



PARLAMENTUL EUROPEAN

2009 - 2014

Document de ședință

A7-0340/2012

18.10.2012

RAPORT

referitor la prevenirea bolilor legate de vârstă care afectează femeile
(2012/2129(INI))

Comisia pentru drepturile femeii și egalitatea de gen

Raportoare: Roberta Angelilli

PR_INI

CUPRINS

	Pagina
PROPUNERE DE REZOLUȚIE A PARLAMENTULUI EUROPEAN.....	3
EXPUNERE DE MOTIVE.....	18
REZULTATUL VOTULUI FINAL ÎN COMISIE	21

PROPUNERE DE REZOLUȚIE A PARLAMENTULUI EUROPEAN

referitoare la prevenirea bolilor legate de vârstă care afectează femeile

(2012/2129(INI))

Parlamentul European,

- având în vedere articolul 168 din TFUE,
- având în vedere Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene,
- având în vedere Cartea albă „Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013” (COM(2007)0630),
- având în vedere Cartea albă „Strategie pentru Europa privind problemele de sănătate legate de alimentație, excesul de greutate și obezitate” (COM(2007)0279),
- având în vedere „Raportul privind sănătatea femeilor în Uniunea Europeană” al Comisiei Europene”,
- având în vedere Comunicarea Comisiei privind telemedicina și beneficiile sale pentru pacienți, pentru sistemele de sănătate și pentru societate (COM(2008)689),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Gestionarea impactului îmbătrânirii populației în UE” (COM(2009)0180),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE” (COM(2009)0567),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Lupta împotriva cancerului: un parteneriat european (COM(2009)0291),
- având în vedere raportul „Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region” (OMS, 2010),
- având în vedere raportul Comisiei „Raportul pe 2012 privind îmbătrânirea: ipoteze de bază și metodologii proiective (Economia europeană 4/11. Comisia Europeană, 2011),
- având în vedere Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui Al doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013)¹,
- având în vedere Decizia nr. 940/2011/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 14 septembrie 2011 privind Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații (2012)²,

¹ JO L 301, 20.11.2007, p. 3.

² JO L 246, 23.9.2011, p. 5.

- având în vedere Concluziile Consiliului „Abordări inovatoare pentru bolile cronice în sistemele publice de sănătate și asistență medicală” din 7 decembrie 2010,
- având în vedere raportul Președinției belgiene din 23 noiembrie 2010 privind discrepanțele de remunerare dintre genuri,
- având în vedere concluziile summitului din 19-20 septembrie 2011 al Organizației Națiunilor Unite privind maladiile cronice netransmisibile,
- având în vedere Programul-cadru de cercetare și inovare „Orizont 2020” (COM(2011)0808),
- având în vedere raportul Eurostat „Îmbătrânirea activă și solidaritatea între generații - configurația statistică a Uniunii Europene în 2012”,
- având în vedere raportul Eurobarometru „Îmbătrânirea activă” (2012),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Concretizarea planului strategic de implementare a parteneriatului european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate” (COM(2012)0083),
- având în vedere Cartea albă „O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile”, (COM(2012) 0055),
- având în vedere Rezoluția sa din 18 octombrie 2006 referitoare la cancerul la sân în Uniunea Europeană extinsă¹,
- având în vedere Rezoluția sa din 6 decembrie 2006 privind „Promovarea unei alimentații sănătoase și a activității fizice: o dimensiune europeană pentru prevenirea excesului de greutate, a obezității și a bolilor cronice”²,
- având în vedere rezoluția sa din 12 iulie 2007 referitoare la acțiunile de combatere a bolilor cardiovasculare³,
- având în vedere Rezoluția sa din 19 februarie 2009 referitoare la sănătatea mintală⁴,
- având în vedere Rezoluția sa din 6 mai 2009 referitoare la incluziunea activă a persoanelor excluse de pe piața muncii⁵,
- având în vedere Rezoluția sa din 12 noiembrie 2009 referitoare la programarea în comun a activităților de cercetare destinate combaterii bolilor neurodegenerative, în special a bolii Alzheimer⁶,
- având în vedere Rezoluția din 19 ianuarie 2011 referitoare la o inițiativă europeană

¹ Texte adoptate, P6_TA(2006)0449.

² JO C 250 E, 25.10.2007, p. 93.

³ Texte adoptate, P6_TA(2007)0346.

⁴ Texte adoptate, P6_TA(2009)0063.

⁵ Texte adoptate, P6_TA(2009)0371.

⁶ Texte adoptate, P6_TA(2009)0065.

privind boala Alzheimer și alte demențe¹,

- având în vedere Rezoluția din 6 mai 2010 referitoare la Comunicarea Comisiei intitulată „Lupta împotriva cancerului: un parteneriat european”²,
- având în vedere rezoluția sa din 7 septembrie 2010 referitoare la rolul femeilor într-o societate în curs de îmbătrânire³,
- având în vedere Rezoluția sa din 11 noiembrie 2010 referitoare la provocările demografice și solidaritatea dintre generații⁴,
- având în vedere rezoluția sa din 8 februarie 2011 referitoare la sărăcia în rândul femeilor în Uniunea Europeană⁵,
- având în vedere Rezoluția sa din 26 iulie 2011 referitoare la situația femeilor care se apropie de vârsta de pensionare⁶,
- având în vedere Rezoluția sa din 15 septembrie 2011 referitoare la poziția și angajamentul Uniunii Europene în perspectiva reuniunii ONU la nivel înalt privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile⁷,
- având în vedere Rezoluția sa din 7 martie 2012 referitoare la combaterea epidemiei de diabet în UE⁸,
- având în vedere Rezoluția sa din 24 mai 2012 conținând recomandări adresate Comisiei privind aplicarea principiului remunerării egale a bărbaților și femeilor pentru muncă egală sau muncă de valoare egală⁹,
- având în vedere rezoluția din 13 martie 2012 referitoare la egalitatea între femei și bărbați¹⁰,
- având în vedere articolul 48 din Regulamentul său de procedură,
- având în vedere Raportul Comisiei pentru drepturile femeii și egalitatea de gen (A7-0340/2012),

Context general

A. întrucât UE promovează demnitatea umană, recunoaște dreptul oricărei persoane de a

¹ Texte adoptate, P7_TA(2011)0016.

