Parlamento europeo
2024-2029

Commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere

2025/2074(INI)

8.1.2026

PROGETTO DI RELAZIONE

sulle disuguaglianze di genere nella salute, con particolare riferimento alle malattie specifiche di genere
(2025/2074(INI))

Commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere

Relatore: Billy Kelleher

INDICE

Pagina

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO 3

MOTIVAZIONE 9

ALLEGATO: DICHIARAZIONE DEI CONTRIBUTI 13

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

sulle disuguaglianze di genere nella salute, con particolare riferimento alle malattie specifiche di genere

(2025/2074(INI))

Il Parlamento europeo,

– visti l'articolo 2 e l'articolo 3, paragrafo 3, del trattato sull'Unione europea,

– visti gli articoli 8, 9, 151, 153 e 157 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea,

– visto il regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE[1],

– vista la proposta della Commissione del 16 luglio 2025 di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo europeo per la competitività, comprensivo del programma specifico per le attività di ricerca e innovazione nel settore della difesa, abroga i regolamenti (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783 e disposizioni dei regolamenti (UE) 2021/696, (UE) 2023/588 e modifica il regolamento (UE) [EDIP] (COM(2025)0555),

– vista la sua risoluzione del 17 dicembre 2025 sull'iniziativa dei cittadini europei "La mia voce, la mia scelta: per un aborto sicuro e accessibile"[2],

– vista la sua risoluzione del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne[3],

– vista la raccomandazione del Consiglio del 21 giugno 2024 sui tumori a prevenzione vaccinale[4],

– vista la raccomandazione del Consiglio del 9 dicembre 2022 relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori, che sostituisce la raccomandazione 2003/878/CE del Consiglio[5],

– vista la comunicazione della Commissione del 16 dicembre 2025 sul piano dell'UE per la salute cardiovascolare: il piano "Cuori sicuri" (COM(2025)1024),

– vista la comunicazione della Commissione del 7 marzo 2025 dal titolo "Una tabella di marcia per i diritti delle donne" (COM(2025)0097),

[1] GU L 158 del 27.5.2014, pag. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/2022-12-05.
[2] Testi approvati, P10_TA(2025)0338.
[3] GU C 81 del 18.2.2022, pag. 43.
[4] GU C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj.
[5] GU C 473 del 13.12.2022, pag. 1.

– vista la comunicazione della Commissione del 3 febbraio 2021 dal titolo "Piano europeo di lotta contro il cancro" (COM(2021)0044),

– viste le linee guida proposte dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA), pubblicate a fini di consultazione il 4 giugno 2025, dal titolo "ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline" (Linee guida ICH E21 sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche – Linee guida scientifiche),

– vista la relazione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici (OCSE) del gennaio 2024 dal titolo "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection" (Sconfiggere le disuguaglianze di fronte al cancro nell'UE: il punto sulla prevenzione e la diagnosi precoce),

– visto l'articolo 55 del suo regolamento,

– visto il parere della commissione per la sanità pubblica,

– vista la relazione della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere (A10-0000/2026),

A. considerando che, storicamente, la ricerca medica è stata incentrata sugli uomini, il che ha portato alla mancata comprensione dell'anatomia femminile; che tale disuguaglianza sistemica nella medicina influisce sulla diagnostica, sul trattamento, sulla morbilità e sulla mortalità dei gruppi sottorappresentati della popolazione;

B. considerando che, benché gli sviluppi normativi abbiano migliorato l'inclusività nelle sperimentazioni cliniche, la rappresentanza delle donne rimane inferiore a quella degli uomini e la disparità è particolarmente accentuata per quanto riguarda le donne in gravidanza e allattamento[6];

C. considerando che le persone transgender e le comunità emarginate sono assenti dalla maggior parte delle sperimentazioni cliniche, con la conseguenza che spesso non è nota la loro risposta ai trattamenti[7];

D. considerando che il 72 % degli studi sulle sperimentazioni su farmaci non fornisce dati disaggregati per sesso e genere[8];

E. considerando che occorre garantire che le persone possano esercitare la propria salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti al fine di conseguire la parità di genere;

---

[6] Secondo i dati del sistema informativo sulle sperimentazioni cliniche citato dall'Agenzia europea per i medicinali il 4 giugno 2025, meno dello 0,4 % delle sperimentazioni nell'UE include donne in gravidanza e allattamento. Agenzia europea per i medicinali, "New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials" (Nuove linee guida sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche), 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials?utm_source=chatgpt.com.

