
Assemblea Generale

Distrib.: Generale
8 Aprile 2016

Lingua originale: inglese

Traduzione in italiano a cura di Alessandra Battisti ed Elena Skoko a titolo gratuito¹

Consiglio per i Diritti Umani

Trentaduesima sessione

Oggetto Agenda 3

Promozione e protezione di tutti i diritti umani, civili, politici, economici, sociali e culturali, incluso il diritto allo sviluppo

Rapporto del Gruppo di Lavoro sul tema della discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica

Note da parte del Segretariato

Il Segretariato è onorato di trasmettere al Consiglio per i Diritti Umani il rapporto del Gruppo di Lavoro sul tema della discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica, facendo seguito alla risoluzione del Consiglio 15/23 e 26/5. In questo rapporto il Gruppo di Lavoro affronta il tema delle discriminazioni contro le donne con riferimento alla salute e alla sicurezza. La strumentalizzazione dei corpi delle donne è al centro della discriminazione contro le donne, ostacolando la realizzazione del loro più elevato livello di salute raggiungibile. Il Gruppo di Lavoro mette in luce, in particolare, le condizioni di salute e di sicurezza delle donne che subiscono discriminazioni multiple e trasversali. Il godimento non discriminatorio del diritto alla salute da parte delle donne deve essere autonomo, effettivo ed accessibile e lo Stato ha la responsabilità primaria di rispettare, proteggere e realizzare il diritto alla salute delle donne nella legge e nella pratica, anche quando i servizi sanitari sono erogati da privati.

¹ Please note: the present is an unofficial translation in Italian carried out by Alessandra Battisti and Elena Skoko on a volunteer basis with the permission of the Working Group. Italian: si noti che la presente traduzione in italiano è non ufficiale, realizzata da Alessandra Battisti ed Elena Skoko a titolo gratuito con il permesso del Gruppo di Lavoro.

Rapporto del Gruppo di Lavoro sul tema della discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica

Indice	<i>Pagina</i>
I. Introduzione	3
II. Attività	3
A. Sessioni	3
B. Visite dei Paesi	3
C. Comunicazioni e comunicati stampa	4
D. Altre attività	4
III. Analisi tematica: eliminare la discriminazione contro le donne in relazione alla salute e alla sicurezza	5
A. Quadro concettuale	5
B. Significato dell'uguaglianza nella salute e nella sicurezza delle donne	7
C. Pratiche discriminatorie	8
D. Strumentalizzazione dei corpi delle donne	15
E. Accesso all'assistenza sanitaria autonomo, accessibile ed effettivo	20
IV. Conclusioni e raccomandazioni	23
A. Raccomandazioni generali	24
B. Uguaglianza e non discriminazione	24
C. Strumentalizzazione dei corpi delle donne	26
D. Accesso all'assistenza sanitaria autonomo, accessibile ed effettivo	27

I. Introduzione

1. Il presente rapporto esamina le attività del Gruppo di Lavoro sul tema della discriminazione contro le donne nella legge nella pratica intraprese dal momento della presentazione del precedente rapporto (A/ HRC/29/40) fino a marzo 2016. Il rapporto si concentra sull'analisi, da parte del Gruppo di Lavoro, della discriminazione contro le donne in relazione alla salute e alla sicurezza.
2. Il ruolo di Presidente e di Vicepresidente del Gruppo di Lavoro sono stati ricoperti da Emma Aouij ed Eleonora Zielinska, rispettivamente, fino al giugno 2015, e all'epoca della scrittura erano ricoperti rispettivamente da Eleonora Zielinska e Alda Facio.

II. Attività

A. Sessioni

3. Il Gruppo di Lavoro ha tenuto tre sessioni a Ginevra durante il periodo in revisione. Durante la tredicesima sessione (4-8 maggio 2015), il Gruppo di Lavoro ha svolto consultazioni sulla salute e sulla sicurezza delle donne, inclusi i diritti alla salute sessuale e riproduttiva, con molti stakeholder ed esperti, inclusi i rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), dell'Istituto di Ricerca per lo Sviluppo Sociale delle Nazioni Unite (UNRISD), con il Relatore Speciale per il diritto di ciascuno al godimento del più elevato livello di salute fisica e mentale, con organizzazioni della società civile, così come con esperti dell'Ufficio dell'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite (OHCHR).
4. Alla quattordicesima sessione (12-16 ottobre 2015) il Gruppo di Lavoro ha continuato le consultazioni sul tema della salute e della sicurezza delle donne includendo gli esperti provenienti da programmi congiunti delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS), l'Unione Interparlamentare, il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, i Segretariati degli organi di monitoraggio del trattato dell'Alto Commissariato per i diritti umani (OHCHR), il Relatore Speciale sui diritti delle persone con disabilità e con i membri delle organizzazioni della società civile. Il Gruppo di Lavoro ha condiviso le proprie considerazioni con gli Stati Membri sul lavoro svolto ed ha tenuto un incontro con l'Alto Commissario per i diritti umani delle Nazioni Unite.
5. Alla quindicesima sessione (25-29 gennaio 2016) il Gruppo di Lavoro ha tenuto un incontro con il Rappresentante Permanente dell'Organizzazione per la Cooperazione Islamica presso l'ufficio delle Nazioni Unite a Ginevra. Ha iniziato le consultazioni sullo sviluppo di un compendio di buone pratiche ed ha tenuto un incontro con le organizzazioni della società civile.

B. Visite ai Paesi

6. Il Gruppo di Lavoro ha visitato il Senegal dal 7 al 17 aprile 2015 (A/HRC/32/44/Add.1) e gli Stati Uniti d'America dal 30 novembre al 15 dicembre 2015 (A/HRC/32/44/add.2). Il Gruppo di Lavoro desidera ringraziare i Governi di questi paesi per la loro cooperazione prima e durante la visita. Ringrazia il governo dell'Ungheria e del Kuwait per aver risposto positivamente alla richiesta di visita, che si realizzerà dal 17 al 27 maggio 2016 e dal 6 al 15 dicembre 2016, rispettivamente.

C. Informazioni e comunicati stampa

7. Durante il periodo in revisione, il Gruppo di Lavoro ha comunicato con i Governi individualmente o congiuntamente con altri detentori del mandato. Le comunicazioni hanno riguardato molteplici argomenti ricadenti nel mandato, inclusa la legislazione e le pratiche discriminatorie in relazione allo stato civile, alla nazionalità, alle accuse di abusi e delle violazioni dei diritti delle donne denunciati dai difensori dei diritti umani delle donne, alla violenza basata sul genere, ai diritti alla salute sessuale e riproduttiva (si veda A/HRC/30/27, A/HRC/31/79 e A/HRC/32/53). Il Gruppo di Lavoro ha anche rilasciato comunicati stampa, individualmente o congiuntamente con altri titolari del mandato, con gli organi istituiti da trattati e con meccanismi regionali.

D. Altre Attività

8. Il 15 giugno del 2015 un membro del Gruppo di Lavoro ha partecipato ad un Comitato di discussione sulla realizzazione delle politiche sociali per le donne nel workshop intitolato “Eguaglianza sostanziale per le donne: connettere i diritti umani e la politica pubblica”, organizzato dall’Organismo delle Nazioni Unite per l’uguaglianza di genere e l’*empowerment* delle donne (UN-Women), l’Istituto delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sociale e l’Alto Commissariato per i Diritti Umani.

9. Il Gruppo di Lavoro, congiuntamente a altri titolari di mandato delle procedure speciali, ha spedito una lettera aperta al Presidente del Consiglio dei Diritti Umani il 3 luglio 2015, nella quale enfatizza l’importanza di collocare il diritto delle donne all’uguaglianza al centro delle discussioni in seno al Consiglio sulla protezione della famiglia.

10. Un membro del Gruppo di Lavoro ha partecipato in qualità di conferenziere al seminario globale dell’Alto Commissariato per i Diritti Umani sui diritti umani dei lavoratori domestici migranti in situazioni irregolari dal titolo “Dietro le porte chiuse” che si è tenuto il 28 e il 29 settembre 2015 a Bangkok.

11. Un Membro del Gruppo di Lavoro ha realizzato una presentazione nell’ambito della consultazione degli esperti sulle prospettive di genere sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, organizzato il 5 novembre 2015 dal Relatore Speciale sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti.

III. Analisi tematica: eliminare la discriminazione contro le donne in riferimento alla salute e alla sicurezza²

A. Quadro concettuale

12. Il presente rapporto ha l'obiettivo di chiarire il significato dell'uguaglianza nell'ambito della salute e della sicurezza, di identificare le pratiche discriminatorie, di spiegare la strumentalizzazione dei corpi delle donne in violazione della loro dignità umana e rivelare le barriere ad un accesso autonomo, effettivo e economicamente accessibile all'assistenza sanitaria da parte delle donne. La strumentalizzazione viene definita come l'assoggettamento delle funzioni biologiche naturali delle donne ad una agenda patriarcale politicizzata, volta a mantenere e perpetrare determinate idee della femminilità in opposizione alla mascolinità e al ruolo subordinato delle donne nella società.

13. Il diritto delle donne all'eguaglianza, al più elevato livello di salute raggiungibile, al godimento dei benefici dei progressi scientifici e dei servizi sanitari, inclusi quelli relativi ai diritti sessuali e riproduttivi, sono sanciti nelle convenzioni internazionali e regionali sui diritti umani, sono altresì ribaditi in accordi consensuali, incluso il Programma di Azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e sullo Sviluppo e la Piattaforma per l'Azione di Pechino, adottata alla Quarta Conferenza mondiale sulle donne e nei documenti conclusivi della revisione e conferenze di valutazione. Tali diritti sono riconosciuti anche dai meccanismi e dalla giurisprudenza internazionali, regionali e nazionali. La Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo svoltasi nel 1994 ha riconosciuto il diritto delle donne alla salute riproduttiva e sessuale come cardine della salute delle donne. La discriminazione contro le donne, nell'ambito della salute e della sicurezza, il negare alle stesse il diritto al controllo sui propri corpi viola gravemente la dignità umana che, insieme all'uguaglianza, viene riconosciuta nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani come fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo.

