategico di ricerca sulla salute delle donne per il prossimo decennio e sia creato un istituto di ricerca sulla salute delle donne per garantire l'attuazione del piano;
56. sottolinea che è importante garantire la presenza di donne esperte nelle commissioni consultive tecnico-scientifiche nazionali per la valutazione dei farmaci;
57. invita il Consiglio, la Commissione e gli Stati membri a considerare gli abusi sugli anziani come oggetto di ricerca nell'ambito del programma congiunto sulle malattie neurodegenerative, allo scopo di misurarne la prevalenza e l'impatto sulle persone affette da demenza;
58. sostiene il partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute quale iniziativa pilota che mira ad aumentare di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'UE entro il 2020 e si prefigge di raggiungere tre obiettivi per l'Europa, migliorando la salute e la qualità della vita degli anziani, nonché la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi di assistenza;
59. accoglie con favore i progetti e le iniziative finalizzati al miglioramento delle abitudini alimentari e dello stile di vita (il progetto EATWELL, la piattaforma d'azione europea per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute, il quadro per la riduzione del sale), nonché il partenariato europeo per la lotta contro il cancro;
60. sottolinea che tutti gli obiettivi e le azioni contemplati dal secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute dovrebbero contribuire a promuovere una migliore comprensione e un miglior riconoscimento delle rispettive necessità di uomini e donne e dei rispettivi approcci alla salute;

61. accoglie con favore la proposta della Commissione concernente un pacchetto di misure per la politica di coesione (2014-2020) che considera l'invecchiamento attivo e in buona salute e l'innovazione tra le proprie priorità in termini di investimenti;
62. deplora che il 97% dei bilanci sanitari sia dedicato alle terapie e solo il 3% ad un investimento nella prevenzione, mentre il costo delle terapie e della gestione delle malattie non trasmissibili sta aumentando per via della maggiore disponibilità di diagnostica e di cure; chiede a tale riguardo agli Stati membri di destinare una quota maggiore del loro bilancio sanitario alle attività di prevenzione;
63. invita la Commissione a dare maggior risalto alla lotta contro le cause delle malattie e, a tal fine, a promuovere la prevenzione in tutti i settori e a tutti i livelli della società; invita la Commissione a promuovere la salute attraverso la diagnosi precoce delle malattie, il mantenimento di uno stile di vita sano, un'adeguata assistenza sanitaria e la garanzia di condizioni di lavoro adeguate per i lavoratori più anziani;
64. invita gli Stati membri a dare maggior risalto alle campagne di sensibilizzazione sull'osteoporosi e a dare informazioni più chiare sulla diagnosi precoce di tale patologia per prevenire le fratture, anche mediante un migliore accesso agli esami di densitometria ossea;
65. condivide il "gender challenge" dell'OMS per cui è necessaria una migliore valutazione dei fattori di rischio che coinvolgono la salute delle donne; accoglie con favore in tale contesto le raccomandazioni dell'OMS che suggeriscono di costruire ambienti "a misura di anziano" e di accrescere le opportunità delle donne anziane di contribuire produttivamente alla società, anche nell'ambito della collaborazione intersettoriale, onde individuare e promuovere azioni al di fuori del settore sanitario in grado di migliorare lo stato di salute delle donne;
66. chiede agli Stati membri di evidenziare, nella formazione del personale medico e paramedico, le differenze dei quadri clinici e i sintomi delle malattie cardiovascolari nelle donne, sottolineando i vantaggi di un pronto intervento;
67. invita la Commissione e il Consiglio a incoraggiare, nel quadro dell'iniziativa "Orizzonte 2020", una più stretta collaborazione scientifica e lo svolgimento di ricerche comparative sulla sclerosi multipla all'interno dell'Unione europea, in modo da poter più facilmente individuare terapie e cure preventive per questa patologia, che comporta gravi limitazioni motorie, in particolare per le donne anziane;
68. invita la Commissione a continuare a sostenere le campagne di sensibilizzazione rivolte soprattutto alle donne anziane, concentrandosi su raccomandazioni sensibili al genere e all'età in materia di corretta alimentazione e sull'importanza dell'esercizio fisico, dato che essi possono svolgere un ruolo nella prevenzione delle cadute e contribuire a ridurre l'incidenza delle malattie cardiocircolatorie, l'osteoporosi e alcuni tipi di cancro;
69. chiede in tal senso di intensificare l'informazione e l'educazione, sia nelle scuole che attraverso messaggi sanitari, su una sana alimentazione e sui rischi per la salute di una cattiva alimentazione;

