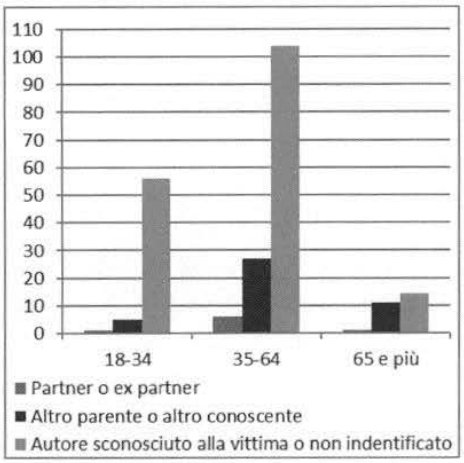
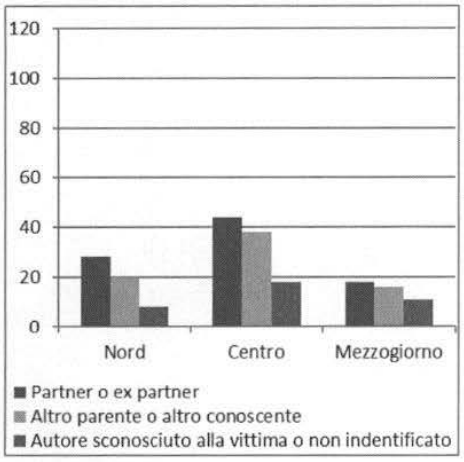
Figura 1.6.5 Numero di uomini vittime di omicidio secondo la relazione con l'omicida e la classe di età. Anno 2017.



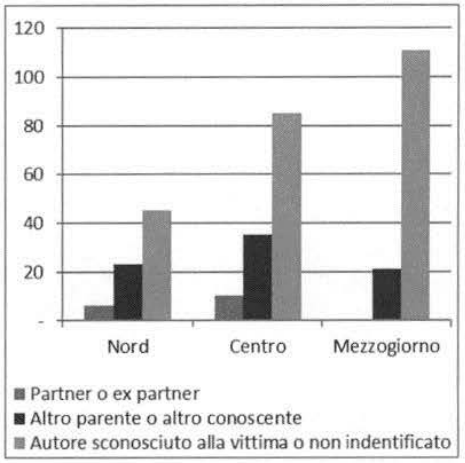
Fonte: ISTAT, Ministero dell'Interno.

Figura 1.6.6 Numero di donne vittime di omicidio secondo la relazione con l'omicida, per ripartizione territoriale. Anno 2017.



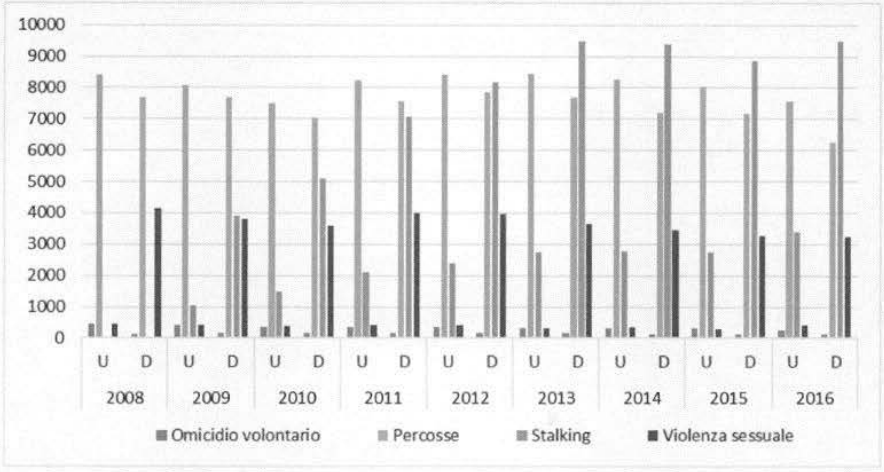
Fonte: Ministero dell'Interno, Direzione centrale della Polizia criminale

Figura 1.6.7 Numero di uomini vittime di omicidio secondo la relazione con l'omicida, per ripartizione territoriale. Anno 2017.