[7] Brotto, L.A. e Galea, L.A.M., "Gender inclusivity in women's health research" (Inclusività di genere nella ricerca sulla salute delle donne), *BJOG*, Vol. 129, No. 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Studio Care4Everybody, "Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine" (Colmare il divario: costi, conseguenze e correzione delle disuguaglianze di sesso e genere nel settore medico) (2023), https://www.care4everybody.org/wp-content/uploads/2023/12/Mind-the-Gap-Costs-Consequences-and-Correction-of-Gender-Inequality-in-Medicine.pdf.

F. considerando che oltre 20 milioni di donne[9] nell'UE non hanno ancora accesso all'aborto sicuro e legale, in quanto diversi Stati membri mantengono ostacoli normativi e procedurali dannosi;

G. considerando che l'endometriosi è una condizione cronica che colpisce il 10-15 % delle donne in età riproduttiva[10];

H. considerando che, nonostante la prevalenza dell'endometriosi, occorrono in media da 6 a 10 anni per la diagnosi;

I. considerando che l'85 % delle donne manifesta sintomi della menopausa e che il numero di donne in menopausa a livello mondiale è stimato a 1,2 miliardi entro il 2030[11];

J. considerando che il cancro è la seconda causa di morte nell'UE e che il tasso di mortalità maschile è più alto di quello femminile[12];

K. considerando che l'obiettivo della Commissione e del Consiglio per il 2022 di offrire lo screening dei tumori ad almeno il 90 % delle persone ammissibili entro il 2025 non è stato raggiunto in modo uniforme in tutta l'UE;

L. considerando che le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte nell'UE, con un tasso di mortalità femminile superiore rispetto a quello maschile, nonostante i preconcetti diffusi nella società[13];

M. considerando che il 14 % delle persone LGBTQI+ ha dichiarato di aver subito discriminazioni nei contesti sanitari e che numerosi Stati membri offrono solo un accesso limitato all'assistenza sanitaria specifica per le persone transgender;

N. considerando che nel 2020 solo il 5 % dei finanziamenti globali per la ricerca e lo sviluppo è stato destinato alla ricerca sulla salute delle donne[14];

Considerazioni generali

---

[9] Il dato si basa sul numero di donne che vivono in Polonia e a Malta e che non hanno accesso all'aborto a causa della legislazione restrittiva del loro paese di residenza e delle restrizioni imposte da altri Stati membri dell'UE.
[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B., Marions, L., Moehner, S. et al. "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis" (Dati reali su sintomatologia e approcci diagnostici di 27 840 donne affette da endometriosi), *Scientific Reports* Vol. 11, No. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. e Roomaney R., "Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis" (Percezione delle persone transgender e non binarie dell'assistenza sanitaria in relazione alla loro endometriosi), *International Journal of Transgender Health*, Vol. 25, No. 4, 2025, 911-925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.
[11] Davaki, K., studio su richiesta della commissione per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere del Parlamento europeo, "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care" (Disuguaglianze di genere nella ricerca medica, nello sviluppo farmaceutico e nell'accesso all'assistenza sanitaria), dipartimento tematico Cittadini, uguaglianza e cultura, direzione generale dei Diritti dei cittadini, della giustizia e degli affari istituzionali, Parlamento europeo, 2025, p. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.
[12] Eurostat, Statistics Explained, "Cancer statistics" (Statistiche sul cancro), dati estratti nel marzo 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.
[13] Eurostat, Statistics Explained, "Cardiovascular diseases statistics" (Statistiche sulle malattie cardiovascolari), dati estratti nel luglio 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.
[14] Nature Reviews Bioengineering, "Funding research on women's health" (Finanziare la ricerca sulla salute delle donne), vol. 2, 2024, pagg. 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