14. Gli Stati sono obbligati ad assicurare i diritti delle donne al più elevato livello di salute e sicurezza raggiungibile, inclusi tutti i fattori collegati, nonché l'accesso equo delle donne ai servizi sanitari, compresi quelli relativi alla pianificazione familiare, così come il diritto alla privacy, all'informazione e all'integrità fisica. L'obbligo di rispettare, proteggere e realizzare il diritto delle donne all'accesso equo ai servizi sanitari e di eliminare tutte le forme di discriminazione contro le donne, in riferimento alla loro salute e sicurezza, viene violato quando si negano i bisogni delle donne legati alla salute, quando si fallisce nel realizzare interventi sensibili al genere, quando si privano le donne dell'autonomia decisionale e si criminalizza o si nega loro l'accesso ai servizi sanitari di cui solo le donne hanno bisogno. In alcune situazioni il fallimento nella tutela dei diritti delle donne alla salute

² L'analisi contenuta nel presente rapporto ha un numero minimo di note a piè di pagina dovuto alle restrizioni sul numero di parole. Un versione del documento con bibliografia di riferimento completa si trova al seguente link: www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/pages/WGWomenIndex.aspx. Il rapporto si affida alle fonti OMS e UNAIDS per ciò che attiene ai dati e attinge al lavoro di OHCHR e dei meccanismi internazionali per i Diritti umani, incluso il Comitato per l'Eliminazione della discriminazione contro le donne e i mandati speciali sulla salute, su persone con disabilità, sul cibo, sugli anziani, sull'acqua e i servizi igienici, su popolazioni indigene.

e alla sicurezza può consistere in un trattamento o pena crudele, inumana o degradante, nella tortura o perfino nella violazione del loro diritto alla vita.

15. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute non come mera assenza di malattia o infermità ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nel presente rapporto il Gruppo di Lavoro definisce la sicurezza delle donne come un aspetto integrale della loro salute. L'esposizione delle donne alla violenza di genere in entrambi gli ambiti, pubblici e privati, incluse le situazioni di conflitto, è una componente fondamentale della salute mentale e fisica delle donne e della distruzione del loro benessere, e per questo costituisce una violazione dei loro diritti umani.

16. L'eguaglianza sostanziale nel settore della salute e della sicurezza richiede un trattamento diversificato. Nel corso del loro ciclo vitale, dall'infanzia all'età avanzata, le donne presentano necessità di salute e vulnerabilità che sono distintamente diverse da quelle degli uomini. Le donne hanno funzioni biologiche specifiche, sono esposte a problemi di salute esclusivamente femminili, sono vittime di una violenza di genere pervasiva e, statisticamente, vivono più a lungo degli uomini con la conseguenza di un maggiore bisogno di usufruire dei servizi sanitari frequentemente e in età avanzata. Pertanto le donne e le ragazze fanno esperienza degli effetti negativi delle inadeguatezze dei servizi sanitari più intensamente degli uomini.

17. Le donne sono esposte ad un rischio sproporzionato di subire trattamenti degradanti e umilianti nelle strutture sanitarie, specialmente durante la gravidanza, il parto e nel puerperio. Le donne, inoltre, sono particolarmente esposte a trattamenti degradanti in situazioni dove sono private della libertà, incluse le strutture di detenzione degli immigrati o negli istituti di cura mentale. Le donne subiscono trattamenti umilianti nelle strutture del sistema sanitario a causa della loro identità di genere o dell'orientamento sessuale, qualche volta in nome della moralità o della religione, come una modalità punitiva di ciò che è considerato un comportamento "immorale".

18. I corpi delle donne vengono strumentalizzati per propositi economici, politici e culturali radicati nelle tradizioni patriarcali. La strumentalizzazione si verifica all'interno e oltre l'ambito sanitario ed è profondamente incorporata nelle molteplici forme di controllo sociale e politico sulle donne. La strumentalizzazione ha il fine di perpetuare i tabù e il senso di vergogna collegati ai corpi delle donne e al loro ruolo tradizionale nella società, specialmente in relazione alla loro sessualità e riproduzione. Di conseguenza le donne affrontano sfide continue nell'accedere alla cura sanitaria e nel mantenere l'autonomia e il controllo sulle decisioni che riguardano i loro corpi. Comprendere ed eliminare la strumentalizzazione dei corpi delle donne, basata su stereotipi e su norme culturali nocive, e l'impatto negativo che produce sulla salute delle donne, diventa cruciale per realizzare il cambiamento necessario.

19. Un vasto insieme di attori, sia pubblici sia privati, gioca un ruolo che condiziona la salute e l'accesso delle donne al sistema sanitario. Ciascuno degli attori è responsabile per le sue azioni od omissioni. In particolare il ruolo significativo dei principi sanciti nei codici deontologici delle differenti professioni mediche e nelle regole che governano la responsabilità sociale d'impresa dell'industria

farmaceutica, diventano un punto di partenza cruciale per istituire una ricerca, dei farmaci e dei trattamenti sensibili al genere.

20. Lo Stato ha la responsabilità di realizzare gli obblighi internazionali di protezione dei diritti umani per assicurare che le donne vedano garantita una ricerca scientifica, dei farmaci e degli interventi di salute orientati al genere, e di erogare risorse appropriate e adeguate alle necessità di genere, oltre ad un sistema efficace di monitoraggio, di finanziamento, di rimedi e di risarcimenti. Lo Stato è obbligato a fornire alle donne un accesso al sistema sanitario autonomo, effettivo e a tariffe modiche. Lo Stato ha la responsabilità di assicurare la rimozione di tutte le barriere che ostacolano il pieno esercizio, da parte delle donne, del diritto al più elevato livello di salute fisica e mentale raggiungibile, ricorrendo anche all'esercizio della dovuta diligenza.

21. Un elenco di altri fattori ed eventi, che hanno serie implicazioni per la salute e per la sicurezza delle donne, non vengono presi in considerazione nel presente rapporto a causa di restrizioni di spazio. Tra questi ricordiamo il cambiamento climatico e altre catastrofi ambientali il degrado e la violenza di genere nei conflitti armati.

B. Significato dell'eguaglianza nella salute e sicurezza delle donne

22. Nell'ambito della salute le differenti e distinte funzioni biologiche e riproduttive delle donne e degli uomini hanno bisogno di trattamenti differenziati e specifici algoritmi sono necessari per assicurare che le donne abbiano un equo godimento del più elevato livello di trattamenti sanitari raggiungibile. Un approccio ai trattamenti, alle cure, al finanziamento, all'accesso, identico per uomini e donne realizzerebbe una discriminazione di fatto.

23. Un ruolo centrale, nell'ambito delle necessità di salute di donne e ragazze, è svolto dalla loro salute sessuale e riproduttiva. L'eguaglianza sostanziale richiede che gli Stati si occupino dei fattori di rischio che maggiormente colpiscono le donne. Ad esempio poiché solo le donne possono avere una gravidanza, una mancanza di accesso ai contraccettivi compromette enormemente la loro salute. L'eguaglianza nella salute riproduttiva richiede l'accesso, senza discriminazione, ad una contraccezione di qualità e accessibile, ai servizi di assistenza alla maternità, inclusi i servizi di assistenza durante il parto e nel puerperio, l'accesso all'interruzione di gravidanza sicura, l'accesso a trattamenti precoci e a controlli per il cancro della cervice e al seno e una speciale attenzione agli elevati tassi di infezioni da HIV tra le giovani donne, nonché ai trattamenti per prevenire la trasmissione da madre a figlio.

24. L'uguaglianza richiede inoltre che le politiche sanitarie siano basate unicamente sulle necessità di salute delle donne e non siano influenzate dalla strumentalizzazione e dalla politicizzazione. La controversia politica sui diritti riproduttivi e sessuali rimane una sfida globale, per la quale le donne pagano un alto prezzo in termini di salute e di vita. Nell'adottare l'agenda 2030 sullo Sviluppo sostenibile, gli Stati si sono impegnati ad assicurare un accesso universale ai servizi di cura sessuali e riproduttivi, incluse le informazioni e l'educazione sulla pianificazione familiare e l'inserimento della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali. Un forte impegno verso i diritti riproduttivi e sessuali delle donne, nelle leggi internazionali e nazionali, nelle politiche e nei programmi è cruciale per raggiungere

l'uguaglianza di genere ed assicurare alle donne e alle ragazze il diritto alla salute e al benessere.

25. Molti protocolli farmacologici, trattamenti ed interventi medici che vengono somministrati alle donne si basano su ricerche condotte sul maschio delle specie, senza alcuna indagine o aggiustamento per le differenze biologiche e di genere. L'uguaglianza richiede di condurre la ricerca medica basandosi sull'esperienza delle donne e sulle differenze biologiche. Essa richiede anche un'adeguata attenzione ai particolari rischi di salute cui le donne sono enormemente esposte, come la depressione e il suicidio, e trattamenti appropriatamente sensibili al genere per le malattie che tendono ad essere considerate impropriamente solo maschili, come le malattie cardiovascolari.

26. Le necessità specifiche di salute e di sicurezza delle donne richiedono protezione contro la violenza di genere che affligge l'integrità fisica e la salute mentale delle donne, anche nei contesti ospedalieri.

27. I fattori sociali, religiosi e culturali che portano a disprezzare la dignità delle ragazze e delle donne devono essere affrontati al fine di realizzare il diritto delle donne all'uguaglianza, nella salute e nella sicurezza.

C. Pratiche discriminatorie

28. Le pratiche discriminatorie nell'ambito della salute e della sicurezza si riscontrano in tutti gli stadi del ciclo della vita delle donne. Le discriminazioni multiple meritano particolare attenzione e misure correttive. Negare alle donne l'accesso ai servizi di cui solo loro hanno bisogno, non tutelando la loro specifica salute e sicurezza, incluse le loro esigenze relativamente alla salute sessuale e riproduttiva, sono pratiche intrinsecamente discriminatorie che impediscono alle donne di esercitare il controllo sui propri corpi e sulle proprie vite. La discriminazione di genere nell'erogazione e nella gestione dei servizi sanitari viola i diritti umani delle donne e la loro dignità.

29. Negare l'accesso ai servizi di salute essenziali in relazione all'interruzione di gravidanza, alla contraccezione, al trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili, alla cura dell'infertilità comporta gravi conseguenze per la salute e per la vita delle donne. Queste ultime possono essere escluse da tali servizi anche attraverso la criminalizzazione, la riduzione della disponibilità dei servizi, la stigmatizzazione, le manifestazioni di disprezzo da parte dei professionisti della salute. Da un punto di vista pratico, inoltre, impedire l'accesso ai servizi sanitari porta le donne verso una fornitura di assistenza sotterranea, erogata da operatori non qualificati. La persistenza degli alti tassi di mortalità materna spesso riflette la sottovalutazione e la conseguente mancanza di investimenti nei servizi sanitari necessari solo per le donne.