² Texte adoptate, P6_TA(2010)0152.

³ Texte adoptate, P6_TA(2010)0306.

⁴ Texte adoptate, P6_TA(2010)0400.

⁵ Texte adoptate, P7_TA(2011)0086.

⁶ Texte adoptate, P6_TA(2011)0360.

⁷ Texte adoptate, P6_TA(2011)0390.

⁸ Texte adoptate, P7_TA(2012)0082.

⁹ Texte adoptate, P7_TA(2012)0225.

¹⁰ Texte adoptate, P7_TA(2012)0069.

avea acces la asistență medicală preventivă și la îngrijiri medicale, iar articolul 168 alineatul (7) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene prevede în mod explicit faptul că statele membre sunt responsabile cu organizarea, gestionarea și furnizarea de servicii de sănătate și asistență medicală, inclusiv alocarea de resurse. Este esențial ca persoanele în vârstă să aibă dreptul de a duce o viață demnă și independentă și de a participa la viața socială și culturală;

- B. întrucât îmbătrânirea populației este una dintre principalele provocări cu care se confruntă Europa; întrucât în UE persoanele de peste 65 de ani sunt peste 87 milioane (17,4%) și, conform previziunilor, vor ajunge la peste 150 de milioane în 2060 (în jur de 30%);
- C. întrucât, în pofida unei creșteri substanțiale a speranței de viață, asociate cu standarde de viață în creștere în mod constant în țările industrializate, care le permit persoanelor în vârstă de astăzi să fie mult mai activi decât în anii anteriori, stereotipurile negative și prejudiciile în ceea ce privește persoanele în vârstă continuă să constituie obstacole majore în integrarea lor socială, având ca rezultat excluderea socială, cu un impact direct asupra calității vieții și a sănătății mentale;
- D. întrucât femeile au o speranță de viață mai ridicată la naștere în raport cu bărbații (82,4 de ani în cazul femeilor față de 76,4 de ani în cazul bărbaților); întrucât decalajul dintre speranța de viață sănătoasă este mai mic, fiind de 61,7 ani la bărbați și de 62,6 ani, la femei;
- E. întrucât rata de ocupare profesională a femeilor din grupul de vârstă 55-64 de ani era, în 2010, de 38,6 %, față de 54,5 %, în rândul bărbaților de aceeași vârstă; întrucât, conform obiectivelor UE, 75% din populația din grupul de vârstă 20-64 ar trebui să fie angajată până în 2020;
- F. întrucât renumerația femeilor este inferioară celei a bărbaților (în UE, diferența de remunerare medie între genuri este de 17,5 %); întrucât diferența de remunerare între femeile și bărbații din grupul de vârstă 55-64 de ani este de peste 30% în unele state membre, ridicându-se la 48% în rândul persoanelor de peste 65 de ani; întrucât diferența de remunerare între genuri conduce la o diferență de pensie, tradusă adesea în pensii mai mici și având drept rezultat faptul că unele femei se trăiesc sub pragul de sărăcie;
- G. întrucât adesea femeile, pentru a concilia viața de familie și viața profesională, aleg locuri de muncă la domiciliu, cu normă parțială, temporare sau atipice, care dăunează avansării carierelor lor și care au repercusiuni asupra contribuției de pensie, ceea ce le face deosebit de vulnerabile în fața nesiguranței și a sărăciei;
- H. întrucât generația femeilor cu vârsta de peste 50 de ani, descrisă adesea ca fiind „generația sandviș” sau „fiice lucrătoare și mame lucrătoare”, tinde să aibă tot mai puține posibilități de a-și îngriji propria sănătate, dat fiind faptul că acestea au adesea grijă de părinții și de nepoții lor;
- I. întrucât, în Europa, 23,9% din populația cu vârsta între 50 și 64 de ani este expusă riscului sărăciei, 25,9% dintre femei și 21,7% dintre bărbați; întrucât, în Uniunea Europeană, nivelul variază între 39 și 49%, în funcție de țară, atingând 51% într-una din

țările UE;

- J. întrucât inclusiv în urma divorțurilor, separărilor sau văduviei, 75,8 % dintre femeile de peste 65 de ani trăiesc singure și întrucât, în medie, 3 din 10 gospodării din Uniunea Europeană sunt compuse dintr-un singur membru, majoritatea femei singure și în special femei în vârstă, iar procentul este în creștere; întrucât, în majoritatea statelor membre, gospodăriile compuse dintr-un singur membru sau cele în care un singur membru are venituri nu beneficiază de un tratament favorabil, atât în termeni relativi, cât și absoluți, în ceea ce privește impozitarea, protecția socială, locuințele, îngrijirea sănătății și pensiile; întrucât politicile publice nu ar trebui să penalizeze persoanele pentru faptul că – voluntar sau involuntar - locuiesc singure;
- K. întrucât, în 2009, rata privațiunilor materiale severe pentru femeile de peste 65 de ani era de 7,6% față de 5,5% pentru bărbații din aceeași categorie de vârstă;
- L. întrucât femeile în vârstă, ca grup dezavantajat, se confruntă cu discriminări multiple (de exemplu, pe criterii de vârstă, gen sau apartenență etnică); întrucât femeile în vârstă, care au de multe ori un statut socio-economic scăzut și se confruntă cu numeroase dificultăți, ar putea beneficia de pe urma măsurilor de protecție socială și a accesului la sistemele naționale de sănătate;
- M. întrucât, în zonele rurale, accesul la îngrijiri medicale este mai dificil față de cel din zonele urbane, și în aceste zone nu există personal medical specializat și spitale, inclusiv spitale de urgență;
- N. întrucât deseori, femeile în vârstă, în special cele izolate, se confruntă cu situații socioeconomice defavorizate care afectează calitatea vieții lor și starea lor de sănătate fizică și mentală;
- O. întrucât, pentru a satisface în mod corespunzător necesitățile femeilor în vârstă, este necesară o mai bună înțelegere a bolilor care le afectează;
- P. întrucât toți acești factori, printre care și izolarea, afectează abilitatea femeilor în vârstă de a crea și/sau menține rețele sociale și de a duce astfel o viață activă;