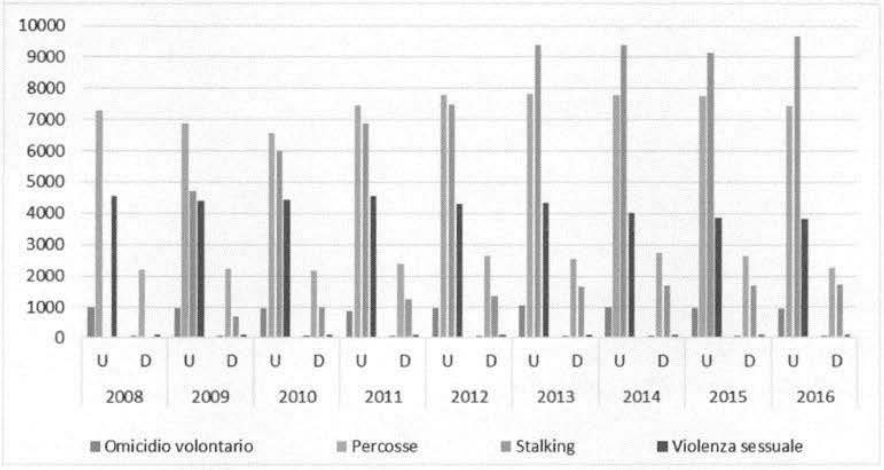
Fonte: Ministero dell'Interno, Direzione centrale della Polizia criminale

Figura 1.6.8 Vittime di delitto per tipo di reato e per genere. Anni 2008 – 2016.



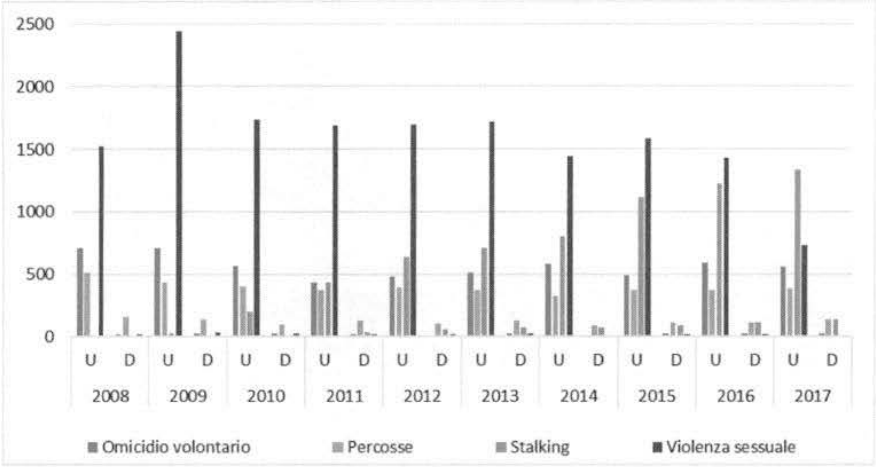
Fonte: ISTAT, Delitti denunciati all'autorità giudiziaria da Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza

Figura 1.6.9 Autori dei delitti denunciati/arrestati dalle forze di polizia per tipo di reato e per genere. Anni 2008 – 2016.



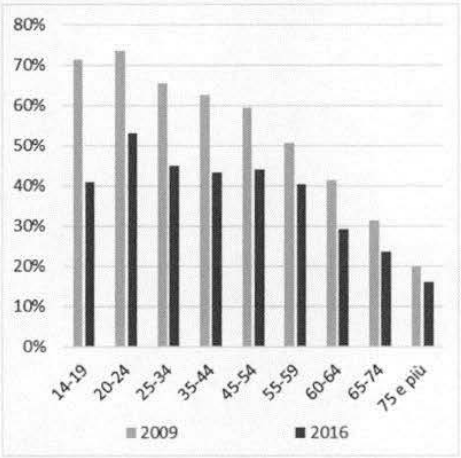
Fonte: ISTAT, Delitti denunciati all'autorità giudiziaria da Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza

Figura 1.6.10 Numero di condannati per delitti con sentenza irrevocabile per tipo di reato e genere. Anni 2008 – 2017.