30. La discriminazione si manifesta qualche volta in trattamenti umilianti che le donne possono subire nelle strutture ospedaliere dedicate a loro, ad esempio nei reparti maternità, come ripetutamente evidenziato dagli apparati per i diritti umani delle Nazioni Unite e dall'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, le donne sono troppo spesso sottoposte a trattamenti degradanti e qualche volta violenti.

31. La discriminazione contro le donne si manifesta inoltre nella fornitura diseguale dei servizi di salute richiesti sia dagli uomini che dalle donne. Tale circostanza ha assunto proporzioni particolarmente gravi nei paesi in cui le donne sono state escluse dal ricevere cure sanitarie da parte di medici uomini sulla base della cosiddetta “modestia”.

32. Leggi e pratiche discriminatorie hanno contribuito a una deplorabile situazione globale in relazione alla salute e alla sicurezza delle donne che richiede azioni urgenti immediate ed efficaci. Secondo l’OMS, viene stimato che circa 225 milioni di donne sono private dell’accesso ai sistemi di contraccezione moderni. La gravidanza e le complicazioni correlate al parto hanno causato la morte di circa 300.000 donne in tutto il mondo nel 2013. Circa 22 milioni di aborti insicuri vengono realizzati annualmente e si stima che 47.000 donne muoiano per complicazioni conseguenti ad aborti insicuri ogni anno. Il cancro al seno e alla cervice rimangono le malattie più frequenti tra le donne in una fascia di età tra i 20 e 59 anni, che producono come conseguenza 1 milione di morti, la maggior parte nei paesi di basso o medio reddito, dove i controlli, la prevenzione e le cure sono quasi inesistenti. Le giovani donne ogni anno fronteggiano nuove infezioni da HIV. Una donna su tre, al di sotto dei 50 anni, ha subito violenza sessuale fisica da parte del compagno o di un membro della famiglia. Almeno 200 milioni di donne e di ragazze sono state sottoposte a mutilazione genitale femminile.

1. Discriminazioni attraverso il ciclo della vita femminile

33. Il Gruppo di Lavoro ha notato con grande preoccupazione che il tema correlato alla salute delle donne non viene affrontato in maniera olistica da parte delle agende politiche sanitarie a livello nazionale ed internazionale. Le politiche riguardanti i servizi di salute delle donne sono spesso limitati a questioni di “salute materna”. Nonostante l’importanza di dare priorità a tale argomento il focus restrittivo non permette di riconoscere il completo spettro dei diritti delle donne alla salute sessuale e riproduttiva in tutti gli stadi del loro ciclo vitale e contribuisce alla strumentalizzazione dei corpi delle donne che vengono viste principalmente come dispositivi di riproduzione.

34. Molte ragazze sono esposte ad una grande varietà di pratiche che sono dannose per la loro salute e per il loro benessere, come le mutilazioni dei genitali femminili, la discriminazione nell’accesso al cibo, che comporta la malnutrizione, e la discriminazione nell’accesso ai servizi sanitari. In aggiunta i matrimoni precoci e le gravidanze in età adolescenziale hanno un impatto duraturo sull’integrità fisica e la salute mentale delle ragazze. La gravidanza e il parto sono insieme la seconda causa principale di morte tra i 15 e i 19 anni d’età globalmente, mettendo le ragazze al più alto livello di rischio di morire e di soffrire di gravi danni permanenti in conseguenza della gravidanza. Ad esempio fino al 65% delle donne che hanno una fistola ostetrica, condizione gravemente invalidante che spesso comporta l’esclusione sociale, sviluppano questa patologia da adolescenti.

35. Le ragazze adolescenti sono particolarmente esposte alla violenza di genere nella famiglia, nel tragitto da casa a scuola e all’interno della scuola, con un impatto estremamente nocivo sulla loro salute fisica e mentale. Nella risoluzione 70/137 l’Assemblea Generale ha invitato tutti gli Stati a migliorare la sicurezza delle ragazze

sulla strada che le porta a scuola, realizzando azioni concrete per assicurare che tutte le scuole siano accessibili, sicure, dotate di strutture igieniche separate e adeguate a garantire la privacy e la dignità.

36. In alcuni paesi le ragazze adolescenti non possono accedere alle informazioni e ai servizi della pianificazione familiare e dell'interruzione della gravidanza che sono necessari per proteggere la loro salute, la sicurezza e per prevenire gravidanze indesiderate ad alto rischio, che implicano (per l'interruzione) la richiesta di autorizzazione da parte di terzi.

37. Durante la gravidanza molte donne sono esposte alla malnutrizione a causa di una discriminazione nell'allocazione del cibo. Questo può comportare un deterioramento grave e irreversibile della salute generale delle donne tale da aumentare il rischio di parti prematuri, basso peso alla nascita e malformazioni congenite. Dopo il parto tale discriminazione può continuare ad affliggere la salute delle donne anche in relazione all'allattamento al seno. Inoltre, come affermato dal Relatore Speciale per il diritto al cibo, la violenza strutturale è una barriera sottostimata al diritto delle donne al cibo e alla nutrizione adeguati. La violenza di genere, che è una forma di discriminazione primaria, può impedire alle donne di accedere a cibo e nutrizione adeguati.

38. Il ritardo nel cercare appropriate cure mediche, nel raggiungere strutture sanitarie idonee, nel ricevere appropriate cure una volta che la donna è all'interno della struttura, insieme alla mancanza di assistenza alla maternità accessibile, sono le principali ragioni degli elevati tassi di mortalità e morbilità materna. Un approccio basato sui diritti umani che generi un sistema sanitario funzionante, dotato di adeguate forniture, attrezzatura, infrastrutture nonché di un sistema efficiente di comunicazione, trasferimento e trasporto dei pazienti è indispensabile per eliminare queste morti prevenibili e per assicurare i diritti delle donne alla salute e alla vita.

39. La salute mentale delle donne durante la gravidanza, il parto e il puerperio richiede sia la stabilità dell'ambiente, sia un supporto emotivo. Resoconti di mancanza di rispetto e di trattamenti nocivi durante il parto nelle strutture ospedaliere in molti paesi, dipingono un quadro profondamente preoccupante di quanto sia estesa l'esposizione delle donne a trattamenti degradanti, a mancanza di privacy e perfino a violenza verbale e fisica. Alle donne in gravidanza viene qualche volta rifiutato il sollievo dal dolore durante il travaglio o l'anestesia durante un'interruzione di gravidanza tramite raschiamento. Il ricorso, in alcuni paesi, a misure detentive o punitive, piuttosto che educative, per prevenire i danni al feto come conseguenza di assunzione di alcol o droghe, da donne tossico-dipendenti in gravidanza, è un'ulteriore manifestazione di discriminazione di genere.

40. Le donne hanno un'aspettativa di vita lunga e sono particolarmente esposte all'abbandono e all'abuso in età avanzata, anche nei contesti ospedalieri, soffrono inoltre di un elevato rischio di contrarre malattie come l'Alzheimer e altre forme di demenza. Un approccio sensibile al genere e all'età deve prendere in considerazione le specifiche necessità di cura e di tutela delle donne anziane, incluse le vedove, le donne che vivono da sole o isolate, quelle con demenza o altre disabilità, quelle che hanno bisogno di cure palliative e geriatriche, e quelle in situazioni di emergenza; tutte queste donne sono maggiormente a rischio di subire forme multiple di discriminazione, violenze e povertà.

41. Inoltre i problemi associati all'invecchiamento affliggono le donne enormemente come conseguenza dell'effetto cumulativo delle pratiche discriminatorie che le donne devono fronteggiare nel corso delle loro vite, come descritto dal Gruppo di Lavoro nel rapporto sulla discriminazione contro le donne nella vita economica e sociale (A /RG/ 39). Le donne si prendono cura degli uomini più frequentemente ma sono più esposte all'abbandono economico. Contemporaneamente, sono maggiormente esposte a svantaggi economici esacerbati da sistemi pensionistici discriminatori, che non producono esiti uguali per le donne, e tendono ad essere escluse dalla previdenza sociale e dalle assicurazioni sanitarie. Di conseguenza le donne corrono un maggiore rischio di vivere in povertà. Il mero riconoscimento dei diritti di uguaglianza per tutti, senza distinzione alcuna, si palesa come insufficiente ad assicurare, in pratica, il godimento da parte delle donne anziane di tutti i diritti umani, incluso il diritto alla salute.

2. Le donne fronteggiano forme di discriminazione multiple e trasversali

42. Riconoscere e definire la natura e le conseguenze delle discriminazioni multiple e trasversali contro le donne nelle leggi e nelle pratiche nazionali è cruciale per proteggere la sicurezza e la salute delle donne. Fattori come la condizione socioeconomica, l'appartenenza ad una minoranza etnica, la religione, la razza, l'orientamento sessuale, l'identità di genere e di espressione, l'invalidità, la diversità corporea, aggravano ulteriormente la discriminazione che le donne devono fronteggiare e compromettono la loro capacità di proteggere la propria salute e sicurezza.

Donne e povertà

43. Il Gruppo di Lavoro è particolarmente preoccupato per la discriminazione che le donne subiscono a causa del loro stato economico. Si è potuto osservare durante le visite ai paesi che le donne che vivono in povertà hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari, in particolare alle cure preventive, riproduttive e sessuali.

43. Esiste una crescente preoccupazione circa la "femminilizzazione" della povertà e del diverso impatto della crisi economica globale, delle misure di austerità, del cambiamento climatico sulla salute delle donne e sulla loro sicurezza. L'ineguaglianza di genere persiste in tutte le regioni e donne e ragazze continuano ad essere numericamente maggiori all'interno della popolazione mondiale che vive in povertà. Tra le ragazze, quelle che vivono nel Sud del mondo, subiscono in maniera particolare i costi di questi rapidi cambiamenti, con la conseguenza di un deterioramento della loro salute personale e del loro benessere.