1. sottolinea che le disuguaglianze di genere in materia di salute presentano molteplici sfaccettature e che le disuguaglianze sistemiche derivano da decenni di ricerca medica basata sull'anatomia maschile, che a sua volta ha plasmato l'intero ciclo di assistenza, dalla diagnostica al trattamento;

2. evidenzia che le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria sono aggravate da disuguaglianze intersezionali, ad esempio legate allo status socioeconomico di una persona o subite da persone appartenenti a minoranze etniche, a comunità di migranti e alla comunità LGBTQI+; pone in risalto che le disuguaglianze emergono anche nelle malattie specifiche di genere, poiché che la ricerca su tali malattie è stata ripetutamente sottofinanziata;

3. esorta i responsabili politici ad adottare un approccio globale per affrontare le disuguaglianze e rettificare le discrepanze parallelamente allo sviluppo di trattamenti e procedure nuovi e innovativi;

4. incoraggia la Commissione a includere obiettivi chiari e vincolanti per affrontare le disuguaglianze in materia di salute e ad attuare un sistema di monitoraggio trasparente per tali obiettivi;

Sperimentazioni cliniche e ricerca

5. esprime preoccupazione per il fatto che, nonostante i progressi a livello dell'inclusività nelle sperimentazioni cliniche, la rappresentanza delle donne rimanga inferiore a quella degli uomini; sottolinea l'assenza di requisiti di inclusività nella fase pre-sperimentale e che la maggior parte della sperimentazione animale è ancora condotta esclusivamente sui maschi della specie[15]; invita la Commissione a introdurre ulteriori misure per affrontare l'attuale squilibrio nella partecipazione alle sperimentazioni cliniche;

6. accoglie con favore l'intenzione dell'EMA di adottare nuove linee guida sull'inclusione delle persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche; esorta l'EMA ad adottare orientamenti analoghi per migliorare l'inclusione di altre comunità sottorappresentate;

7. sottolinea che la scarsa comprensione delle differenze basate sul sesso e sul genere in materia di salute è aggravata dal fatto che i dati della ricerca sono raramente disaggregati per sesso; invita la Commissione a rendere obbligatoria la disaggregazione dei dati per sesso in tutti i progetti finanziati dall'UE;

Diagnosi e trattamento

8. evidenzia che, a causa del sottofinanziamento sistemico e della carenza di ricerca, i metodi diagnostici e i trattamenti continuano ad essere incentrati sugli uomini, il che può comportare trattamenti di qualità inferiore e a maggiore rischio per le donne e le persone transgender;

9. esorta la professione medica ad attuare un approccio terapeutico basato sulla medicina di precisione al fine di integrare qualsiasi misura adottata per ridurre le disuguaglianze e

[15] Galea, L.A.M. e Parekh, R.S., "Ending the neglect of women's health in research" (Porre fine all'indifferenza nei confronti della salute delle donne nella ricerca), *BMJ,* vol. 381, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/.

aumentare gli investimenti nella ricerca medica; incoraggia gli Stati membri a istituire programmi pilota sull'assistenza sanitaria sensibile alla dimensione di genere;

10. ritiene essenziale che gli Stati membri integrino nei piani di studi in ambito medico una formazione sanitaria sensibile alla dimensione di genere;

Malattie specifiche di genere

11. accoglie con grande favore l'iniziativa dei cittadini europei "La mia voce, la mia scelta"; ribadisce l'invito alla Commissione ad avvalersi pianamente delle proprie competenze in materia di politica sanitaria per fornire sostegno agli Stati membri nel garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti nonché a sancire i suddetti e il diritto all'aborto sicuro e legale nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea;