70. invita la Commissione a consultarsi con il Consiglio per rilanciare ed attuare in modo efficace la raccomandazione sullo screening dei tumori, ponendo in particolare l'accento sui gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista socio-economico, per ridurre le disuguaglianze sanitarie; sollecita gli Stati membri che ancora non l'hanno fatto a dare attuazione alla suddetta raccomandazione, conformemente agli orientamenti europei in materia di garanzia di qualità;
71. invita la Commissione e il Consiglio ad adattare la soglia di età per l'accesso ai programmi di screening, almeno nei paesi in cui l'incidenza della malattia è risultata più elevata e nei casi di anamnesi familiare particolarmente a rischio, e a inserire nei suddetti programmi anche le donne in età avanzata, in ragione della più lunga aspettativa di vita;
72. invita la Commissione e gli Stati membri a promuovere i diritti delle donne nell'ottica della lotta a ogni forma di violenza e discriminazione fondata sull'invecchiamento e sul genere, anche attraverso campagne di sensibilizzazione e di informazione rivolte a tutti i cittadini europei fin dalla più tenera età;
73. invita gli Stati membri a intensificare la ricerca clinica sulle donne e ritiene che la recente proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, che abroga la direttiva 2001/20/CE, possa essere rivista in tal senso;
74. invita gli Stati membri a mettere a punto soluzioni innovative direttamente attraverso la cooperazione con i pazienti, al fine di rispondere alle esigenze degli anziani in modo più efficace;
75. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

## MOTIVAZIONE

La popolazione dell'Unione europea va incontro ad un progressivo invecchiamento a causa dei bassi tassi di nascita e della crescente aspettativa di vita. Tale dimensione è sempre più integrata nelle politiche europee, come testimonia l'Anno europeo 2012 per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni. L'obiettivo è favorire un invecchiamento in buona salute per tutti attraverso l'accesso ad una assistenza sanitaria di qualità e mediante misure di prevenzione che consentano alle persone anziane di rimanere quanto più a lungo possibile autonome.

La relazione intende fornire un quadro generale della situazione e proporre, in maniera programmatica, una serie di azioni da intraprendere a livello nazionale ed europeo.

Non esiste una definizione univoca di "persona anziana". In alcuni casi si fa riferimento all'età cronologica (per l'OMS a partire da 65 anni) o alle fasi della vita (terza e quarta età), altre volte si parte dal ruolo sociale, dal livello di attività (cessazione dell'attività professionale), dalla salute o dal grado di dipendenza.

L'indagine Eurobarometro "Invecchiamento attivo" (2012) mostra che la definizione di "giovani" e "anziani" differisce molto nei paesi. In media, per gli Europei una persona può essere considerata "anziana" alla soglia dei 64 anni e "non più giovane" a partire da 41,8 anni. La fascia di popolazione con oltre 65 anni presenta una sproporzione in termini di genere: su un totale di oltre 87 milioni di persone nell'UE27 in tale fascia di età, 50,6 milioni sono donne.

Il divario è ancor più evidente per le persone con più di 80 anni: 3,1% di donne e 1,6% di uomini sul totale della popolazione.

Le donne sentono che la vecchiaia inizia leggermente più tardi rispetto agli uomini (65 anni rispetto a 62,7 anni). È interessante evidenziare l'autopercezione della propria salute: a 65 anni gli uomini ritengono di avere un'aspettativa di buona salute di 8,2 anni; le donne di 8,4. Secondo Eurostat solo il 48,9% delle persone in fascia di età 50-64 anni è ottimista sul proprio futuro; il dato scende ulteriormente al 44,9% per la fascia di età oltre i 65 anni.

A dispetto della maggiore longevità, si riscontra fra le donne anziane un'incidenza significativamente superiore di malattie debilitanti – fratture da osteoporosi, artrite reumatoide e osteoartrosi, ictus, incontinenza urinaria, cancro – rispetto agli uomini di pari età. Lo stesso vale per il progressivo presentarsi di disabilità dovute a un rallentamento psicomotorio, di episodi di confusione mentale e di demenza (es. Alzheimer), la cui incidenza aumenta in maniera esponenziale con gli anni.

Tra le malattie che colpiscono in particolare le donne anziane vi sono quelle cardiovascolari, respiratorie, il cancro (che resta la principale causa di decesso delle donne anziane nell'Ue), il diabete, le patologie muscolo-scheletriche, le malattie degenerative e la depressione.

I principali fattori di rischio, che devono essere valutati secondo un rapporto di interdipendenza, sono ipertensione arteriosa, iperglicemia, sedentarietà, tabagismo, eccesso ponderale e obesità, ipercolesterolemia, nonché, per le donne, i cambiamenti ormonali dovuti alla menopausa.

In particolare, il tabagismo provoca la morte di circa 6 milioni di persone ogni anno di cui il 21% in Europa; l'abuso di alcool è il terzo fattore di rischio per la morte e l'inabilità in Unione Europea dopo tabacco e ipertensione, causando 195.000 morti ogni anno e incidendo sul 12% delle morti premature tra gli uomini e per il 2% in quella delle donne; in oltre metà dei paesi OCSE almeno una persona su due è sovrappeso o obeso e secondo le proiezioni entro dieci anni in alcuni paesi due persone su tre saranno obese. L'attività fisica può avere un ruolo

molto importante per migliorare la qualità della vita tra le persone anziane, poiché migliora le condizioni fisiologiche e psicologiche. Secondo un'indagine condotta da Eurobarometro su "Sport e attività fisica" più della metà (61%) degli intervistati di età compresa tra 15 a 24 anni ha riferito di svolgere uno sport almeno una volta a settimana; il dato scende al 44% per la fascia di età 25-39 anni, al 40% per la fascia di età 40-54 anni, al 33% per la fascia di età compresa tra 55 e 69 anni e al 22% per gli over 70.