Donne con disabilità

45. Le donne con disabilità fronteggiano delle barriere particolari nell'accedere alle strutture sanitarie per ragioni di costi, di distanza, di atteggiamenti discriminatori, di inaccessibilità fisiche o per mancanza di informazioni. Tali fattori limitano seriamente il loro accesso all'immunizzazione, alla salute riproduttiva e allo screening per i

tumori. In alcuni contesti le donne con disabilità, in particolare quelle con disabilità mentali, sono sottoposte a sterilizzazione forzata o all'interruzione di gravidanza, o ad una contraccezione a lungo termine, in cui i parenti o i medici prendono decisioni al loro posto senza il consenso informato, in violazione delle disposizioni previste nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.

46. Le donne con disabilità subiscono più di altre la violenza sessuale da parte del partner, originata da dinamiche discriminatorie legate al genere e alla disabilità che si rinforzano reciprocamente.

47. Il Relatore Speciale per i diritti delle persone con disabilità ha richiamato gli Stati affinché garantiscano alle donne con disabilità la partecipazione nelle questioni che riguardano le loro vite, specialmente in relazione ai diritti riproduttivi e sessuali, e alla violenza di genere, inclusa la violenza sessuale, argomenti che vengono indicati, in uno studio recente, come un'alta priorità per le donne e le ragazze disabili.

Donne con HIV/AIDS

48. Le donne sono fortemente esposte al rischio di contrarre AIDS/HIV a causa di vari fattori, inclusa la violenza di genere e la mancanza di autonomia nel negoziare pratiche sessuali sicure e nel potere prendere decisioni informate sulle questioni di salute. Perfino quando le donne affette da HIV/AIDS sono in grado di accedere ai servizi sanitari, devono affrontare la stigmatizzazione e la discriminazione da parte dei professionisti sanitari, che va dall'abuso al diniego di cure. Leggi, politiche e pratiche che impediscono alle donne affette da AIDS/HIV di avere bambini attraverso, per esempio, una interruzione di gravidanza forzata o una sterilizzazione forzata, costituiscono una forma estrema di discriminazione.

Le donne migranti

49. Le donne migranti sono esposte ad un elevato rischio di essere sottoposte dalle pubbliche autorità o da individui privati a tutte le tipologie di violenza, sfruttamento, traffico, riduzione in schiavitù, mentre sono in transito o in detenzione. Queste pratiche possono trasformarsi in trattamenti crudeli, disumani, degradanti o in tortura.

50. Le donne migranti lavoratrici, specialmente quelle in situazioni di irregolarità, hanno maggiori difficoltà nell'accedere a quasi tutte le forme di assistenza sanitaria, inclusa l'assistenza alla maternità, le cure di emergenza, il trattamento delle malattie croniche e mentali, poiché spesso vengono loro negati questi diritti dalle leggi o perché le stesse temono di essere arrestate o deportate. In alcuni paesi, sebbene sia stato esteso alle donne migranti l'accesso legale alla cura sanitaria, le stesse ancora non ricevono le cure mediche necessarie perché i professionisti sanitari spesso si rifiutano di assisterle.

51. Perfino quando hanno diritto all'assistenza sanitaria di emergenza, le donne migranti lavoratrici domestiche sono spesso escluse dei servizi sanitari di cura riproduttiva preventiva e sessuale, così come dalla cura ginecologica e ostetrica a causa del loro status e della mancanza di accesso all'assicurazione o ai sistemi sanitari nazionali.

52. Il modello dell'abuso psicologico, sessuale e fisico delle lavoratrici immigranti domestiche è largamente diffuso. Queste donne sono spesso esposte a rischi di salute e di sicurezza senza che vengano fornite loro appropriate informazioni e un'adeguata protezione. In aggiunta le condizioni di lavoro e di vita di molte lavoratrici domestiche non dichiarate, condizioni che equivalgono alla schiavitù, e la separazione dai membri della famiglia, causano problemi di salute seri, particolarmente di salute mentale.

53. Le donne migranti possono essere sottoposte a test di gravidanza obbligatori quando arrivano nei paesi di destinazione e alcuni di questi, se il test è positivo, le respingono. In aggiunta il test di gravidanza può essere imposto alle lavoratrici domestiche migranti per la durata del loro impiego, conducendo la donna alla perdita del lavoro e/o all'interruzione della gravidanza, qualche volta tramite pratiche non sicure, specialmente nei paesi in cui l'interruzione volontaria di gravidanza è un reato. Le donne migranti vengono accusate di intrattenere "relazioni sessuali illegali" quando sono in gravidanza, anche quando la stessa è conseguenza di stupro. Le donne migranti vengono tenute nei centri di detenzione in condizioni deplorable, in attesa di deportazione, o subiscono punizioni severe, inclusa la pena di morte, in paesi dove le relazioni sessuali fuori del matrimonio costituiscono reato.

Donne indigene

54. Le donne indigene subiscono un sistema complesso di violazioni dei diritti umani che si rinforzano reciprocamente e che è influenzato da forme trasversali di discriminazione, di emarginazione, rafforzate da strutture di poteri patriarcali e da forme presenti e passate di violazioni del diritto all'autodeterminazione e al controllo delle risorse. Queste forme trasversali di discriminazione hanno delle conseguenze profonde sulla salute delle donne indigene, specialmente per quanto riguarda la loro salute sessuale e riproduttiva. Il Relatore Speciale sui diritti delle persone indigene ha riferito (si veda A/HRC/30/41) circa le barriere alla salute riproduttiva e sessuale che incontrano le donne indigene così come le violazioni passate e attuali dei diritti umani in relazione ai loro diritti riproduttivi e sessuali. Per esempio tra le donne indigene si riscontrano livelli di mortalità materna enormemente più elevati, le ragazze indigene sono sovra rappresentate tra le adolescenti in gravidanza e le donne indigene hanno i tassi più bassi di uso di contraccettivi e i tassi più alti di malattie sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV/ AIDS. Storicamente si sono verificate situazioni di gravi violazioni dei diritti delle donne indigene alla salute riproduttiva nell'ambito del disconoscimento del diritto delle persone indigene all'autodeterminazione e all'autonomia culturale. Queste violazioni includono la sterilizzazione forzata delle donne indigene e il tentativo di obbligarle ad avere bambini con uomini non indigeni, come parte delle politiche di assimilazione culturale. Le donne indigene possono anche trovare ostacoli nell'accesso ai servizi di cura preventiva con conseguente violazione del loro diritto alla salute, come lo screening per il tumore alle ovaie e per il tumore al seno.

55. I deplorable esiti di salute delle donne indigene sono collegati a decenni di oppressione e di violazione dei diritti umani delle popolazioni indigene, e in particolare, delle donne indigene. Inoltre i sistemi sanitari non indigeni generalmente non prendono in considerazione il concetto indigeno di salute e di cura, così creano delle ulteriori barriere di accesso alle donne indigene. La raccolta dei dati di solito non riesce ad individuare informazioni sulle comunità indigene, rendendole di fatto

“invisibili”. Perfino quando tali dati esistono non sono generalmente disaggregati per genere. Inoltre le donne indigene sono affette in misura eccessiva da malattie dovute ad una ridotta possibilità di adattamento, causata dalla negazione di altri diritti umani e da un'estrema povertà.

Donne rurali

56. Le donne rurali sono particolarmente colpite dagli stereotipi di genere patriarcali collegati ai ruoli e sono estremamente esposte a pratiche nocive, come i matrimoni precoci e forzati, la mutilazione dei genitali femminili, la violenza e la povertà. Queste pratiche hanno un impatto negativo sul loro diritto alla salute. Le donne rurali sono solitamente molto svantaggiate nell'accedere ai servizi di assistenza sanitaria, inclusi i servizi riproduttivi e di salute sessuale.

Le donne appartenenti alle minoranze

57. Come evidenziato dal Relatore Speciale sui temi relativi alle minoranze (A/HRC/31/56), le donne appartenenti alle minoranze, incluse le donne sottoposte a discriminazione basata sull'appartenenza ad una casta, sono particolarmente esposte alla violazione del loro diritto alla salute, inclusa la salute sessuale e riproduttiva. Le donne appartenenti a “caste basse” presentano i peggiori esiti di salute, specialmente in termini di aspettativa di vita, di accesso all'assistenza alla maternità, di nutrizione e di incidenza delle infezioni. Le donne Rom sono sottoposte a stereotipi degradanti e dipinte come “fertili” e “promiscue”; e questo aumenta la loro esposizione alla violenza di genere e alla sterilizzazione forzata.

Orientamento sessuale delle donne e identità di genere

58. In molti contesti, specialmente dove il comportamento sessuale consensuale degli appartenenti allo stesso sesso è proibito, lesbiche, bisessuali, persone transgender sono disincentivate dal cercare i servizi di salute per paura di essere arrestati o perseguitati. Perfino nei paesi dove l'orientamento omosessuale non è criminalizzato le lesbiche sono spesso discriminate e maltrattate dal personale sanitario, che le disincentiva dal cercare i servizi sanitari. In alcuni contesti queste donne vengono sottoposte a pratiche degradanti, disumane e coercitive così come lo stupro “correttivo” e punitivo. Le persone transgender sono spesso sottoposte, nella legge e nella pratica, a interventi medici obbligatori senza che sia offerta loro l'opportunità di una scelta o di una decisione informata. L'identità di genere viene patologizzata in molti paesi e tali donne sono spesso sottoposte ad esami fisici e mentali, a trattamenti obbligatori e costrette a “terapie di conversione”. Il personale sanitario spesso rifiuta di considerare i bisogni biologici delle persone transgender e di erogare i servizi medici correlati alla transizione, gli screening per il cancro alla cervice, l'interruzione della gravidanza e la contraccezione.

Donne private della libertà

59. Le donne in detenzione hanno delle specifiche necessità di salute, particolarmente in termini di salute riproduttiva e mentale, che sono spesso trascurate. I servizi preventivi relativi al tumore della cervice e del seno spesso non sono disponibili e la terapia antiretrovirale, perfino per le donne in gravidanza affette da HIV/AIDS, è

completamente assente in alcune strutture. La mancanza di un accesso adeguato ai servizi igienici e ai prodotti per le donne detenute è una preoccupazione tipica e cruciale in tutte le regioni del mondo e che mette a rischio la dignità e la salute delle donne incarcerate. In alcuni paesi si verificano ancora pratiche come tenere in catene le donne prigioniere durante il travaglio. Le donne incarcerate spesso subiscono violenza sessuale da altri prigionieri o dal personale di polizia penitenziaria.