12. rinnova il suo invito alla Commissione a istituire un meccanismo finanziario dell'UE volontario, basato sulla solidarietà, che consenta agli Stati membri di fornire assistenza all'aborto alle persone che non possono accedervi nel proprio paese di origine, senza interferire con le disposizioni legislative e regolamentari nazionali; invita, inoltre, la Commissione a presentare una proposta in tal senso;

13. deplora il fatto che, dall'istituzione del Servizio comunitario di informazione in materia di ricerca e sviluppo dell'UE quasi 40 anni fa, solo 10 dei 145 983 progetti finanziati dall'UE si siano occupati nello specifico di endometriosi[16];

14. deplora il fatto che, nonostante la prevalenza dei sintomi avversi della menopausa tra le donne, la menopausa non sia ancora integrata sistematicamente nell'assistenza sanitaria di base e sia ancora oggetto di stigmatizzazione sociale;

15. esorta la Commissione a cogliere l'opportunità della prossima strategia per la parità di genere 2026-2030 al fine di proporre misure concrete che diano priorità agli investimenti nelle malattie specifiche di genere; sottolinea che gli investimenti nelle malattie specifiche di genere dovrebbero rifletterne la gravità e la prevalenza;

Finanziamenti

16. riconosce che i finanziamenti dell'UE possono svolgere un ruolo significativo nell'incoraggiare maggiori investimenti nella ricerca su questioni specifiche di genere e nell'affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure; sottolinea che il settore privato è poco incentivato a investire nell'assistenza preventiva e che quest'ultima dovrebbe pertanto essere una priorità della Commissione e degli Stati membri;

17. sostiene fermamente l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche pertinenti e nel bilancio dell'UE; invita la Commissione a pubblicare appositi inviti a presentare proposte di finanziamento per le malattie specifiche di genere e ad avviare progetti volti a colmare il divario nei dati sanitari specifici per sesso;

---

[16] Vigano, P., Casalechi, M. e Dolmans, M., "European Union underinvestment in endometriosis research" (Carenza di investimenti dell'Unione Europea nella ricerca sull'endometriosi), *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, Vol. 5, 2024, 100058, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838423000464.

18. ritiene che il miglioramento della parità di genere nella ricerca sanitaria rappresenti un'opportunità competitiva per l'UE; sottolinea che lo stanziamento di finanziamenti dell'UE per affrontare le disuguaglianze di genere nella salute, unitamente a misure volte a colmare le lacune in termini di dati, potrebbe incentivare gli investimenti e stimolare l'innovazione nell'UE;

°

° °

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

MOTIVAZIONE

Le disuguaglianze di genere nell'assistenza sanitaria nell'Unione europea continuano a rappresentare una sfida significativa nonostante l'adozione di alcune misure normative e gli impegni ufficiali volti a migliorare la parità. La presente relazione esamina le molteplici ragioni alla base delle persistenti disuguaglianze di genere nella salute e prende in considerazione l'intero ciclo dell'assistenza sanitaria, dalle sperimentazioni cliniche e dallo sviluppo farmaceutico alla diagnostica e al trattamento. La relazione evidenzia inoltre le disuguaglianze esistenti nel trattamento delle malattie specifiche di genere, quali la menopausa, l'endometriosi, ecc.

Sebbene le disuguaglianze discusse nella presente relazione si focalizzino principalmente sulle disuguaglianze di genere che riguardano le donne, molte delle fonti di disuguaglianza si applicano allo stesso modo ad altri gruppi di persone, come le persone transgender e le comunità etniche minoritarie, e l'intenzione del relatore è che le azioni proposte vadano anche a vantaggio di tali gruppi.

Il relatore ritiene che, date le origini complesse delle disuguaglianze di genere, i responsabili politici debbano adottare un approccio olistico a loro riguardo e collaborare strettamente con la professione medica e la società civile. Il relatore ribadisce il proprio sostegno all'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche pertinenti e nel bilancio dell'UE e ritiene che si tratti di un catalizzatore necessario per affrontare le specifiche fonti di disuguaglianza.