Patologiile legate de îmbătrânire

- Q. întrucât, ca urmare a unei speranțe de viață și a unei sensibilități la gen a anumitor boli, femeile sunt mai afectate de bolile cronice și invalidante, având în consecință o calitate a vieții în curs de deteriorare;
- R. întrucât între bărbați și femei există diferențe privind incidența, avansarea și consecințele numeroaselor patologii;
- S. întrucât, conform ultimelor date disponibile (IARC), tumorile diagnosticate cel mai frecvent în rândul femeilor sunt cancerul de sân (29,7%), cancerul colorectal (13,5%) și cancerul de plămâni (7,4%);
- T. întrucât bolile cardiovasculare sunt cauza decesului a peste două milioane de persoane

pe an în statele membre, reprezentând 42% din totalul deceselor din UE, provocând 45% din decesele în rândul femeilor, comparativ cu 38% în rândul bărbaților;

- U. întrucât diabetul este una dintre bolile netransmisibile cele mai frecvente, care afectează peste 33 de milioane de cetățeni ai UE, estimându-se o creștere probabilă până la 38 de milioane în 2030; întrucât, în 2010, aproximativ 9% dintre adulții (20-79 de ani) din populația UE erau diabetici;
- V. întrucât vârsta este un factor de risc de a dezvolta patologii neurodegenerative precum boala Alzheimer (forma cea mai actuală de demență) întrucât patologiile neurodegenerative sunt mai frecvente în rândul persoanelor de peste 65 de ani (afectând în jur de 1 persoană din 20 după 65 de ani, 1 persoană din 5 după 80 de ani și 1 persoană din 3 după 90 de ani); întrucât peste 7,3 milioane de persoane suferă de demență în Europa; studiile arată că rata bolii Alzheimer în rândul femeilor de peste 90 de ani este de 81,7 % față de 24 % la bărbați; întrucât stigmatizarea și lipsa de conștientizare cu privire la bolile neurodegenerative precum demența conduce la diagnosticarea cu întârziere a acestora și la rezultate slabe ale tratamentului;
- W. întrucât demența este mai frecventă în rândul persoanelor de peste 65 de ani, afectând în jur de 1 persoană din 20 după 65 de ani, 1 persoană din 5 după 80 de ani și 1 persoană din 3 după 90 de ani); întrucât, în general, această boală este mai răspândită în rândul femeilor în vârstă decât în rândul bărbaților;
- X. întrucât femeile sunt expuse unui risc crescut de a fi afectate de boli ale oaselor și articulațiilor (de exemplu, osteoartrită, artrită reumatoidă, osteoporoză și fragilitate osoasă); întrucât aproximativ 75% din fracturile de șold datorate osteoporozei sunt suferite de femei);
- Y. întrucât principalii factori de risc pentru maladiile cardiovasculare, tumori, diabet, obezitate și maladii cronice obstructive sunt fumatul, inactivitatea fizică, alimentația neadecvată, abuzul de alcool și poluarea mediului;
- Z. întrucât depresia și anxietatea reprezintă forme grave de tulburare psihică, care afectează în mai mare măsură femeile decât bărbații; întrucât incidența acestora în rândul femeilor din Europa este estimată de OMS între 2 și 15 % în categoria de vârstă de peste 65 de ani;
- AA. întrucât tulburările de auz și de vedere contribuie, de asemenea, semnificativ la povara anilor trăiți cu limitări funcționale, iar diagnosticarea la timp și adecvată, un tratament de calitate și accesul la dispozitive medicale de calitate pot preveni avansarea bolii sau pot restabili parțial funcțiile;
- AB. întrucât, dintre cei aproximativ 600 000 de europeni care suferă de scleroză multiplă, majoritatea sunt femei; întrucât aceasta este forma cea mai răspândită de patologie neurodegenerativă și una dintre principalele cauze ale dizabilităților de origine netraumatică în rândul femeilor în vârstă;

Accesul la servicii medicale

- AC. întrucât este necesar să se garanteze un acces echitabil pentru femei și bărbați la îngrijiri medicale și o calitate mai bună a asistenței medicale, acordând mai multă atenție situației speciale a femeilor din mediul rural, multe dintre care locuiesc singure; respectând totodată articolul 168 alineatul (7) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene;
- AD. întrucât condiția economică a femeilor care, din cauza dezechilibrelor de gen în materie de salarii, pensii și alte venituri, le face deosebit de vulnerabile în fața nesiguranței și a sărăciei, femeile în vârstă dispun de resurse financiare precare pentru asistența și tratamentele medicale de care au nevoie;
- AE. întrucât telemedicina poate îmbunătăți accesul la asistența medicală nedisponibilă în zonele greu accesibile și poate îmbunătăți specialitatea și frecvența asistenței impuse de condițiile de sănătate ale persoanelor în vârstă;

Cercetarea și prevenirea

- AF. întrucât investițiile în cercetare și inovare sunt fundamentale pentru conservarea unor standarde de viață ridicate și pentru confruntarea, prin urmare, a marii provocări a îmbătrânirii;
- AG. întrucât prevenirea și diagnosticarea timpurie duc la o îmbunătățire a sănătății fizice și psihice a bărbaților și femeilor, ceea ce permite extinderea speranței de viață sănătoasă și scăderea cheltuielilor pentru îngrijirile medicale, asigurând viabilitatea pe termen lung;
- AH. întrucât măsurile de prevenție trebuie să fie o prioritate în asistența medicală, acordând o atenție specială grupurilor dezavantajate;
- AI. întrucât educația pentru sănătate este o cerință necesară pentru ca cetățenii să se poată orienta mai bine în cadrul sistemelor de sănătate complexă și să își îmbunătățească înțelegerea propriului rol în prevenirea bolilor legate de vârstă pe parcursul vieții;
- AJ. întrucât sensibilitatea la gen a unor boli și medicamente nu este suficient de mult studiată în prezent, studiile clinice axându-se în special pe bărbații tineri;
- AK. întrucât, conform Agenției Internaționale de Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC), mamografia, cu o acoperire de peste 70%, poate reduce cu 20-30% mortalitatea în cazul cancerului de sân la femeile de peste 50 de ani;
- AL. întrucât femeile recurg mai frecvent la medicamente și remedii din plante, ale căror impacturi încă trebuie cercetate, în vederea minimizării riscurilor de interacțiuni;
- AM. întrucât, pe parcursul vieții, femeile se confruntă cu multe schimbări hormonale și folosesc medicamente specifice adaptate vârstei fertile și menopauzei;
- AN. întrucât 9% dintre femei recurg frecvent la antidepresive, față de 5% dintre bărbați;
- AO. întrucât, conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), 4-6% dintre persoanele în

vârstă au suferit o formă de abuz în propria casă, variind de la abuzul fizic, sexual, psihologic până la exploatare financiară, neglijare și abandon;