60. Le donne incarcerate mostrano alti livelli di problemi di salute mentale, dovuti alla violenza, al trauma al quale sono state esposte e che è stato aggravato dalla carcerazione. Le preoccupazioni per i loro bambini hanno un impatto significativo sulla salute mentale delle donne detenute, specialmente quando sono in allattamento, la separazione dai propri figli crea ansia e senso di colpa, che generano una grande sofferenza. Le donne sono maggiormente a rischio di autolesionismo e di tentativi di suicidio, mentre sono in carcere, rispetto agli uomini. L'uso estensivo di sostanze psicotrope per motivi di "sicurezza" in tali situazioni è un esempio di una sovra-medicalizzazione.

D. Strumentalizzazione dei corpi delle donne

61. Durante il loro ciclo vitale, i corpi delle donne sono strumentalizzati e le loro funzioni biologiche, le loro necessità, sono stigmatizzate e sottoposte a un'agenda patriarcale e politicizzata. Gli Stati hanno spesso trattato le donne in maniera strumentale come dispositivi con i quali implementare i programmi e le politiche di natalità. Tali finalità sono state realizzate con il ricorso a sanzioni penali e frequentemente sotto l'egida di protezione della salute e della sicurezza delle donne o con giustificazioni culturali e religiose.

62. Gran parte della discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari e i conseguenti problemi di salute prevenibili delle donne, inclusa la mortalità e la morbilità materna, e l'infertilità, può essere attribuita alla strumentalizzazione dei corpi delle donne per scopi politici, culturali, religiosi ed economici.

1. Negazione dell'autonomia

63. La strumentalizzazione dei corpi delle donne può avere come conseguenza quella di condizionare l'accesso delle donne all'assistenza sanitaria in base al consenso del marito o di un tutore maschio, con la conseguenza di un diniego o un ritardo del trattamento che comporta una diminuzione dell'autonomia delle donne e la negazione del rispetto della privacy e compromette l'accesso alla cura sanitaria, in particolare alla cura riproduttiva e sessuale. La negazione patriarcale dell'autonomia delle donne nel prendere le decisioni conduce alla violazione dei diritti delle donne alla salute, alla privacy, alla salute riproduttiva sessuale, all'autodeterminazione, all'integrità fisica e perfino alla vita.

2. Effetti della preferenza ad avere figli maschi

64. Nelle culture patriarcali, la preferenza per i figli maschi porta a mettere in primo piano la salute dei ragazzi e degli uomini rispetto a quella delle donne e delle ragazze con la conseguenza di pratiche discriminatorie come l'infanticidio femminile. Questo è particolarmente evidente nelle abitudini culturali relative al cibo che spongono le

ragazze e le donne, comprese le donne in gravidanza e in allattamento, alla malnutrizione.

3. Stereotipi di genere pericolosi

Oggettivizzazione delle donne

65. La strumentalizzazione dei corpi delle donne come oggetto che serve a propositi sessuali o ad altri propositi conduce a pratiche invasive come le procedure estetiche. Diete nocive, particolarmente diffuse tra le ragazze adolescenti, possono produrre conseguenze disastrose per la salute e disordini alimentari come l'anoressia e la bulimia.

66. Secondo l'OMS, un indice di massa corporea sotto 16 rappresenta una grave magrezza. Impostare uno standard minimo di peso per le modelle in linea con i criteri di salute tramite la legislazione nazionale e politiche o normative per le agenzie di modelle, così come campagne pubblicitarie che abbracciano le diversità delle forme femminili sono delle buone pratiche. Lo sviluppo di nuovi modelli di bambole con delle proporzioni corporee corrispondenti a quelle delle donne in salute rappresenta un'altra buona pratica.

Stigmatizzazione della salute delle donne

67. La stigmatizzazione è un fenomeno sociale e culturale con radici profonde che risiede alla base di molte violazioni dei diritti umani e comporta che interi gruppi di popolazioni siano svantaggiati ed esclusi, così come il Relatore Speciale sul diritto all'acqua e alle strutture sanitarie ha avuto modo di evidenziare (A/HRC/30/39). Le donne sono esposte a stereotipi di genere nocivi o a tabù riguardanti le funzioni naturali e biologiche, come le mestruazioni, l'allattamento e la menopausa. La diagnosi di malattia mentale nelle donne è faziiosa ed eseguita per stigmatizzarle ed è stata utilizzata come giustificazione per internare in istituti di cura mentale donne senza necessità e contro la loro volontà.

68. Le mestruazioni sono circondate dallo stigma che produce esclusione e discriminazione contro le donne e ragazze. In alcune culture le donne e le ragazze mestruate sono considerate contaminate ed impure e vengono imposte loro restrizioni e interdizioni durante il ciclo mestruale. Le donne e le ragazze possono continuare a nutrire un senso di vergogna interiore e sono imbarazzate nel discutere delle mestruazioni perfino quando non c'è alcuna restrizione. Esse convivono con una mancanza di privacy quando devono cambiarsi e lavarsi, con la paura di essere sporche e maleodoranti e con la mancanza di igiene e di strutture separate nei bagni delle scuole.

69. In aggiunta molte ragazze non ricevono un'educazione sessuale, inclusa la conoscenza sul funzionamento dei loro corpi, mentre i materiali igienici per le mestruazioni sono solitamente indisponibili o eccessivamente costosi. Le donne sono costrette ad utilizzare materiali improvvisati e antigienici che possono causare fuoriuscite e infezioni.

70. Il senso di colpa e la vergogna generati dagli stereotipi che circondano le mestruazioni hanno un grave impatto su tutti gli aspetti della vita delle donne e delle ragazze, sulla loro dignità e benessere, così come sul diritto all'educazione e al lavoro, in quanto le donne possono sentirsi obbligate a stare a casa, lontane dalla scuola o dal posto di lavoro ogni mese perché non sono disponibili strutture e materiali igienici appropriati. Definire il dolore mestruale delle donne come "nevrotico" tende a rendere le stesse riluttanti nel cercare aiuto che può portare a un ritardo di diagnosi, ad esempio, di endometriosi, fortemente invalidante, in cui il tessuto che normalmente cresce dentro l'utero si localizza in posizioni anatomiche anormali.

71. I pregiudizi che circondano la menopausa possono minare la fiducia delle donne nell'affrontare la vita professionale e pubblica, a causa di una discriminazione basata sull'età all'interno del luogo di lavoro. In alcune società questa questione non viene né affrontata, né compresa. La medicalizzazione attraverso la terapia ormonale sostitutiva, la pressione sulle donne affinché ne facciano uso, perfino quando ci sono controindicazioni mediche, può produrre un effetto negativo sulla salute mentale delle donne.

72. Allo stesso modo la strumentalizzazione e la stigmatizzazione si riscontrano nei luoghi di lavoro, in relazione all'allattamento negli spazi pubblici o sul posto di lavoro. Al di là della considerazione che l'allattamento viene spesso promosso o scoraggiato per ragioni economiche, si deve evidenziare che viene visto come inappropriato perfino nei paesi dove la pratica viene legalmente protetta, in quanto espone le donne ad uno stress e pressione non necessari legati alle intimidazioni o alle molestie. Secondo il Fondo delle Nazioni Unite per i Bambini (UNICEF) la maggioranza dei circa 830 milioni di donne lavoratrici in tutto il mondo non usufruisce delle politiche lavorative che supportano le madri in allattamento.

4. Patologizzazione e sovra-medicalizzazione delle donne

73. Considerare il comportamento delle donne e la loro fisiologia e biologia, in particolare le loro funzioni riproduttive e sessuali, come sintomatiche di problemi medici, riflette una storia di patologie basata sul genere. Storicamente la patologizzazione e la medicalizzazione non necessaria e la detenzione in strutture di cura mentale hanno svolto la funzione di forme sociali di controllo esercitate dal sistema patriarcale per preservare i ruoli di genere delle donne. La patologizzazione del comportamento delle donne si rinviene nelle diagnosi psichiatriche che spesso etichettano attività considerate immorali, come un'attività sessuale non convenzionale o come l'indipendenza intellettuale, come fonte di malattia o disordine mentale.

74. Il Gruppo di Lavoro è preoccupato che molte leggi e politiche nazionali prevedano una sovra-medicalizzazione di determinati servizi di cui le donne hanno bisogno per preservare la loro salute, senza una ragione medica giustificata. Questo comporta che solamente i medici possano fornire determinati servizi come l'interruzione farmacologica della gravidanza o la cura ostetrica. In molti paesi le donne non possono effettuare una libera scelta tra differenti modi di partorire. I tagli cesarei quando sono clinicamente giustificati possono essere cruciali nel prevenire la mortalità materna e perinatale e la morbilità. Ad ogni modo gli studi condotti dall'OMS, hanno dimostrato che realizzare tagli cesari su più del 10% delle donne

non conduce a un abbassamento dei tassi di mortalità. I tassi di tagli cesari del 30% in alcuni paesi dimostrano una sovra-medicalizzazione del parto che comporta rischi di complicazioni ostetriche e conseguenze sulla salute.

75. La sovra-medicalizzazione può comportare un ridotto accesso o una ridotta disponibilità dei servizi necessari alle donne, una barriera nello sviluppare alternative adeguate e servizi che possono essere erogati con competenza da infermiere, ostetriche o infermiere ausiliarie, sia in ospedale sia a casa. Tale “slittamento di competenze” professionali, particolarmente nei luoghi dove ci sono pochi medici qualificati, potrebbe rendere i servizi più accessibili. Nello stesso modo, limitare l'autorizzazione all'uso di contraccettivi da banco, inclusi i contraccettivi di emergenza, è essenziale per un'accessibilità efficace, specialmente per le donne economicamente svantaggiate e per le adolescenti.

5. Uso discriminatorio della legge penale

76. L'uso discriminatorio della legge penale, delle sanzioni punitive, delle restrizioni legali per regolamentare il controllo delle donne sui loro corpi rappresenta una forma grave e ingiustificata di controllo da parte dello Stato. Questo può includere la previsione di sanzioni nelle leggi penali, civili e amministrative e prevedere norme sui rapporti sessuali consensuali extraconiugali, le relazioni tra adulti consenzienti dello stesso sesso, le espressioni non conformi al genere, l'educazione riproduttiva sessuale e informazioni, l'interruzione della gravidanza e il lavoro sessuale e di prostituzione. L'attuazione di tali disposizioni genera lo stigma e discriminazioni e viola i diritti umani delle donne. Inoltre compromette la dignità delle donne e l'integrità corporea tramite la restrizione della loro autonomia a compiere decisioni sulle proprie vite e sulla propria salute.