Gran parte delle disuguaglianze deriva da distorsioni sistemiche all'interno dell'ecosistema medico. Storicamente la ricerca medica e lo sviluppo farmaceutico sono stati incentrati sugli uomini. Tale distorsione non prende in considerazione il fatto che le patologie possono presentarsi in modo diverso nel corpo femminile e che l'anatomia femminile può reagire differentemente ai farmaci e ai trattamenti. Tali lacune in termini di conoscenze sono aggravate dalla costante e ripetuta carenza di finanziamenti per la ricerca riguardante la salute delle donne e le malattie specifiche di genere, nel 2020 ad esempio solo il 5 % dei finanziamenti globali per la ricerca e lo sviluppo è stato destinato alla ricerca sulla salute delle donne[1].

Nonostante i notevoli progressi compiuti in campo medico negli ultimi 50 anni e i miglioramenti apportati ai sistemi sanitari nazionali, le donne continuano a dover far fronte a diagnosi errate, alla mancata presa in considerazione dei loro sintomi e a reazioni avverse ai farmaci. Spesso semplicemente non esiste un trattamento efficace noto per le loro malattie, come nei casi dell'endometriosi e del disturbo disforico premestruale.

Le disuguaglianze cui sono soggette le donne nell'assistenza sanitaria sono spesso rispecchiate e persino amplificate dalle disuguaglianze intersezionali cui devono far fronte altre comunità sottorappresentate, tra cui le persone transgender, le comunità etniche minoritarie e le comunità migranti, nonché dalle disuguaglianze geografiche.

Sperimentazioni cliniche

[1] Nature Reviews Bioengineering, "Funding research on women's health" (Finanziare la ricerca sulla salute delle donne)), vol. 2, 2024, pagg. 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

Il regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica dell'UE ha introdotto obblighi volti a promuovere l'inclusività, compresa la necessità di giustificare scientificamente il motivo dell'esclusione di determinati gruppi. Tuttavia, la rappresentanza delle donne nelle sperimentazioni cliniche rimane inferiore a quella degli uomini e la disparità è particolarmente accentuata per quanto riguarda le donne in gravidanza e allattamento, con meno dello 0,4 % delle sperimentazioni cliniche nell'UE che include le donne in gravidanza[2]. Non vi è inoltre alcun obbligo di garantire la diversità nella fase pre-sperimentale, e la maggior parte della sperimentazione animale è ancora condotta solo sui maschi delle specie[3].

La relazione sottolinea inoltre la mancanza di dati disaggregati per sesso, il che contribuisce al divario di conoscenze in materia di salute delle donne.

Diagnostica e trattamento

L'approccio alla medicina storicamente incentrato sugli uomini è stato integrato nelle procedure diagnostiche e terapeutiche e la mancanza di un approccio alla medicina sensibile alle specificità di genere può portare a trattamenti al di sotto degli standard e a rischio più elevato per le donne.

Ad esempio, le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte tra le donne nell'UE, ma i relativi sintomi si manifestano in modo cosiddetto "atipico", per cui le donne hanno il doppio delle probabilità di ricevere diagnosi errate in materia di insufficienza cardiaca[4]. Anche il trattamento del dolore e della salute mentale fornisce esempi lampanti dei pregiudizi radicati nella diagnostica e nei trattamenti.

Il relatore ritiene essenziale che gli Stati membri, in stretta collaborazione con la professione medica e gli istituti di istruzione, integrino nel piano di studi in ambito medico una formazione sanitaria sensibile alla dimensione di genere. Il relatore sottolinea inoltre che qualsiasi modifica delle procedure eseguite al letto del paziente dovrebbe basarsi sull'esperienza dei pazienti nella vita reale.