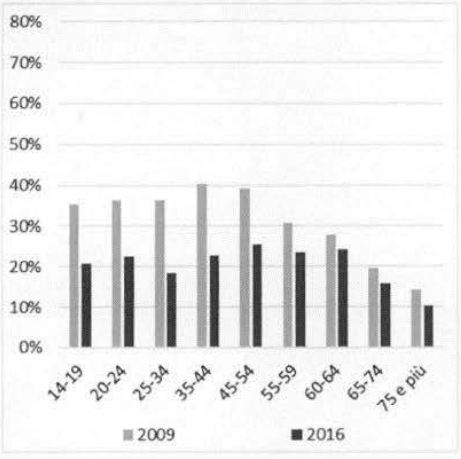
Fonte: ISTAT, Rilevazione sui condannati per delitto e contravvenzione con sentenza irrevocabile

Figura 1.6.11 Percentuale di donne preoccupate di subire una violenza sessuale per classe di età. Anni 2002, 2009, 2016.



Fonte: ISTAT, Indagine sulla Sicurezza dei cittadini

Figura 1.6.12 Percentuale di uomini preoccupati di subire una violenza sessuale per classe di età. Anni 2002, 2009, 2016.



Fonte: ISTAT, Indagine sulla Sicurezza dei cittadini

Tavola 1.6.1 Ricognizione delle domande di congedo indennizzato pervenute presso le sedi del territorio nel 2017 e nel 2018.

	PERVENUTE NEL 2017	PERVENUTE NEL 2018
ABRUZZO	1	1
BASILICATA	N.D	0
CALABRIA	N.D	3
CAMPANIA	N.D	0
CAMPANIA DCM	1	8
EMILIA ROMAGNA	37	21
FRIULI VENEZIA GIULIA	17	18
LAZIO	N.D	0
LAZIO DCM	17	26
LIGURIA	2	3
LOMBARDIA	23	28
LOMBARDIA DCM	N.D	10
MARCHE	3	5
MOLISE	0	0
PIEMONTE	9	7
PUGLIA	N.D	4
SARDEGNA	2	0
SICILIA	6	0
TOSCANA	14	29
TRENTINO ALTO ADIGE	8	7
UMBRIA	N.D	11
VALLE D'AOSTA	N.D	0
VENETO	5	14
TOTALE	**145**	**195**

Fonte: Interna INPS

1.7 Salute, stile di vita e sicurezza

Temi come la salute e la sicurezza non sono del tutto neutrali al genere. Gli uomini e le donne, pur essendo generalmente soggetti alle medesime patologie, possono presentare sintomi, progressione di malattie e risposta ai trattamenti diversi tra loro. Possono, inoltre, avere una maggiore o minore propensione ad assumere comportamenti di rischio per la salute o che influenzano la qualità della vita. In base ai comportamenti assunti, alcuni fenomeni che rilevano per la sicurezza degli individui, come quella collegata all'incidentalità stradale e domestica, vedono una maggiore o minore frequenza a seconda del genere. In questi settori le politiche pubbliche concentrano una parte degli sforzi proprio sui comportamenti degli individui, per cercare di promuovere stili di vita più sani e sicuri e tenere conto nel disegno di tali politiche delle differenze di genere può pertanto essere rilevante per conseguire migliori risultati.

La **speranza di vivere** alla nascita è nel 2017 pressoché uguale all'anno precedente, attestandosi su un numero medio di anni pari a 80,6 per gli uomini e 84,9 per le donne. La differenza a favore delle donne è andata diminuendo nell'ultimo decennio di anno in anno (era 5,1 anni nel 2009 e 4,3 anni nel 2017), per via di un miglioramento più marcato per il genere maschile (Figura 1.7.1). Analogamente, il **tasso di mortalità infantile**, che indica i decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti, ha visto un'evoluzione positiva per entrambi i generi e una riduzione del divario di genere a favore delle donne, passando negli anni dal 2006 al 2015, dal 3,8 al 3,1 per gli uomini e dal 3 al 2,7 per le donne (Figura 1.7.2). Entrambi gli indicatori esprimono, in estrema sintesi, una valutazione della situazione sanitaria, economica, ambientale e sociale della popolazione.