77. Lo Stato inoltre viola il diritto delle donne alla salute e alla sicurezza laddove le donne sono penalizzate per la condotta sessuale e riproduttiva che non dovrebbe essere penalmente proibita come l'adulterio, la prostituzione, l'interruzione della gravidanza; gli Stati violano la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti dove impongono delle sanzioni come la lapidazione e le frustate.

78. La criminalizzazione dei comportamenti che sono attribuiti solamente alle donne è discriminatoria di per sé e genera e perpetua lo stigma. La minaccia di subire sanzioni penali limita l'accesso delle donne ai servizi sanitari sessuali e riproduttivi e all'informazione, agendo come deterrente all'assistenza sanitaria professionale, di fatto ostacolando le donne e le ragazze nell'accesso ai servizi sanitari.

Criminalizzare e restringere la fornitura e l'accesso ai servizi legali e sicuri per l'interruzione della gravidanza

79. La criminalizzazione dell'interruzione della gravidanza è una delle modalità più dannose per strumentalizzare e politicizzare i corpi e le vite delle donne sottoponendole al rischio di perdere la vita o la salute al fine di preservare la loro funzione come agenti di riproduzione e privandole dell'autonomia nel compiere le decisioni relative ai loro corpi. Leggi restrittive vengono applicate sul 40% delle donne in tutto il mondo. In alcuni paesi, in cui sono vigenti leggi antiabortiste

retrograde, le donne vengono imprigionate per aver avuto un'interruzione di gravidanza spontanea, imponendo costi intollerabili sulle donne, sulle loro famiglie e sulle loro comunità.

80. Come dimostrano i dati dell'OMS, criminalizzare l'interruzione della gravidanza non riduce la necessità di ricorrervi. Piuttosto non fa altro che incrementare il numero delle donne che cercano delle soluzioni clandestine e insicure. Nei Paesi del Nord Europa, dove le donne hanno il diritto ad interrompere la gravidanza dagli anni '70 o '80 e hanno il diritto ad accedere alle informazioni e a tutti i metodi di contraccezione, si registrano i tassi più bassi di interruzione volontaria di gravidanza. Da ultimo la criminalizzazione genera gravi danni alle donne e alla loro salute stigmatizzando le procedure mediche sicure e necessarie. Nei paesi dove l'interruzione volontaria della gravidanza è limitata dalla legge o è in ogni caso non disponibile, l'interruzione di gravidanza sicura è un privilegio per ricchi, mentre le donne con limitate risorse non hanno altra scelta se non affidarsi a soggetti e pratiche non sicuri. La conseguenza è una grave discriminazione nei confronti delle donne economicamente svantaggiate che il Gruppo di Lavoro ha evidenziato durante le visite ai paesi.

81. E' importante evidenziare che l'uso di una contraccezione efficace può abbassare l'incidenza di gravidanze indesiderate. Comunque la contraccezione non può eliminare la necessità delle donne di accedere ad un'interruzione volontaria della gravidanza, per esempio nel caso che le stesse abbiano subito uno stupro. In aggiunta nessun metodo di contraccezione è al 100% sicuro nel prevenire una gravidanza.

82. Inoltre le restrizioni nell'accesso alle informazioni relative all'interruzione della gravidanza e ai servizi possono allontanare le donne dal ricercare un'attenzione medica professionale con conseguenze negative sulla loro salute e sicurezza. Esempi di restrizioni includono la criminalizzazione dei medici che forniscono questi servizi; proibire l'accesso alle informazioni legali sull'interruzione della gravidanza; la richiesta di autorizzazione di un soggetto terzo da parte di uno o più medici, da parte di un comitato ospedaliero, da parte di un genitore, da parte del tutore o del marito; l'obiezione di coscienza sollevata dai fornitori di assistenza senza prevedere un'alternativa; la richiesta di aspettare obbligatoriamente un certo periodo; e l'esclusione dell'interruzione della gravidanza dalla copertura assicurativa. Nessuno di questi requisiti è giustificato da necessità mediche.

83. Organismi di protezione dei diritti umani internazionali e regionali hanno richiamato gli Stati a depenalizzare l'accesso all'interruzione della gravidanza e a liberalizzare leggi e politiche al fine di garantire l'accesso delle donne ai servizi sicuri. Gli organismi dei trattati, incluso il Comitato sull'Eliminazione della Discriminazione contro le Donne (CEDAW) e il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (CESCR), hanno richiesto agli Stati, attraverso la loro giurisprudenza, i loro commenti e le loro raccomandazioni generali e le loro osservazioni conclusive, di rivedere la legislazione nazionale nella direzione che depenalizzi l'interruzione volontaria della gravidanza e che assicuri alla donna il diritto di interrompere la gravidanza quando c'è una minaccia per la sua vita o per la sua salute, quando la gravidanza è il risultato di uno stupro o di un incesto. Il Comitato Contro la Tortura (CAT) e il Comitato per i Diritti Umani (HRC) hanno stabilito che, in alcuni casi, essere forzate a portare avanti una gravidanza indesiderata consiste in un trattamento crudele e disumano.

Criminalizzazione delle donne che svolgono il lavoro sessuale/prostituzione

84. Leggi penali e altre disposizioni punitive che hanno previsto provvedimenti di custodia cautelare delle donne coinvolte nel lavoro sessuale/di prostituzione hanno dimostrato di essere più nocive che protettive. Il Gruppo di Lavoro ritiene che la criminalizzazione delle donne nei luoghi di prostituzione/lavoro sessuale le pone in una situazione di ingiustizia, vulnerabilità e stigma ed è in contrasto con le leggi internazionali sui diritti umani. È stato evidenziato che la Convenzione sull'Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne (CEDAW) proibisce lo sfruttamento della prostituzione ma non prevede una punizione per le donne che si prostituiscono/lavoratrici del sesso stesse; la consolidata posizione del Comitato sull'Eliminazione della Discriminazione Contro le Donne prevede che le donne non siano criminalizzate per la prostituzione; e la stipulazione del Protocollo per prevenire, sopprimere e punire il traffico di persone, specialmente donne e bambini, coadiuvando la Convenzione delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale (Protocolli di Palermo), per ribadire che dovrebbero essere realizzati sforzi per scoraggiare la richiesta che genera tutte le forme di sfruttamento delle donne, incluso il traffico per lo sfruttamento sessuale.

85. Le organizzazioni internazionali e gli organismi di protezione dei diritti umani hanno richiamato gli Stati affinché assicurino, come minimo, che le donne che lavorano nell'ambito della prostituzione/lavoratrici del sesso abbiano il diritto ad accedere ai servizi di salute sessuale, siano libere dalla violenza e dalla discriminazione, sia quella commessa dagli agenti dello Stato sia da soggetti privati; e che abbiano accesso alla protezione equa della legge. In particolare gli Stati dovrebbero assicurare che gli ufficiali di polizia svolgano una funzione protettiva e non commettano o continuino a esercitare violenza contro le donne che si prostituiscono/lavoratrici del sesso. Diversi Stati hanno introdotto normative che coprono le tematiche della sicurezza e della salute, incluso l'accesso ai servizi sanitari, all'assicurazione medica e alle prestazioni previdenziali che ha avuto un impatto positivo sulle donne coinvolte nella prostituzione/lavoro sessuale.

E. Accesso all'assistenza sanitaria autonomo, accessibile ed effettivo

1. Accesso autonomo

86. L'accesso autonomo all'assistenza sanitaria significa assicurare alla donna il diritto di effettuare delle decisioni relative alla sua salute, alla fertilità e alla sessualità libera dalla coercizione e dalla violenza. L'elemento chiave è la nozione di scelta. Il diritto al consenso informato e alla riservatezza sono cruciali per assicurare che la donna possa effettuare delle decisioni liberamente. Questi diritti corrispondono a dei doveri in capo ai fornitori di assistenza sanitaria, che sono tenuti a dare informazioni circa i trattamenti proposti e le alternative, al fine di supportare un consenso informato e rispettare il diritto a rifiutare il trattamento; nello stesso modo, i fornitori di assistenza sono tenuti a mantenere la riservatezza per consentire alla donna di effettuare decisioni private senza l'interferenza di altre persone alle quali la donna non ha chiesto consulenza o che non avrebbero a cuore i suoi interessi. Autonomia significa che una donna che cerca servizi in relazione alla sua salute, alla fertilità e alla sessualità deve essere trattata come un individuo con propri diritti, unico beneficiario del servizio erogato del fornitore di

assistenza e del tutto competente nel prendere decisioni che riguardano la propria salute. Questo tema, tra l'altro, afferisce al diritto della donna all'uguaglianza innanzi alla legge.

2. Assistenza sanitaria economicamente accessibile

87. Perfino quando delle risorse significative vengono stanziare per provvedere alla cura sanitaria universale, le donne continuano ad avere un accesso non equo a una assistenza sanitaria di buona qualità in molti paesi. Questo accade spesso perché i servizi sanitari di cui hanno bisogno solamente le donne sono esclusi dalla copertura assicurativa e non sono accessibili.

88. Le donne economicamente svantaggiate che non hanno possibilità di accedere all'assistenza sanitaria privata e ai servizi sono disperatamente colpite da barriere create dalla mancanza di accessibilità economica. Diventa pertanto fondamentale che gli Stati assicurino che tutta l'assistenza sanitaria sia accessibile per rimuovere le restrizioni legali che nei fatti discriminano le donne economicamente svantaggiate.

89. L'assistenza sanitaria è spesso non accessibile a causa di una copertura assicurativa sanitaria discriminatoria. Alcune polizze e programmi assicurativi escludono vari aspetti della salute riproduttiva, incluse le moderne forme di contraccezione, di interruzione della gravidanza e di assistenza alla maternità. Alternativamente alcune assicurazioni sanitarie private includono nella copertura assicurativa i bisogni di salute riproduttiva delle donne ma aggiungono un costo ulteriore che deve essere pagato dalle donne. Le buone pratiche includono delle misure che disincentivino le compagnie di assicurazione dall'aggiungere costi più alti per le donne rispetto agli uomini in base alla percezione che i bisogni riproduttivi delle donne siano più onerosi.