È importante la promozione della salute lungo tutto l'arco della vita.

Prevenzione e informazione sono elementi essenziali per una strategia che deve vedere coinvolti tutti i policy makers, in particolare le associazioni del settore, le istituzioni nazionali ed europee, gli organi di informazione e le amministrazioni a livello locale.

Secondo l'OMS l'alimentazione corretta, l'importanza dell'attività fisica, la lotta al fumo e all'abuso di alcol, dovrebbero essere delle costanti lungo tutto l'arco della vita.

Anche in seguito all'Anno europeo dedicato all'invecchiamento attivo le Istituzioni comunitarie devono collaborare con i partner nazionali e locali per diffondere al grande pubblico le strategie in termini di prevenzione volte a promuovere comportamenti virtuosi per accompagnare ad un invecchiamento sano e attivo.

Al di là dei programmi di screening, infatti, occorre considerare le difficoltà (che spesso si trasformano nell'impossibilità) di accesso ai servizi sanitari: la complessità dei sistemi, la mancanza di orientamenti, difficili modalità di prenotazione di visite specialistiche e analisi diagnostiche, nonché lunghe liste di attesa, scoraggiano soprattutto i pazienti anziani, in particolare la popolazione anziana femminile che vive molto spesso in condizioni di solitudine.

Anche laddove l'offerta sanitaria potrebbe rispondere in maniera adeguata alle necessità della donna anziana, la mancanza di informazioni comporta non poter usufruire delle possibilità esistenti. Occorre considerare che la qualità dell'assistenza sanitaria dipende anche, e soprattutto per le donne anziane, da un approccio medico-paziente che tenga conto della specificità di tale categoria di popolazione.

La ricerca clinica dovrebbe tenere maggiormente in considerazione il genere, evidenziando, oltre alla prevalenza di alcune specifiche patologie nelle donne, anche e soprattutto i fattori causali o predisponenti (non ultimi, i cambiamenti ormonali).

Per le donne l'invecchiamento (e l'insorgere della menopausa) rappresenta un profondo momento di crisi. Invecchiando, la donna vive profondi cambiamenti: il suo ruolo sociale e lavorativo si ritrova ad essere modificato; i cambiamenti fisici sono spesso difficili da accettare.

Le conseguenze psicologiche dell'invecchiamento possono portare a un senso di solitudine (peggiorato dal fatto che spesso le donne anziane vivono sole), un forte senso di isolamento e la perdita di autostima. Tutto ciò può portare alla depressione. Oltre la metà (50.6 %) delle donne di età compresa tra 50 e 64 anni nell'UE era inattiva nel 2010.

Secondo i dati Eurobarometro, un terzo dei cittadini europei dichiara che vorrebbe continuare a lavorare dopo aver raggiunto l'età pensionabile.

Due terzi dei cittadini europei sono favorevoli a combinare il lavoro a tempo parziale con una pensione parziale per evitare che con il pensionamento si ritrovino all'improvviso esclusi dalla vita sociale e lavorativa.

L'attività e il contributo che gli anziani possono apportare alla società dopo la pensione possono assumere diverse forme, tra cui il volontariato, il sostegno ai familiari, l'aiuto alle persone vicine malate o vulnerabili (prestatori di assistenza informale) e la partecipazione ad attività politiche, culturali, ambientali o religiose. A livello locale potrebbero essere compiuti sforzi per rendere le realtà locali adatte agli anziani. Possono essere migliorate le strutture

sportive, i trasporti pubblici; possono essere aumentate le occasioni di incontro e di interscambio (attività sociali e ricreative), con la collaborazione degli enti locali e le associazioni di volontariato. Anche incoraggiare l'uso di internet (magari attraverso una formazione gratuita) può aiutare gli anziani a intrattenere una vita sociale o a contrastare la solitudine ma anche a rimanere autonomi e indipendenti (secondo Eurostat nel 2010 il 46% delle persone nella fascia di età tra 55 e 64 anni usa Internet almeno una volta a settimana, mentre per la fascia compresa tra 65-74 anni la percentuale è del 25%).

## ESITO DELLA VOTAZIONE FINALE IN COMMISSIONE

<b>Approvazione</b>	10.10.2012
<b>Esito della votazione finale</b>	+ :            31 - :            0 0 :            1
<b>Membri titolari presenti al momento della votazione finale</b>	Regina Bastos, Edit Bauer, Andrea Češková, Edite Estrela, Iratxe García Pérez, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Lívia Járóka, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Constance Le Grip, Astrid Lulling, Barbara Matera, Elisabeth Morin-Chartier, Krisztina Morvai, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Raül Romeva i Rueda, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Anna Záborská
<b>Supplenti presenti al momento della votazione finale</b>	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
<b>Supplenti (art. 187, par. 2) presenti al momento della votazione finale</b>	Jacek Włosowicz