Se in termini di mera quantità, le donne hanno un vantaggio strutturale, quando si cerca di tenere conto anche della qualità della vita, la situazione tuttavia si inverte. La **speranza di vivere in buona salute**[235] ossia il numero medio di anni che alla nascita un individuo può aspettarsi di vivere in buona salute, se nel corso della sua esistenza futura fosse esposto ai rischi di malattia e morte osservati nel suo anno di nascita, è leggermente aumentata per tutti, passando da 56,4 anni in media nel 2009 a 58,6 anni in media nel 2018[236]. Tuttavia gli uomini hanno una speranza di vita in buona salute che ha raggiunto gli 59,4 anni, ossia 1,4 anni in più rispetto alle donne (Figura 1.7.3).

Analoghe differenze di genere si registrano osservando la popolazione più anziana. **La speranza di vita a 65 anni** è più alta per le donne di 3,2 anni nel 2017 (pari a 22,2 anni per le donne e 19,0 per gli uomini), mentre la differenza della **speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni**, un indicatore che tiene quindi conto delle condizioni di salute, è molto ridotta ed è soprattutto a favore degli uomini (10,1 anni per gli uomini e 9,4 anni per le donne) (Figure 1.7.4 – 1.7.5).

Poiché la salute mentale[237], oltre alla condizioni fisiche contribuisce alla possibilità di godere della propria vita, appare rilevante comprendere se vi sono rilevanti differenze di genere in tal senso. **L'indice della salute mentale**, utilizzato anche in ambito europeo, varia tra 0 e 100 e indica uno stato di disagio psicologico tanto più si allontana dal 100. E' calcolato dall'ISTAT come sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più a quesiti relativi all'ansia, la depressione, la perdita di controllo comportamentale o emozionale e il benessere psicologico. Nel 2016 l'indice

---

[235] L'indicatore fa parte dei 12 indicatori "di benessere equo e sostenibile (BES)" che l'Italia ha inserito stabilmente nel ciclo di bilancio e nelle valutazioni previsive delle azioni programmatiche del Governo, oltre alla crescita economica (cfr. articolo 14 della legge 4 agosto 2016, n. 163). Sono, inoltre, monitorati in un apposito allegato al Documento di economia e finanza.

[236] Dato provvisorio

[237] L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*), *Mental Health Action Plan 2013-2020*, afferma che "*una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità*".

evidenziava un valore medio di 68,1 punti con una differenza a sfavore del genere femminile di circa 3,6 punti (69,9 per gli uomini e 66,3 per le donne); nell'anno 2017 si vede un lieve peggioramento del benessere psicologico, con una riduzione dell'indice a 67,5 punti, ma al contempo una riduzione del divario di genere di 0,3 punti (69,2 per gli uomini e 65,9 per le donne) (Tavola 1.7.6).

Sotto i diversi profili osservati, il vantaggio delle donne in termini di quantità di vita (che è diminuito comunque negli anni) diventa uno svantaggio quando si considerando anche le condizioni di salute, comprese quelle di salute mentale. Tale svantaggio non sembra tuttavia derivare da uno stile di vita più rischioso per la salute in termini, per esempio, di peso, alimentazione, utilizzo di sostanze nocive. Ad eccezione della sedentarietà sono gli uomini ad assumere più frequentemente stili di vita dannosi per la salute.