Context general

1. recunoaște că, deși trăiesc mai mult decât bărbații, femeile nu se bucură de un număr mai mare de ani într-o stare de sănătate bună, și anume fără limitări ale activității sau incapacități majore (62,6 ani pentru femei și 61,7 de ani pentru bărbați);;
2. ia act de faptul că femeile în vârstă au nevoie de un acces suficient la serviciile de sănătate și de ajutor la domiciliu pentru a putea beneficia de drepturi egale și pentru a avea o viață independentă;
3. invită Comisia să publice un nou raport cu privire la sănătatea femeilor, acordând o atenție deosebită grupei de vârstă de peste 65 de ani și indicatorilor îmbătrânirii active;
4. susține că politicile care vizează concilierea vieții de familie cu cea profesională și participarea socială permit femeilor să facă față îmbătrânirii în mod activ și sănătos, și invită, prin urmare, statele membre să își intensifice eforturile în această direcție;
5. solicită statelor membre să încurajeze o integrare deplină, o implicare mai mare și o participare activă a femeilor în vârstă la viața socială;
6. susține importanța unei oferte culturale și de formare profesională destinate vârstei a treia;
7. solicită măsuri concrete și eficiente, cum ar fi adoptarea directivei privind egalitatea de tratament, de combatere a discriminării multiple cu care se confruntă adesea femeile în vârstă;
8. susține inițiativele care urmăresc îmbunătățirea prevenirii bolilor și promovarea sănătății, precum și menținerea autonomiei persoanelor în vârstă;
9. solicită Comisiei și Consiliului să publice un raport privind acțiunile întreprinse de statele membre în sprijinul îmbătrânirii active și privind impactul acestora, pentru a identifica cele mai bune practici și a evalua acțiunile care vor trebui întreprinse la nivel european;
10. solicită Comisiei și statelor membre să încurajeze o atitudine pozitivă față de îmbătrânire și să crească gradul de conștientizare al cetățenilor UE cu privire la problemele legate de îmbătrânire și la efectele sale reale, acesta fiind unul dintre mesajele principale ale anului 2012, An al îmbătrânirii active și solidarității între generații;
11. consideră adoptarea unei abordări a cursului vieții în care interconexiunile îmbătrânirii și ale genului sunt luate în considerare, ca o cale către politici privind îmbătrânirea;
12. observă că cheltuielile publice pentru sănătate reprezintă 7,8% din PIB în UE și, până în 2060, se estimează că, din cauza îmbătrânirii populației, cheltuielile pentru asistența pe

termen lung și pe termen scurt vor crește cu 3%;

13. solicită statelor membre să își îndrepte atenția asupra femeilor imigrante în vârstă, care trăiesc în condiții economice și sociale severe și care întâmpină adesea greutăți în accesarea măsurilor de protecție socială și a serviciilor de asistență medicală; consideră că o atenție specială ar trebui acordată femeilor singure, văduvelor sau femeilor separate de partener, a căror calitate a vieții și a sănătății a fost afectată în consecință;
14. solicită Comisiei și statelor membre să recunoască pe deplin dimensiunea de gen ca parte esențială a politicilor UE în domeniul sănătății și a politicilor naționale în domeniul sănătății;
15. solicită statelor membre să ajungă la un echilibru între punerea în aplicare a unor măsuri drastice de combatere a crizei economice și financiare și asigurarea unei finanțări suficiente și adecvate pentru asistența medicală și socială, pentru a contribui la gestionarea tendinței demografice a unei populații îmbătrânite;
16. solicită Comisiei să publice un studiu privind impactul crizei economice și financiare asupra femeilor în vârstă, acordând o atenție deosebită asistenței medicale preventive și curative;
17. constată că strategiile cuprinzătoare și aprofundate din sectorul sănătății necesită cooperarea guvernelor, a specialiștilor în domeniul asistenței medicale, a organizațiilor neguvernamentale, a organizațiilor de sănătate publică, a organizațiilor care reprezintă pacienții, a mass-mediei și a altor părți preocupate de o îmbătrânire sănătoasă;
18. reiterează necesitatea de a construi și de a promova o Uniune Europeană mai sensibilizată la nevoile și la interesele femeilor și bărbaților în vârstă, incluzând o perspectivă de gen în cadrul tuturor măsurilor și politicilor de sensibilizare și de informare efectuate, pentru a asigura o îmbătrânire activă și sănătoasă pentru toți;

Patologiile legate de îmbătrânire

19. subliniază faptul că multe boli la femei sunt adesea subevaluate, ca în cazul bolilor cardiace care sunt considerate o problemă eminent masculină; regretă că multe cazuri de infarct în rândul femeilor nu sunt diagnosticate, pentru că simptomele diferă în general de cele ale bărbaților; subliniază că inclusiv tratamentele ar trebui să țină cont de specificul biologic de gen;
20. invită statele membre să realizeze programe de informare publică, destinate femeilor, pentru a sensibiliza populația cu privire la factorii de risc pentru maladiile cardiovasculare, și programe specializate pentru formarea continuă a personalului sanitar;
21. regretă lipsa de atenție acordată problemei consumului crescut de alcool în rândul femeilor în vârstă din Europa și invită Comisia și statele membre să inițieze studii pentru a aborda această problemă și impactul său asupra sănătății fizice și mentale a femeilor;