90. I finanziamenti pubblici sono necessari per sostenere i servizi sanitari primari, inclusi i medicinali, i contraccettivi, l'interruzione legale della gravidanza e il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili. Tali servizi dovrebbero essere accessibili e, nel caso di donne economicamente svantaggiate, dovrebbero essere offerti gratuitamente. L'utilizzo di tariffe "informali" per i servizi sanitari aumenta il rischio che le donne rinuncino ai servizi o si rivolgano a servizi al di sotto degli standard minimi, possibilmente con personale non qualificato.

91. Le buone pratiche includono: l'inserimento come medicine essenziali di tutte quelle raccomandate come necessarie per la salute delle donne nel Modello di Lista di Medicine Essenziali predisposto dall'OMS, il finanziamento pubblico del costo dei servizi correlati alla salute femminile e sussidi per le donne di una determinata età o con un determinato reddito.

92. I costi elevati dei farmaci sono legati anche alle leggi di proprietà intellettuale, molte delle quali forniscono dei brevetti esclusivi per le nuove medicine per lunghi periodi. Ad ogni modo le leggi sulla proprietà intellettuale che non riescono a garantire le necessità mediche delle donne creano un ostacolo all'accesso alle medicine spingendo in alto il prezzo ed impedendo la produzione e distribuzione di medicine generiche a basso costo. Il diritto alla salute richiede che gli Stati assicurino

che le compagnie farmaceutiche che detengono un brevetto su medicinali e dispositivi essenziali pongano in essere tutti gli accordi e le soluzioni possibili per rendere le medicine accessibili a tutti.

3. Accesso effettivo

Obiezione di coscienza nel fornire servizi sanitari

93. L'obiezione di coscienza non regolamentata adeguatamente può costituire una barriera per le donne quando esercitano il diritto di accedere ai servizi sanitari sessuali e riproduttivi. La giurisprudenza degli organismi dei trattati sui diritti umani afferma che, laddove l'obiezione di coscienza sia consentita, grava sugli Stati l'obbligo di assicurare che le donne abbiano accesso ai servizi di salute riproduttiva senza restrizioni e che l'obiezione di coscienza sia una pratica personale, non istituzionale.

94. Diversi Paesi hanno istituito delle garanzie legali che proteggono le donne in caso di rifiuto delle cure basato sull'obiezione di coscienza. Tali normative prevedono il passaggio ad un fornitore di assistenza non obiettore, la registrazione/avviso scritto al datore di lavoro e/o al governo, la trasmissione dell'informazione alle pazienti riguardo al fornitore di assistenza in quanto obiettore di coscienza, l'erogazione dei servizi in caso di emergenza, la limitazione dell'esercizio del diritto di obiezione di coscienza ai soli individui direttamente coinvolti nell'intervento medico e non alle istituzioni o a coloro indirettamente coinvolti, come i farmacisti. Il Gruppo di Lavoro ribadisce che il godimento del diritto di libertà di religione e di credo non può essere utilizzato per giustificare la discriminazione di genere e di conseguenza non può essere considerata una valida giustificazione per impedire la realizzazione del diritto delle donne al più elevato livello di salute raggiungibile.

Educazione ed informazione

95. In molti paesi le restrizioni per le donne e per le ragazze nell'accesso ad una educazione di qualità, imparziale, inclusa un'educazione sessuale completa e basata sulle evidenze scientifiche e l'informazione circa il dove e il come ottenere servizi sanitari essenziali, non consentono alle donne di effettuare scelte libere e informate circa la loro salute e sicurezza e quindi ostacolano un accesso adeguato e informato all'assistenza sanitaria. Questo diventa particolarmente vero per le adolescenti e le donne emarginate che affrontano forme multiple e trasversali di discriminazione. Tali restrizioni sono manifestazioni di controllo che limitano le scelte delle donne e delle ragazze.

96. Gli Stati hanno l'obbligo di assicurare l'istruzione, con l'obiettivo dell'accesso facilitato alla conoscenza scientifica e tecnologica. Tale conoscenza è di fondamentale importanza in relazione alle questioni dell'educazione sessuale, riproduttiva e sanitaria. Gli Stati hanno l'obbligo di consentire la libera circolazione delle informazioni sanitarie, senza interferenze governative di tipo morale o di altro genere. Questo include la possibilità per attori non statali di diffondere informazioni, incluse quelle riguardanti i servizi relativi alla sessualità e alla salute sessuale e riproduttiva. Tuttavia, gli Stati hanno anche l'obbligo di individuare ed eliminare gli stereotipi di genere nocivi e sbagliati che contribuiscono alla violazione del diritto alla salute e alla

sicurezza delle donne.

97. Un crescente numero di Stati in tutto il mondo hanno confermato il loro impegno ad una educazione sessuale completa come massima priorità per raggiungere lo sviluppo nazionale e gli obiettivi di istruzione e salute. Nella risoluzione 70/137 l'Assemblea Generale ha invitato tutti gli Stati a sviluppare ed implementare programmi di educazione e materiale didattico, di formazione dei docenti e sviluppo di programmi per erogare un'istruzione formale e non formale, inclusa un'educazione completa basata sulle evidenze scientifiche in relazione alla sessualità umana, basata sulla piena ed accurata informazione per tutti gli adolescenti e per i giovani; di modificare i modelli sociali e culturali di comportamento degli uomini e delle donne di tutte le età; di eliminare i pregiudizi; e di promuovere e costruire i processi decisionali, le abilità di comunicazione e di riduzione dei rischi per lo sviluppo di relazioni rispettose basate sull'uguaglianza di genere e sui diritti umani.

IV. Conclusioni e raccomandazioni

98. **Nell'ambito della sicurezza e della salute di donne e ragazze, uguaglianza significa la fornitura di differenti servizi, trattamenti e medicine in accordo con le specifiche necessità biologiche delle donne, attraverso il loro ciclo vitale. In molti paesi si riscontrano esclusioni discriminatorie e la negazione alle donne della fornitura del più elevato livello di salute raggiungibile. La discriminazione è particolarmente evidente in relazione al diritto delle donne alla salute sessuale e riproduttiva. È particolarmente esacerbata quando si tratta di donne appartenenti ai gruppi emarginati. La discriminazione contro le donne e le ragazze conduce alla violazione del diritto alla salute e alla sicurezza negando loro il diritto alla dignità umana.**

99. **Il Gruppo di Lavoro ha riscontrato che la strumentalizzazione e la politicizzazione delle funzioni biologiche delle donne in molti paesi subordina la legislazione e le politiche riguardanti la salute e la sicurezza delle donne e delle ragazze ad agende patriarcali, specialmente riguardo alla salute mentale e alla salute sessuale e riproduttiva. Il Gruppo di Lavoro ha riscontrato in tutte le regioni segnali di strumentalizzazioni e tabù riguardo al ciclo mestruale, all'allattamento e agli stereotipi che portano a pratiche nocive come le mutilazioni dei genitali o che hanno un impatto negativo sull'immagine che le donne hanno del proprio corpo e che le portano a cercare procedure estetiche invasive.**

100. **L'accesso delle donne ai servizi sanitari in molti paesi non è autonomo, né accessibile né efficace, elementi essenziali per gli Stati per rispettare, proteggere e soddisfare il diritto alla vita, alla salute, alla privacy, all'uguaglianza e alla dignità umana delle donne e delle ragazze. La barriera principale è la mancanza di accessibilità economica come risultato dell'esclusione dall'assicurazione per trattamenti specificamente necessari per le donne e per le ragazze o l'esclusione di gruppi, come le donne migranti. La non accessibilità discrimina gravemente le donne che vivono in povertà. Le barriere includono le legislazioni restrittive, le forniture di servizi sanitari parziali e stigmatizzanti e l'obiezione di coscienza nella fornitura di assistenza.**

101. I servizi sanitari vengono erogati da differenti attori, statali e non statali. Tutti gli attori coinvolti sono in qualche modo responsabili nel dover fornire un accesso alle donne al più elevato livello di salute raggiungibile, incluso quello relativo alla salute sessuale e riproduttiva. Lo Stato ha un dovere di diligenza nell'assicurare che gli attori privati non discriminino le donne.

102. La conseguenza delle varie forme di discriminazione contro le donne nella fornitura dei servizi sanitari è il fenomeno drammatico e costoso delle malattie femminili prevenibili.

A. Raccomandazioni generali

103. Il Gruppo di Lavoro invita il Consiglio dei Diritti Umani a sollecitare gli Stati affinché adottino tutte le necessarie misure per rispettare, proteggere e realizzare il diritto umano delle donne ad usufruire del più elevato livello di salute raggiungibile in tutto il mondo, inclusa la salute sessuale e riproduttiva, e di dedicare a questo tema cruciale un'attenzione prioritaria, attraverso un monitoraggio completo e l'istituzione di un apposito forum.

104. Il Gruppo di Lavoro richiede a tutti gli Stati membri di riaffermare e rispettare l'impegno che hanno assunto a Beijing e al Cairo e nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile per realizzare l'erogazione completa di prestazioni relative alla salute delle donne negli accordi che hanno adottato e per sviluppare leggi nazionali, politiche e programmi nel rispetto degli standard internazionali sui diritti umani.