La **percentuale di adulti in sovrappeso o obesi**[238] dai 18 anni in poi è nettamente superiore per il genere maschile rispetto al genere femminile. Nel 2018 si ha una percentuale del 54,3 per cento per gli uomini a fronte del 35,8 per cento per le donne in sovrappeso o obesa e questa elevata differenza – di circa 20 punti - si riscontra anche negli anni precedenti (Figura 1.7.7). Anche essere **sottopeso** può essere un fattore di rischio per la salute ed è un fenomeno prevalentemente femminile anche se i livelli sono meno pronunciati rispetto al fenomeno del sovrappeso. Nel 2018 solo lo 0,8 per cento dei maschi maggiorenni è sottopeso mentre per il genere femminile la percentuale arriva al 5,3 per cento (Tavola 1.7.1). Tale fenomeno sembrerebbe anche in relazione con il livello di istruzione in quanto aumenta la percentuale di donne sottopeso con l'aumento del livello di studio: il fenomeno raggiunge l'8,6 per cento tra le laureate (o in possesso di titoli ancora superiori). Nel caso degli uomini, invece, la differente incidenza delle persone sottopeso non sembra essere correlata al livello di istruzione. Le donne appaiono in ogni caso più propense ad assumere una **corretta alimentazione**, intesa come la proporzione di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale. Tale indicatore, con valori abbastanza costanti negli anni, evidenzia una differenza di genere a favore delle donne: nel 2017 rappresentano circa il 21,9 per cento contro il 16,4 per cento degli uomini (Figura 1.7.8).

Altri fattori di rischio sono rappresentati dal fumo, dall'alcol e dalla sedentarietà. Sono soprattutto uomini gli individui con età pari o superiore a 14 anni **che fumano abitualmente.** Nell'ultimo decennio dal 2008 al 2018 si assiste a una riduzione delle abitudini al fumo più rapida per gli uomini che per le donne. Nel 2008 il 27,9 per cento della popolazione maschile dichiarava di fumare, nel 2018 il dato è sceso al 23,4 per cento mentre per la popolazione femminile la riduzione è molto più limitata, dal 16,6 per cento del 2008 al 15,6 per cento del 2018 (Figura 1.7.9). Analogamente, dal 2008 al 2018 si osserva una riduzione complessiva anche del consumo di alcol più intensa per gli uomini che per le donne, anche se i primi continuano a rappresentare più di due volte e mezza le seconde. Nel 2008 il 30,0 per cento degli uomini **presentava almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol** a fronte dell'11,5 per cento delle donne. Nel 2018 il consumo di alcol si è ridotto fino a raggiungere livelli del 24,3 per cento per il genere maschile e 9,5 per cento per quello femminile (Figura 1.7.10).

Le **persone che dichiarano di non svolgere alcuna attività fisica** rappresentano sempre una quota elevata della popolazione. Negli ultimi anni questa percentuale è andata diminuendo, attestandosi

---

[238] La soglia di sovrappeso è individuata facendo riferimento all'indice di massa corporea definito dalla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità. L'eccesso di peso fa parte dei 12 indicatori "di benessere equo e sostenibile (BES)" che l'Italia ha inserito stabilmente nel ciclo di bilancio e nelle valutazioni previsive delle azioni programmatiche del Governo, oltre alla crescita economica (cfr. articolo 14 della legge 4 agosto 2016, n. 163). Sono, inoltre, monitorati in un apposito allegato al Documento di economia e finanza.

in media sul valore del 35,7 per cento nel 2018 (a fronte di un 41,8 per cento nel 2008). Anche questa dimensione ha significative differenze di genere. La sedentarietà è più frequente per le donne che per gli uomini e il divario di genere si è leggermente ampliato nel corso del tempo: nel 2008 il 37,7 per cento degli uomini dichiarava di non svolgere alcuna attività fisica a fronte del 41,8 per cento delle donne. Nel 2018 le percentuali si attestano al 32,4 per cento per gli uomini e al 38,9 per cento per le donne (Figura 1.7.11).

Il **tasso di mortalità per tumori per 10.000 residenti**, come causa iniziale del decesso e standardizzato all'interno della fascia di età 20-64 anni, è diminuito nel corso dell'ultimo decennio grazie anche a un maggiore ricorso alla prevenzione. Dal 2006 al 2015 passa dal 12,7 al 9,9 per gli uomini e dall'8,8 all'8 per le donne evidenziando un miglioramento più rapido per gli uomini che per le donne (Figura 1.7.12).