22. constată cu îngrijorare creșterea numărului fumătoarelor și, în consecință, creșterea riscurilor de cancer pulmonar și de probleme cardio-circulatorii în rândul femeilor; invită statele membre și Comisia să introducă programe de combatere a fumatului, acordând o atenție specială tinerelor (OMS estimează că, în Europa, procentul de femei fumătoare va crește de la 12% în prezent la 20% până în 2025;
23. invită Comisia să încurajeze inițiativele de promovare a sănătății, inclusiv printr-o informare adecvată cu privire la riscurile asociate consumului de tutun și alcool, la beneficiile unui regim alimentar corect și a unei activități fizice adecvate ca mijloace de a preveni obezitatea și hipertensiunea arterială și complicațiile acestora;
24. invită Comisia și statele membre să organizeze campanii de informare destinate femeilor care intră sau care sunt la menopauză;
25. solicită statelor membre să sporească sensibilizarea publicului cu privire la bolile de oase și articulații prin organizarea unor campanii de informare și educare a publicului privind prevenirea și vindecarea acestora;
26. solicită Comisiei Europene să inițieze un plan de acțiune UE privind bolile netransmisibile, ca urmare a rezultatelor summitului UE privind bolile netransmisibile desfășurat în septembrie 2011 și ale procesului de consultare publică lansat de Comisie în martie-aprilie 2012;
27. invită Comisia, cu ocazia viitoarei revizuirii a Directivei 2001/37/CE privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în materie de fabricare, prezentare și vânzare a produselor din tutun, să îi vizeze în special pe tineri;
28. invită Comisia Europeană să elaboreze și să pună în practică o strategie specifică a Uniunii Europene, sub forma unei recomandări adresate Consiliului, care să vizeze prevenirea, diagnosticarea și controlul diabetului, precum și informarea și cercetarea în acest domeniu, asigurând includerea unei abordări de gen și de egalitate între genuri, respectând totodată articolul 168 alineatul (7) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene;
29. solicită Comisiei și statelor membre să adopte o abordare holistică și sensibilă la aspectele de gen ale bolii Alzheimer și a altor forme de demență, pentru a crește calitatea vieții și demnitatea pacienților și a familiilor lor;
30. invită Comisia și statele membre să elaboreze campanii de informare adresate publicului larg cu privire la boala Alzheimer (informații privind boala, posibilitățile de tratament, de îngrijiri medicale) în cooperare cu asociațiile Alzheimer naționale și europene;
31. solicită statelor membre să elaboreze de urgență planuri și strategii naționale pentru bolile Alzheimer, dacă nu au făcut deja acest lucru;
32. constată cu îngrijorare că, în UE, rata cea mai ridicată a sinuciderilor se înregistrează în rândul persoanelor de peste 65 de ani și că cazurile de tentativă de sinucidere în rândul femeilor sunt mai numeroase decât cele ale bărbaților și sunt în creștere din cauza impactului agravat al crizei asupra femeilor în vârstă; solicită insistent Comisiei să

publice un studiu privind legătura dintre aceste statistici și impactul disproporționat al crizei economice asupra femeilor în vârstă;

33. invită statele membre să îmbunătățească, în colaborare cu Comisia și Eurostat, culegerea datelor, defalcate pe sexe și vârstă, și a informațiilor privind sănătatea psihică și raportul între aceasta și anii de viață sănătoasă;
34. invită statele membre să organizeze cursuri de formare specifică pentru medicii generaliști și pentru personalul din serviciile psihiatrice, inclusiv pentru medici, psihologi, infirmieri, pe tema prevenirii și tratamentului bolilor neurodegenerative și al tulburărilor depresive, acordând o atenție specială provocărilor suplimentare cu care se confruntă femeile în vârstă;
35. solicită statelor membre să își prioritizeze acțiunile în domeniul bolilor care afectează memoria, cum ar fi demența, și să își intensifice eforturile în ceea ce privește cercetările în domeniul social și medical, pentru a crește calitatea vieții persoanelor care suferă de aceste boli și a îngrijitorilor lor, pentru a asigura sustenabilitatea sănătății și a serviciilor medicale și pentru a stimula creșterea la nivel european;
36. solicită statelor membre să asigure că personalul din sectorul public și privat care asigură asistență pentru persoanele în vârstă să ia parte la programele de instruire în desfășurare și să fie evaluate în mod regulat;
37. solicită statelor membre să încurajeze studiile medicale specializate în gerontologie în cadrul universităților publice;

Accesul la servicii medicale

38. solicită insistent Comisiei să sprijine inițiativele necesare pentru a ajuta femeile în vârstă să aibă acces la serviciile medicale și de sănătate, inclusiv femeile care trăiesc departe de centrele mai mari sau în zone în care accesul este dificil, indiferent de circumstanțele lor personale, economice și sociale, punând accentul pe asistența individualizată, inclusiv pe o perioadă cât mai lungă de îngrijire la domiciliu, pe forme specifice de sprijin și asistență pentru persoanele care le îngrijesc și pe telemedicină, în măsura în care acestea pot îmbunătăți calitatea vieții celor care suferă de boli cronice și pot contribui la reducerea listelor de așteptare;
39. solicită statelor membre ca, la planificarea bugetelor pentru serviciile de sănătate, să analizeze, să monitorizeze și să garanteze dimensiunea de gen;
40. invită statele membre să dezvolte în continuare serviciile de e-sănătate și soluții de asistență la domiciliu care să țină seama de specificul de gen, pentru a promova o autonomie la domiciliu, să crească eficiența și accesibilitatea serviciilor de sănătate pentru femeile în vârstă care sunt izolate din motive de mobilitate și care sunt mai frecvent excluse de la beneficiile oferite de aceste facilități, și să creeze o rețea telefonică de consiliere disponibilă 24 din 24 de ore;
41. solicită adoptarea unei abordări bazate pe riscuri pentru a permite persoanelor în vârstă să joace un rol activ în luarea deciziilor cu privire la alegerea și proiectarea serviciilor

de asistență medicală și socială furnizate pentru aceștia;