Malattie specifiche di genere

A causa della cronica insufficienza dei finanziamenti e della mancanza di definizione delle priorità nella ricerca, i progressi in campo medico per quanto riguarda le questioni specifiche di genere accusano ritardi e il divario è particolarmente marcato per le questioni specifiche delle donne.

Endometriosi

---

[2] Secondo i dati del sistema informativo sulle sperimentazioni cliniche (CTIS) citato dall'Agenzia europea per i medicinali il 4 giugno 2025, meno dello 0,4 % delle sperimentazioni nell'UE include donne in gravidanza o allattamento. Agenzia europea per i medicinali, "New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials" (Nuove linee guida sull'inclusione di persone in gravidanza e allattamento nelle sperimentazioni cliniche), 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[3] Galea, L.A.M. e Parekh, R.S., "Ending the neglect of women's health in research" (Porre fine all'indifferenza nei confronti della salute delle donne nella ricerca)), *BMJ,* vol. 381, doi: 10.1136/bmj.p1303.

[4] Roche Diagnostics Limited, "Heart failure: The hidden costs of late diagnosis" (Insufficienza cardiaca: i costi nascosti della diagnosi tardiva), agosto 2020, https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

L'endometriosi è una condizione cronica che può causare sintomi quali forte dolore, sanguinamento intenso e affaticamento. Si stima che l'endometriosi colpisca dal 10 al 15 % delle donne in età riproduttiva[5]. A causa della mancanza di comprensione tra i professionisti del settore medico e delle distorsioni intrinseche che comportano la mancata presa in considerazione dei sintomi, spesso qualificati come "normali dolori mestruali", la malattia richiede in media da 6 a 10 anni per essere diagnosticata. Si tratta di un ritardo sistemico e non accidentale.

Menopausa

L'85 % delle donne manifesta sintomi della menopausa e il numero di donne in menopausa a livello mondiale è stimato a 1,2 miliardi entro il 2030[6]. Tuttavia, l'accesso all'assistenza varia notevolmente da un paese all'altro e la menopausa è spesso ancora oggetto di stigmatizzazione sociale. La terapia per la menopausa è inoltre ostacolata da lunghi tempi di attesa, servizi specialistici limitati e orientamenti incoerenti per quanto riguarda la terapia ormonale sostitutiva (TOS). Un gran numero di pazienti riferisce che i sintomi sono considerati come "normale invecchiamento", il che rafforza i presupposti di genere sulla salute e la resilienza delle donne. La maggior parte della ricerca medica esistente si concentra inoltre sugli anni della fertilità e, pertanto, non prende in considerazione la pubertà, la perimenopausa e la menopausa.

Salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti

Al fine di conseguire la parità di genere, occorre garantire che le persone possano esercitare i loro diritti in materia di salute sessuale e riproduttiva nonché il loro diritto all'integrità e all'autonomia fisiche. Il relatore ritiene pertanto che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti e il diritto all'aborto sicuro e legale dovrebbero essere sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

L'adozione della risposta del Parlamento all'iniziativa dei cittadini europei "La mia voce, la mia scelta" nel dicembre 2025 ha rappresentato un risultato epocale, con cui la Commissione è stata fermamente invitata ad agire. La relazione invia inoltre ai cittadini dell'UE un segnale significativo del fatto che il Parlamento sostiene i diritti delle donne e delle ragazze e si adopererà per garantire l'uguaglianza.

Finanziamenti

Il relatore riconosce che i finanziamenti dell'UE possono svolgere un ruolo significativo nell'incoraggiare investimenti molto più cospicui nella ricerca su questioni specifiche di

---

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. et al., "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis" (Dati reali su sintomatologia e approcci diagnostici di 27 840 donne affette da endometriosi), *Scientific Reports* vol. 11, n. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. e Roomaney R., "Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis" (Percezione delle persone transgender e non binarie dell'assistenza sanitaria in relazione alla loro endometriosi), *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, n. 4, 2025, 911-925, doi: 10.1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[6] Davaki, K., studio su richiesta della commissione FEMM, "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care" (Disuguaglianze di genere nella ricerca medica, nello sviluppo farmaceutico e nell'accesso all'assistenza sanitaria), dipartimento tematico Cittadini, uguaglianza e cultura, direzione generale dei Diritti dei cittadini, della giustizia e degli affari istituzionali, Parlamento europeo, 2025, pag. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

genere e nell'affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure in tutta l'Unione. È del parere che possano essere necessari appositi inviti a presentare proposte di finanziamento per le malattie specifiche di genere.