Alcuni elementi di valutazione sul rapporto che le donne hanno con la prevenzione sono desumibili dai dati concernenti **coloro che effettuano i test di *screening* avviati tramite appositi programmi pubblici di prevenzione.** Nel caso dei test per la prevenzione del **carcinoma alla mammella** è apprezzabile un netto incremento delle adesioni tra il 2013 e il 2017 in tutte le aree geografiche considerate. L'adesione all'invito resta invariata nel Nord assestandosi al 63 per cento. Al Centro si osserva una lieve diminuzione passando al 56 per cento nel biennio 2013-2014 al 54 per cento in quello 2015-2016 e al 53 per cento nel 2017 evidenziando quindi anche una percentuale di adesione sempre inferiore a quella del Nord. Al Sud e nelle Isole, la percentuale di adesione è ancora più bassa del resto dell'Italia evidenziando valori crescenti negli anni ma mai superiori al 41 per cento (Figura 1.7.13). In relazione ai programmi di **prevenzione del carcinoma della cervice uterina,** si rileva un aumento delle donne che hanno effettuato lo *screening* nel triennio 2015-2017 rispetto ai precedenti due trienni associabile ad un incremento del numero degli inviti. La percentuale di adesione al test risulta invece in linea negli anni considerati. (Tavola 1.7.2 e Figura 1.7.14). Guardando, invece, **ai programmi che riguardano la salute del colon retto, per uomini e donne,** si rileva come dal 2009 al 2017 il numero complessivo delle persone invitate ad effettuare lo *screening* in una struttura pubblica è aumentato mentre la percentuale di adesioni è diminuita. Infatti, dal 47 per cento registrato dal 2009-2010 c'è una continua diminuzione sino ad arrivare al 41 per cento del 2017. Il *focus* sul 2017 su entrambi i generi e sulle differenti classi di età, evidenzia come la partecipazione al programma accresce con l'aumento dell'età ed è maggiore per il genere femminile in tutte le fasce di età considerate anche se tale divario diminuisce a partire dai 60 anni (Figura 1.7.15).

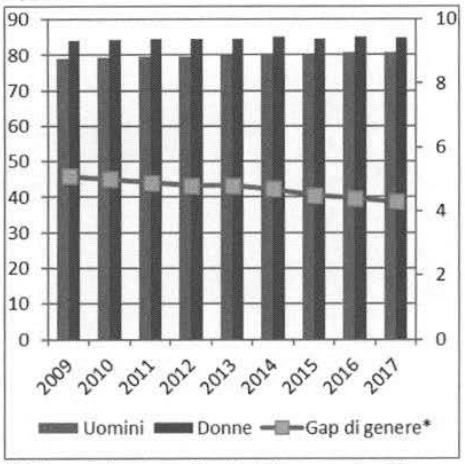
Nel campo della prevenzione sanitaria, un altro indicatore di rilievo è rappresentato dal numero delle **nuove diagnosi di HIV *late presenter,*** confrontato con il totale di soggetti con nuova diagnosi di HIV. Per *late presenter* si considerano le diagnosi effettuate a pazienti con un livello di linfociti 4 (CD4) inferiore a 350. Un CD4 inferiore a 350 rappresenta il livello di guardia di sotto al quale l'avvio del trattamento terapeutico è obbligatorio. Tra il 2008 e il 2017, il rapporto tra il numero di nuove diagnosi di HIV *late presenter* e il numero delle diagnosi con CD4 aumenta leggermente, passando da una percentuale del 51 per cento del 2008 per gli uomini e del 56,96 per cento per le donne, al 55,8 per cento per gli uomini e 55,78 per cento per le donne del 2017 (Tavola 1.7.3) .

Il **tasso di mortalità stradale**, relativo a incidenti che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti ha mostrato una dinamica complessiva di miglioramento; a fronte di 79,3 morti per milione di abitanti nel 2008 si è giunti a 54,7 nel 2018. La riduzione significativa deriva dal più elevato livello di partenza degli uomini vittime di incidenti nel 2008, che sono passati da 132,5 a 90 morti per milione di abitanti. Per il genere femminile il livello dell'indicatore è più basso e anche la riduzione è stata inferiore, da 31,7 a 21,3 morti per milione di abitanti. (Figura 1.7.16). Anche

l'indicatore sulla mortalità per incidenti stradali all'interno della classe di età 15-34 evidenzia sia una diminuzione negli anni che una differenza di genere (si passa da 2,6 per 10.000 residenti per gli uomini e 0,6 per le donne del 2006 a 1 per gli uomini e 0,3 per le donne nel 2017) (Figura 1.7.17).