42. solicită statelor membre ca sistemele de protecție socială și, în special, de asigurare de sănătate să ia în considerare șomajul și dificultățile sociale ale femeilor, astfel încât acestea din urmă să nu fie lipsite de protecție.
43. consideră că este important să se susțină și să se faciliteze accesul la serviciile medico-sanitare și de asistență pentru femeile care, în ciuda problemelor personale de sănătate, trebuie să aibă grijă de persoane dependente;
44. solicită ca instituțiile publice și private care furnizează asistență medicală pentru persoane în vârstă și părăsesc lanțurile de spitale să fie reorganizate într-un mod mai favorabil bolnavilor spitalizați, și nu doar să le asigure asistență medicală, ci și să acorde, de asemenea, prioritate oricărei forme de activitate independentă sau creativă în vederea împiedicării instituționalizării lor;
45. consideră cu fermitate că bolnavii spitalizați în centre publice sau private de asistență și îngrijire la domiciliu trebuie consultați la părăsirea acestor instituții;
46. insistă asupra necesității în creștere a unui personal medical și paramedical bine format și pregătit într-o perspectivă care, în privința specificului de gen și de vârstă, ar trebui să țină cont de nevoile specifice, psihologice, relaționale și de informare ale femeilor în vârstă;
47. solicită ca studiile personalului medical să includă mai multe formări privind consilierea și psihologia; solicită, de asemenea, ca lucrătorii sociali să fie asociați într-o mai mare măsură politicii de prevenire;
48. încurajează asociațiile și liniile de asistență telefonică să furnizeze îngrijire, protecție și sprijin psihologic pentru persoanele în vârstă;
49. invită statele membre și Comisia să colecteze date și să facă schimburi de bune practici, având grijă să includă elemente legate de gen, care contribuie la identificarea unor bune practici în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, în special evitarea procedurilor administrative greoaie și elaborarea unor măsuri și politici specifice pentru îmbunătățirea calitatea vieții femeilor în vârstă, și, de asemenea, să consilieze guvernele în privința creării unui mediu propice pentru conștientizarea pe scară largă a bolilor legate de vârstă în statele membre;
50. încurajează statele membre să consolideze asistența medicală preventivă pentru femeile în vârstă asigurând, de exemplu, mamografiile și teste ale frotiului vaginal, accesibile și regulate, pentru a elimina limitele de vârstă în ceea ce privește accesul la mijloacele de prevenire a bolilor, precum depistarea cancerului la sân și conștientizarea importanței depistării;
51. invită Comisia să-și intensifice eforturile pentru a difuza, în întreaga Uniune Europeană, o cultură a prevenirii și statele membre să crească numărul de campanii de informare și sensibilizare specifice în școli, universități, la locul de muncă și în centrele pentru bătrâni, în cooperare cu operatorii din sector, entitățile locale și ONG-urile;

Cercetarea și prevenirea

52. constată cu îngrijorare că rezultatele cercetărilor UE, publicate în aprilie 2011, arată că 28 % dintre femeile cu vârsta de 60 de ani sau peste au fost tratate incorect în ultimele 12 luni; consideră că trebuie acordată prioritate protecției persoanelor în vârstă împotriva abuzului, a tratamentului necorespunzător, a neglijenței și a exploatării, intenționate și deliberate sau survenite din neglijență; solicită statelor membre să-și intensifice acțiunile de prevenire a abuzurilor împotriva persoanelor în vârstă la domiciliu și în instituții;
53. este important să se adopte o abordare a cercetării medicale care să țină cont de problemele specifice bărbaților și ale femeilor;
54. subliniază că Strategia pentru egalitatea între femei și bărbați 2010-2015 recunoaște că femeile și bărbații sunt expuși la boli și riscuri specifice pentru sănătate, care trebuie luate în considerare în mod corespunzător în cercetarea medicală și serviciile sanitare;
55. solicită ca în cadrul Orizont 2020 să fie dezvoltat un plan strategic de cercetare privind sănătatea femeilor pentru următorul deceniu și să fie constituit un institut de cercetare privind sănătatea femeilor, în vederea asigurării punerii în aplicare a planului;
56. este important să se asigure prezența unor experte în cadrul comisiilor consultative tehnico-științifice naționale pentru evaluarea medicamentelor;
57. solicită Consiliului, Comisiei și statelor membre să includă abuzul asupra persoanelor în vârstă ca subiect de cercetare în cadrul Programului comun privind bolile neurodegenerative, pentru a măsura prevalența și impactul asupra persoanelor care suferă de demență;
58. susține parteneriatul european pentru inovare în contextul îmbătrânirii active și în condiții bune de sănătate și inițiativa-pilot care vizează creșterea, până în 2020, cu 2 ani a speranței de viață sănătoasă a cetățenilor UE și are în vedere atingerea a trei obiective pentru Europa, îmbunătățind sănătatea și calitatea vieții persoanelor în vârstă, precum și sustenabilitatea și eficiența sistemelor de asistență;
59. salută proiectele și inițiativele care urmăresc îmbunătățirea obiceiurilor alimentare și a stilului de viață (proiectul EATWELL, platforma europeană pentru alimentație și activitate fizică și cadrul pentru reducerea consumului de sare), precum și Parteneriatul european pentru lupta împotriva cancerului;
60. subliniază că toate obiectivele și măsurile prevăzute de cel de al doilea Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății ar trebui să contribuie la promovarea unei mai bune înțelegeri și recunoașteri a necesităților diferite ale bărbaților și femeilor și a abordărilor corespunzătoare privind sănătatea;
61. salută propunerea Comisiei privind pachetul de măsuri legate de politica de coeziune (2014-2020), care consideră că îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate, precum și inovarea se află pe lista sa de investiții prioritare;