B. Eguaglianza e non discriminazione

105. Il Gruppo di Lavoro raccomanda che gli Stati:

(a) Applicano gli standard dei diritti umani e dei principi di uguaglianza, non discriminazione e *empowerment* delle donne come riferimento per tutti gli interventi che riguardano la salute e la sicurezza delle donne;

(b) Siano guidati dal concetto del diritto delle donne all'uguaglianza, che richiede un trattamento differenziato nella salute, che implichi ma vada anche oltre la salute sessuale e riproduttiva, per definire misure di condotta e allocazione di risorse;

(c) Prendano in considerazione l'impatto della sicurezza delle donne sulla loro salute fisica e mentale e proteggano le donne e le ragazze dalla violenza domestica, dalla violenza nel percorso da casa a scuola e viceversa, in altri spazi pubblici e nelle strutture sanitarie;

(d) Adottino un approccio olistico verso la salute e la sicurezza delle donne considerando il loro completo ciclo vitale, dalla infanzia all'età avanzata, come fasi interconnesse con distinte caratteristiche e necessità, e a questo proposito:

- (i) **Realizzino misure effettive per prevenire i matrimoni infantili e le gravidanze adolescenziali e per fornire alle ragazze un'educazione completa basata sulle evidenze scientifiche, in relazione alle materie della salute, inclusa la sessualità;**
 - (ii) **Individuino la discriminazione di genere che esiste in alcune culture in relazione alla fornitura di cibo alle bambine, anche tramite azioni di *empowerment* delle donne e delle ragazze;**
 - (iii) **Consentano alle ragazze e adolescenti di interrompere gravidanze indesiderate, come misura di uguaglianza e di salute, in modo che possano portare a termine il percorso scolastico e le proteggano dall'elevato rischio di vita e di compromissione della salute, inclusa la fistola ostetrica, che derivano dal continuare a portare a termine la gravidanza;**
 - (iv) **Riducano la mortalità e la morbilità materna, garantendo un'appropriata assistenza prenatale, durante il parto e nel puerperio, includendo, laddove si renda necessaria, un'interruzione sicura della gravidanza;**
 - (v) **Riducano l'elevato rischio di incidenza di mortalità materna tra le donne affette da AIDS/HIV sia tramite la prevenzione delle infezioni, particolarmente delle donne nella prostituzione/lavoratrici del sesso, tramite l'erogazione gratuita e sicura di preservativi e del trattamento antiretrovirale per le donne in gravidanza;**
 - (vi) **Forniscano una nutrizione adeguata e servizi gratuiti per le donne in gravidanza e in allattamento come richiesto dal Comitato per i Diritti Economici, Sociali e Culturali e dal Comitato per l'Eliminazione delle Discriminazioni contro le Donne;**
 - (vii) **Assicurino che le leggi, le politiche e le pratiche rispettino assolutamente l'autonomia delle donne nel loro processo decisionale, specialmente in merito alla gravidanza, al parto e alla assistenza nel puerperio;**
 - (viii) **Forniscano servizi di assistenza sensibili al genere e all'età per le donne anziane prendendo cognizione della loro salute precaria e della loro vulnerabilità;**
- (e) **Fornire una speciale protezione e supporto alle donne che fronteggiano forme di discriminazioni multiple, e a questo proposito:**
- (i) **Assicurare che servizi sanitari, inclusi la salute sessuale e riproduttiva, per le donne con disabilità, siano disponibili e accessibili su basi di uguaglianza con gli altri e che l'autonomia e la capacità decisionale, anche in relazione alla propria sessualità e riproduzione, vengano garantiti in linea con i principi della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità;**

- (ii) Fornire una copertura sanitaria alle donne migranti e alle lavoratrici domestiche, la cui salute riproduttiva e sessuale, l'assistenza preventiva e la protezione contro la violenza di genere sono particolarmente esposte a rischio;
- (iii) Assicurare i benefici sociali e sanitari, il diritto e la protezione per le lesbiche, le bisessuali e transgender senza discriminazione;
- (iv) Fornire accesso ai servizi sanitari preventivi e ai rimedi per le donne carcerate, anche in relazione al tumore alla cervice e al seno, alla contraccezione, alla terapia antiretrovirale, alla transizione di genere e adottare tutte le misure necessarie per proteggerle dalla violenza;
- (v) Consentire misure non detentive per le donne in gravidanza e con bambini, in linea con le Regole delle Nazioni Unite per il Trattamento delle Donne Detenute e Misure non Detentive per le Donne Condannate (Regole di Bangkok).

C. Strumentalizzazioni dei corpi delle donne

106. Il Gruppo di Lavoro raccomanda agli Stati che:

- (a) Adottino delle misure per combattere ed eliminare, nella legislazione, nelle *policy*, nelle pratiche culturali e negli stereotipi sociali, tutte le forme di strumentalizzazione dei corpi delle donne e delle loro funzioni biologiche;
- (b) Eliminino gli stereotipi di genere nocivi che possano condurre all'anoressia e alla bulimia e a procedure estetiche invasive;
- (c) Impediscono l'esclusione dai luoghi pubblici durante le mestruazioni e l'allattamento e prevenano la discriminazione in relazione alla menopausa nel luogo di lavoro;
- (d) Adottino e attuino misure forti ed efficaci per contrastare la mutilazione genitale femminile;
- (e) Depenalizzino i comportamenti sessuali e riproduttivi attribuiti esclusivamente o principalmente alle donne, incluso l'adulterio, la prostituzione e l'interruzione della gravidanza.
- (f) Contrastino gli stereotipi e rafforzino le ragazze a prendersi cura della propria salute e sicurezza sin dalla più giovane età, sia a scuola, sia a casa, ed informino e rafforzino le donne in relazione ai propri corpi in tutte le fasi della loro vita;
- (g) Regolamentino le strutture adibite al parto per assicurare il rispetto dell'autonomia delle donne, della loro privacy e dignità umana, incluso il rispetto per le scelte delle donne in relazione al parto in casa, quando non sussistano specifiche controindicazioni mediche;
- (h) Prevenano la strumentalizzazione delle donne nello svolgimento del parto ed assicurino che vengano irrogate sanzioni per la violenza ostetrica e ginecologica, inclusa l'esecuzione di tagli cesarei abusivi, il rifiuto di dare alle donne sollievo dal dolore durante il parto o durante l'interruzione chirurgica della gravidanza e la realizzazione di episiotomie non necessarie.

- (i) Utilizzino misure educative e lavoro sociale come alternative alla detenzione per prevenire danni al feto come conseguenza di assunzione di alcol o droga da parte delle donne tossico-dipendenti in gravidanza.
- (j) Monitorino e impediscano le diagnosi di malattia mentale volte ad internare le donne senza motivo come meccanismo di controllo sociale.

107. In relazione alla salute sessuale e riproduttiva il Gruppo di Lavoro raccomanda che gli Stati:

- (a) Aboliscano i divieti sulla contraccezione, inclusa la contraccezione d'emergenza, e forniscano accesso ai contraccettivi moderni ed economicamente accessibili;
- (b) Abrogano le leggi e le politiche restrittive in relazione all'interruzione della gravidanza, specialmente nei casi di rischio di vita o di salute, inclusa la salute mentale delle donne in gravidanza, in caso di stupro, incesto e gravi malformazioni del feto, riconoscendo che tali leggi e politiche colpiscono innanzi tutto le donne che vivono in povertà in modo altamente discriminatorio;
- (c) Riconoscano il diritto delle donne di essere libere da gravidanze indesiderate e garantiscano l'accesso a misure di pianificazione familiare effettive accessibili. Si deve evidenziare che nei paesi dove le donne hanno il diritto di interruzione di gravidanza su richiesta, supportata da misure di pianificazione familiare effettive e accessibili, si riscontrano i tassi di aborti più bassi al mondo. Gli Stati dovrebbero consentire alle donne di interrompere la gravidanza su richiesta durante il primo trimestre o anche più tardi, nei casi specifici elencati poco sopra.
- (d) Aboliscano il ricorso alla legge penale per punire le donne che interrompono la gravidanza e forniscano alle donne e alle ragazze assistenza medica in caso di interruzione di gravidanza o di complicazioni derivanti dall'interruzione della gravidanza non sicura;
- (e) Rimuovano le barriere discriminatorie nell'accesso all'interruzione legale della gravidanza su basi non mediche, così come i periodi di attesa prima di poter prendere la decisione di interrompere la gravidanza, le richieste di autorizzazione per lo staff medico e sanitario e ingiuste interpretazioni restrittive dei limiti legali dell'interruzione della gravidanza.

D. Accesso alla cura sanitaria autonomo, accessibile ed effettivo

108. Il Gruppo di Lavoro raccomanda che gli Stati:

- (a) Assicurino che l'accesso all'assistenza sanitaria sia autonomo, economicamente accessibile ed effettivo;
- (b) Individuino i fattori collegati soggiacenti che negano l'autonomia delle donne nel processo decisionale che riguarda le loro vite, la loro salute e i loro corpi, attraverso la formazione e la fornitura di informazioni e meccanismi di monitoraggio per assicurare che la autonomia delle donne venga rispettata in ogni livello del sistema sanitario;

- (c) Rendano nullo o invalido qualsiasi atto o fatto che subordini l'accesso all'assistenza sanitaria di donne e ragazze alla previa autorizzazione di un soggetto terzo;**
 - (d) Eroghino formazione ai professionisti sanitari, anche sull'uguaglianza di genere e sulla non discriminazione, sul rispetto per i diritti delle donne e della loro dignità, sul riconoscimento della medicina alternativa;**
 - (e) Forniscano coperture assicurative non discriminatorie per le donne, senza costi aggiuntivi per la copertura della salute riproduttiva e sessuale;**
 - (f) Includano la scelta della contraccezione, delle cure preventive e del trattamento per il tumore della cervice e del seno, l'interruzione della gravidanza e l'assistenza alla maternità nell'assistenza sanitaria universale o finanzia la fornitura di tali trattamenti e farmaci per assicurare che siano disponibili per tutti.**
 - (g) Limitino il ricorso all'obiezione di coscienza al singolo professionista sanitario che deve realizzare l'intervento medico e consentano l'obiezione di coscienza solo quando possa essere fornita un'alternativa alla paziente per accedere al trattamento nel tempo necessario previsto per quella procedura;**
 - (h) Esercitino la dovuta diligenza nell'assicurare che i diversi attori, le società e i singoli professionisti sanitari che erogano i servizi sanitari o producono medicinali, lo facciano in una maniera non-discriminatoria e predispongano linee guida per il trattamento egualitario delle pazienti donne sulla base dei codici deontologici;**
 - (i) Forniscano educazione appropriata all'età, completa e che includa l'educazione sessuale basata su evidenze scientifiche e sui diritti umani, alle ragazze e ai ragazzi, come parte dei programmi scolastici obbligatori. L'educazione sessuale dovrebbe prestare un'attenzione particolare all'eguaglianza di genere, alla sessualità, alle relazioni, all'identità di genere, inclusa le identità di genere non convenzionale, la genitorialità responsabile e il comportamento sessuale per prevenire gravidanze precoci e infezioni sessualmente trasmissibili;**
 - (j) Assicurino che gli standard previsti nella presente raccomandazione siano osservati e applicati da tutti i professionisti sanitari, pubblici o privati, che si adoperino, entrambi, uomini e donne, come è appropriato, nello sforzo di prevenire la discriminazione, gli stereotipi e la strumentalizzazione dei corpi e delle funzioni biologiche delle donne.**
-