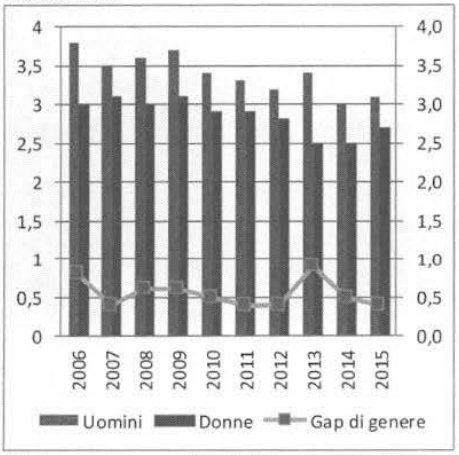
Con riguardo alla sicurezza personale si possono osservare le **persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico.** Ovviamente il genere più esposto a tale rischio è quello femminile, circa 17,6 donne su 1.000 donne hanno avuto incidenti domestici nel 2008 a fronte di soli 9 uomini su 1.000. L'andamento è altalenante nel corso degli anni e i valori rilevati nel 2018 sono di 16,8 donne su 1.000 e 9,8 uomini su 1.000 (Figura 1.7.18) .

Figura 1.7.1 Speranza di vita alla nascita per genere (numero medio di anni). Anni 2009-2017.



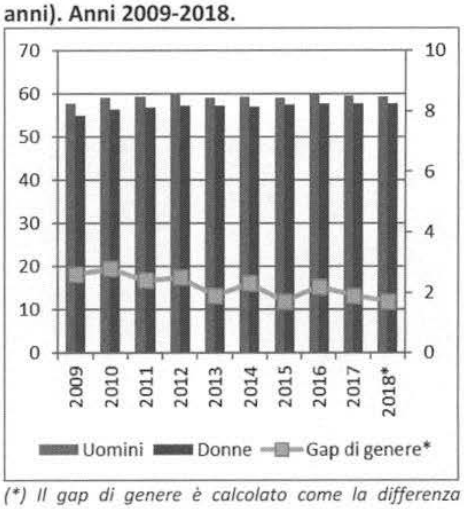
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.
Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Figura 1.7.2 Mortalità infantile – decessi nel primo anno di vita per 1000 nati vivi. Anni 2006-2015.



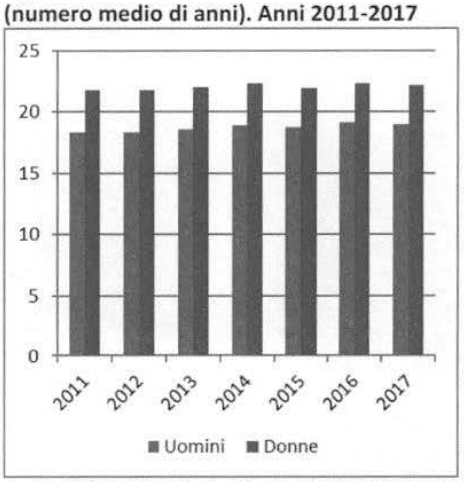
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.
Fonte: Fonte: ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.

Figura 1.7.3 Speranza di vita in buona salute alla nascita per genere (numero medio di anni). Anni 2009-2018.