62. regretă că 97 % din bugetele pentru sănătate sunt dedicate tratamentului și doar 3 % investițiilor în prevenire, în condițiile în care costurile tratamentului și gestionării bolilor netransmisibile cresc din cauza disponibilității la scară mai largă a instrumentelor de diagnosticare și a tratamentelor; solicită statelor membre, în această privință, să crească bugetele pentru sănătate, pentru a include și activitățile preventive;
63. solicită Comisiei să pună accentul pe abordarea cauzelor bolilor și, în acest scop, să promoveze prevenirea intersectorială și la toate nivelurile societății; solicită Comisiei să promoveze sănătatea prin diagnosticarea la timp a bolilor, menținerea unui stil de viață sănătos și a unei îngrijiri adecvate a sănătății și oferirea unor condiții de muncă adecvate lucrătorilor în vârstă;
64. invită statele membre să pună mai mult accentul pe campanii de sensibilizare cu privire la osteoporoză și să ofere informații mai clare cu privire la diagnosticarea timpurie a osteoporozei și prevenirea fracturilor, inclusiv printr-un acces mai bun la testele de densitate osoasă;
65. susține „provocarea legată de gen” lansată de OMS și necesitatea unei evaluări mai bune a factorilor de risc care afectează sănătatea femeilor; salută în acest context recomandările OMC de a construi medii „favorabile vârstelor” și de a multiplica oportunitățile femeilor în vârstă de a contribui în mod productiv la societate, inclusiv colaborarea intersectorială pentru a identifica și promova acțiuni în afara sectorului sănătății care poate consolida rezultatele în domeniul sănătății privind femeile;
66. solicită statelor membre să evidențieze, în formarea personalului medical și paramedical, tablourile clinice și simptomele maladiilor cardiovasculare care sunt diferite în cazul femeilor, subliniind beneficiile unei intervenții prompte;
67. invită Comisia și Consiliul să încurajeze, în contextul inițiativei Orizont 2020, o colaborare științifică mai strânsă și dezvoltarea de cercetări comparative privind scleroza multiplă în interiorul Uniunii Europene, astfel încât să poată identifica mai ușor tratamentele și îngrijirile preventive pentru această patologie care determină limitări motorii grave, în special în cazul femeilor în vârstă;
68. invită Comisia să continue să susțină campaniile de sensibilizare destinate în special femeilor în vârstă și axate pe recomandări specifice genului și vârstei în ceea ce privește alimentația corectă și importanța activităților fizice, având în vedere că acestea pot contribui la prevenirea declinului și la reducerea incidenței bolilor cardiace și circulatorii, a osteoporozei și a anumitor tipuri de cancer;
69. solicită, în acest sens, să fie dezvoltat sistemul de informare și educație, atât în cadrul școlii, cât și prin mesaje medicale, cu privire la alimentația corectă și la riscurile pentru sănătate cauzate de o alimentație necorespunzătoare;
70. solicită Comisiei să inițieze o discuție cu Consiliul în vederea promovării și aplicării eficiente a recomandării privind screeningul pentru depistarea cancerului, cu un accent special pe grupurile de populație dezavantajate din punct de vedere socioeconomic, în vederea reducerii inegalităților în materie de sănătate; solicită statelor membre care nu au făcut încă acest lucru să implementeze această recomandare, în conformitate cu

orientările europene în materie de garanție a calității;

71. invită Comisia și Consiliul să adopte pragul de vârstă pentru accesul la programe de depistare, cel puțin în țările în care incidența bolii s-a dovedit mai mare și în cazurile în care analiza istoricului familiilor a relevat un risc ridicat, și să includă, de asemenea, în aceste programe femeile în vârstă, având în vedere creșterea speranței de viață;
72. solicită Comisiei și statelor membre să promoveze drepturile femeilor în perspectiva combaterii oricăror violențe și discriminări legate de îmbătrânire și gen, inclusiv prin campanii de sensibilizare și informare adresate întregii populații europene, începând cu categoria de vârstă cea mai tânără;
73. invită statele membre să intensifice cercetările clinice privind femeile și consideră că recenta propunere de regulament al Parlamentului European și al Consiliului privind studiile clinice cu medicamente de uz uman și de abrogare a Directivei 2001/20/CE poate să meargă în această direcție;
74. solicită statelor membre să dezvolte soluții de inovare în mod direct prin cooperarea cu pacienții în vederea satisfacerii necesităților persoanelor în vârstă într-un mod mai eficient;
75. încredințează Președintelui sarcina de a transmite prezenta rezoluție Consiliului și Comisiei.

EXPUNERE DE MOTIVE

Populația UE se confruntă cu o îmbătrânire progresivă din cauza ratei scăzute a natalității și creșterea speranței de viață. Această dimensiune este tot mai integrată în politicile europene, așa cum rezultă din Anul 2012 al îmbătrânirii active și solidarității între generații. Obiectivul este de a favoriza o îmbătrânire în condiții bune de sănătate pentru toți, prin accesul la asistență medicală de calitate și prin măsuri de prevenire care să permită persoanelor în vârstă să rămână autonome pentru cât mai mult timp.

Raportul intenționează să ofere un tablou general al situației și propune, în manieră programatică, o serie de acțiuni la nivel național și european.

Nu există o definiție univocă a „persoanei în vârstă”. Uneori se face referire la vârsta biologică (pentru OMS, începând cu 65 de ani) sau la etapele vieții (vârsta a treia și a patra), alteori se pornește de la rolul social, de la nivelul de activitate (încetarea activității profesionale), de la sănătate sau de la gradul de dependență.

Sondajul Eurobarometru „Îmbătrânirea activă” (2012) arată că definiția „tinerilor” și „bătrânilor” este în multe țări, diferită. În medie, pentru europeni, o persoană poate fi considerată „în vârstă” începând de la 64 de ani și „nemaifiind tânără” începând cu 41,8 ani.

Segmentul de populație cu vârsta de peste 65 de ani prezintă o disproporție în termeni de gen: dintr-un total de 87 de milioane de persoane în această grupă de vârstă din UE, 50,6 milioane sunt femei.

Diferența este și mai evidentă în rândul persoanelor de peste 80 de ani: 3,1% din totalul acestei populații sunt femei și 1,6% bărbați.

Femeile simt că îmbătrânirea începe puțin mai târziu decât bărbații (65 de ani față de 62,7 ani). E interesant de evidențiat percepția asupra propriei sănătăți: la 65 de ani bărbații consideră că au o șansă de a fi sănătoși încă 8,2 ani, iar femeile, 8,4 ani.

Conform Eurostat, doar 48,9% dintre persoanele de 50-64 de ani sunt optimiste cu privire la viitorul lor; procentul scade la 44,9% pentru persoanele de peste 65 de ani.

În pofida longevității crescute, în rândul femeilor în vârstă se înregistrează o incidență semnificativ superioară a maladiilor invalidante - fracturi datorate osteoporozei, artrite reumatoide și osteoartroze, incontinență urinară, cancer - față de bărbații de aceeași vârstă. Același lucru se întâmplă și în cazul apariției progresive a dizabilităților din cauza încetării psihomotorii, a episoadelor de confuzie mentală și demență (de ex. Alzheimer), a căror incidență crește exponențial odată cu vârsta.