Nella presente relazione, il relatore sottolinea che investire nel colmare il divario nei dati sanitari specifici per sesso rappresenta un'opportunità competitiva per l'Europa. Ciò non solo potrebbe contribuire ad affrontare le perdite per l'economia dell'UE dovute ai congedi per malattia legati alle malattie specifiche di genere[7], ma potrebbe anche attirare investimenti privati e offrire una solida base per ulteriori innovazioni in Europa.

Come primo passo, la Commissione deve utilizzare la futura strategia per la parità di genere (2026-2030) per rafforzare e sviluppare i principi in materia di salute delle donne stabiliti nella sua tabella di marcia per i diritti delle donne del 2025, proponendo misure concrete che diano priorità e incentivino gli investimenti nelle malattie specifiche di genere.

[7] Secondo le stime del Forum economico mondiale, colmare le carenze di investimenti nell'assistenza sanitaria alle donne potrebbe stimolare l'economia mondiale a livello di 1 000 miliardi di dollari l'anno entro il 2040. Forum economico mondiale, "Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies" (Colmare il divario in materia di salute delle donne: un'opportunità da 1 000 miliardi di dollari per migliorare vite ed economie), https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

ALLEGATO: DICHIARAZIONE DEI CONTRIBUTI

Conformemente all'allegato I, articolo 8, del regolamento, la relatrice dichiara di aver incluso nella sua relazione contributi su questioni attinenti all'oggetto del fascicolo che ha ricevuto, ai fini dell'elaborazione del progetto di relazione, dai rappresentanti di interessi che rientrano nell'ambito di applicazione dell'accordo interistituzionale su un registro per la trasparenza obbligatorio[1], o dai rappresentanti delle pubbliche autorità di paesi terzi, incluse le loro missioni diplomatiche e ambasciate, qui di seguito elencati:

1. Rappresentanti di interessi che rientrano nell'ambito di applicazione dell'accordo interistituzionale su un registro per la trasparenza obbligatorio
European Cancer Organisation
Hologic BV
Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung
EDANA
Essity
European Association of Urology
Center for Reproductive Rights
European Heart Network
Care4Everybody
Astra Zeneca
Vaccines Europe
Ferring Pharmaceuticals
Delta (CHIREC) Hospital
European Pain Federation (EFIC)
European Institute of Women's Health (EIWH)
European Alliance for Cardiovascular Health (EACH)
Cancer Patients Europe
Bayer AG
European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA)
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Daiichi Sankyo Europe GmbH
ILGA-Europe
MedTech Europe Cardiovascular Sector Group
Trans Europe and Central Asia (TGEU)
EUROPA DONNA (The European Breast Cancer Coalition)
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)
EuroHealthNet
2. Rappresentanti delle pubbliche autorità di paesi terzi, incluse le loro missioni diplomatiche e ambasciate

L'elenco che precede è compilato sotto l'esclusiva responsabilità del relatore.

[1] Accordo interistituzionale di maggio 2021 tra il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea e la Commissione europea su un registro per la trasparenza obbligatorio (GU L 207 dell'11.6.2021, pag. 1, ELI:http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Quando delle persone fisiche sono identificate nell'elenco con il loro nome, la loro funzione o entrambi, il relatore dichiara di aver sottoposto alle persone fisiche interessate l'informativa del Parlamento europeo sulla protezione dei dati n. 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), che definisce le condizioni applicabili al trattamento dei loro dati personali e i diritti connessi a tale trattamento.