Printre bolile care afectează în special femeile mai în vârstă se numără cele cardiovasculare, respiratorii, cancerul (care rămâne principala cauză de deces a femeilor în vârstă din UE), diabetul, afecțiunile musculo-scheletice, bolile degenerative și depresia.

Principalii factori de risc care trebuie să fie evaluați ținând seama de raportul lor de interdependență, sunt hipertensiunea arterială, hiperglicemia, inactivitatea fizică, tabagismul, excesul de greutate și obezitatea, hipercolesterolemia, precum și, în cazul femeilor, modificările hormonale datorate menopauzei.

Tabagismul, în special, provoacă moartea a aproximativ 6 milioane de persoane în fiecare an, dintre care 21% în Europa; abuzul de alcool este al treilea factor de risc de deces și invaliditate în Uniunea Europeană, după tabac și hipertensiune, provocând 195 000 de decese pe an și fiind responsabil de 12% dintre decese în rândul bărbaților și 2% în rândul femeilor; în peste jumătate din țările OCDE, cel puțin o persoană din două este supraponderală sau obeză și, conform previziunilor pentru următorii zece ani, două persoane din trei vor fi obeze. Activitatea fizică poate avea un rol extrem de important pentru îmbunătățirea calității vieții

persoanelor în vârstă, întrucât ameliorează condiția fiziologică și psihologică. Conform unei anchete efectuate de Eurobarometru privind „Sportul și activitatea fizică”, peste jumătate (61%) dintre persoanele intervievate, cu vârsta între 15 și 24 de ani, a declarat că practică un sport o dată pe săptămână; procentul scade la 44% pentru grupa de vârstă 25-39 de ani, la 40% pentru 40-54 de ani, 33% pentru 55-69 de ani și 22% pentru cei peste 70 de ani.

Este importantă promovarea sănătății de-a lungul întregii vieți.

Prevenirea și informarea sunt elemente esențiale pentru o strategie care trebuie să implice toți factorii de decizie politică, în special asociațiile profesionale din sector, instituțiile naționale și europene, mass-media și administrațiile de la nivel local.

Conform OMS, alimentația corectă, importanța acordată activității fizice și combaterea fumatului și a abuzului de alcool ar trebui să constituie elemente constante de-a lungul întregii vieți.

În contextul Anului european al îmbătrânirii active, instituțiile europene trebuie, de asemenea, să colaboreze cu partenerii naționali și locali pentru a face cunoscute publicului larg strategiile preventive menite să promoveze comportamente corecte pentru a face posibilă o îmbătrânire sănătoasă și activă.

De fapt, pe lângă programele de diagnosticare, trebuie luate în considerare și dificultățile (care devin adesea imposibilități) de acces la serviciile de sănătate: complexitatea sistemelor, lipsa de orientări, condițiile dificile de programare pentru vizite de specialitate și teste de diagnosticare, precum și listele lungi de așteptare, descurajează în primul rând pacienții vârstnici, și în special femeile în vârstă, care sunt adesea singure.

Chiar și în cazurile în care oferta de servicii medicale ar putea răspunde în mod adecvat nevoilor femeilor în vârstă, lipsa de informații conduce la imposibilitatea de a profita de oportunitățile existente. Trebuie ținut cont de faptul că calitatea asistenței medicale depinde, cu precădere pentru femeile în vârstă, și de o relație medic-pacient care să țină seama de specificul acestei categorii de populație.

Cercetările clinice ar trebui să țină mai mult seama de gen, evidențiind, pe lângă prevalența anumitor patologii specifice în cazul femeilor, mai ales factorii care cauzează sau predispun la aceste patologii (printre care, nu în ultimul rând, schimbările hormonale).

Pentru femei, îmbătrânirea (și menopauza) reprezintă un moment de criză profundă. Îmbătrânind, femeile suferă schimbări majore: rolul lor social și profesional este modificat, iar schimbările fizice sunt adesea dificil de acceptat.

Consecințele psihologice ale îmbătrânirii populației pot duce la un sentiment de solitudine (agravat de faptul că, adesea, femeile în vârstă trăiesc singure), la un sentiment acut de izolare și la pierderea stimei de sine. Toate acestea pot conduce la depresie. Peste o jumătate (50,6%) dintre femeile cu vârsta între 50 și 64 de ani erau inactive în 2010.

Conform datelor Eurobarometru, o treime din cetățenii europeni declară că doresc să continue să muncească după împlinirea vârstei de pensionare.

Doi din trei cetățeni europeni doresc să combine munca cu normă parțială cu o pensie parțială, pentru a evita ca, la pensie, să se găsească brusc excluși din viața socială și profesională.

Activitatea și contribuția pe care persoanele în vârstă o pot aduce la societății după pensionare poate lua multe forme, printre care voluntariatul, sprijinul pentru familie, asistență pentru vecini bolnavi sau vulnerabili (prestatori de asistență informală) și participarea la activități politice, culturale, de protecție a mediului sau religioase. La nivel local, ar putea fi făcute eforturi pentru a adapta realitățile locale în favoarea persoanelor în vârstă. Ar putea fi îmbunătățite structurile sportive și transporturile publice, ar putea fi mărit numărul oportunităților de contact și schimburi interpersonale (activități sociale și recreative), în colaborare cu entitățile locale și asociațiile de voluntari. Încurajarea utilizării internetului ar

putea, de asemenea, ajuta persoanele în vârstă să-și mențină viața socială și să evite solitudinea, dar și să rămână autonome și independente (conform Eurostat, în 2010, 46% din persoanele din grupa de vârstă între 55 și 64 de ani utilizau internetul cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce pentru persoanele cu vârsta între 65-74 de ani, procentul este de 25%).

REZULTATUL VOTULUI FINAL ÎN COMISIE

Data adoptării	10.10.2012
Rezultatul votului final	+ : 31 - : 0 0 : 1
Membri titulari prezenți la votul final	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
Membri supleanți prezenți la votul final	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
Membri supleanți [articolul 187 alineatul (2)] prezenți la votul final	Jacek Włosowicz