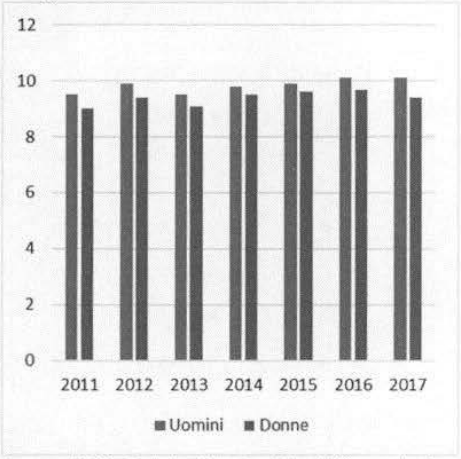
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.
Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Figura 1.7.4 Speranza di vita a 65 anni (numero medio di anni). Anni 2011-2017



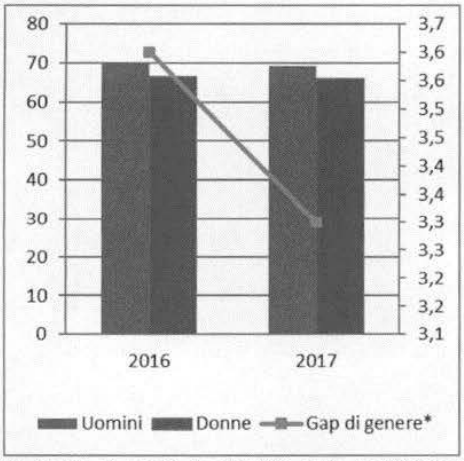
Fonte: ISTAT, Rilevazione dei cancellati dall'anagrafe per decesso.

Figura 1.7.5 Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività (numero medio di anni). Anni 2011-2017



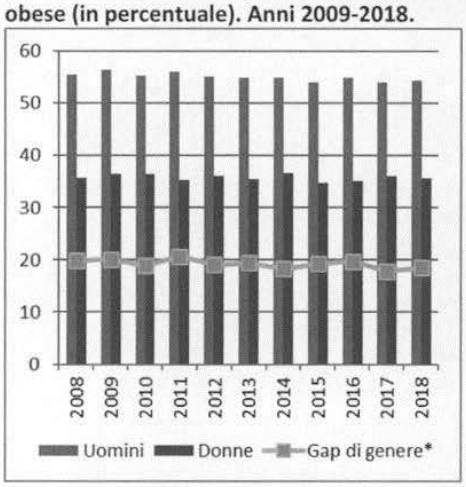
Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti sulla vita quotidiana.

Figura 1.7.6 Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più (valori tra 0 e 100). Anni 2016-2017.



(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne
Fonte: ISTAT- Aspetti della vita quotidiana

Figura 1.7.7 Proporzione standardizzata di persone di 18 anni o più in sovrappeso o obese (in percentuale). Anni 2009-2018.



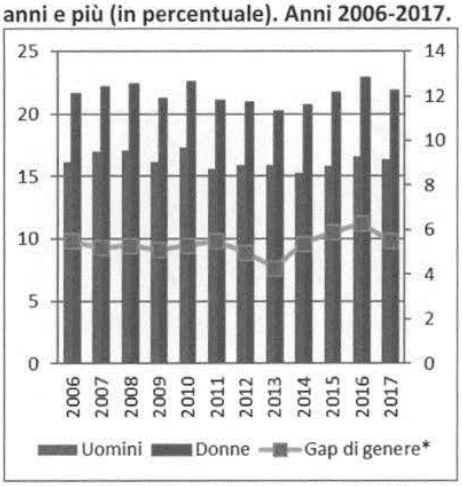
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne
Fonte: ISTAT- Aspetti della vita quotidiana

Tavola 1.7.1 Percentuale di persone sottopeso per genere e titolo di studio. Anni 2015-2018.

Anni		Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	Licenza di scuola media	Diploma	Laurea e post-laurea	Totale
2015	Uomini	0,5%	0,7%	0,9%	0,4%	**0,7%**
	Donne	2,0%	4,3%	6,8%	7,6%	**5,2%**
2016	Uomini	0,5%	0,7%	0,6%	0,3%	**0,6%**
	Donne	2,2%	4,1%	7,1%	8,5%	**5,5%**
2017	Uomini	0,5%	0,8%	1,0%	0,4%	**0,8%**
	Donne	2,5%	4,2%	6,7%	8,2%	**5,3%**
2018	Uomini	0,5%	1,0%	0,9%	0,4%	**0,8%**
	Donne	2,5%	3,9%	6,4%	8,6%	**5,3%**

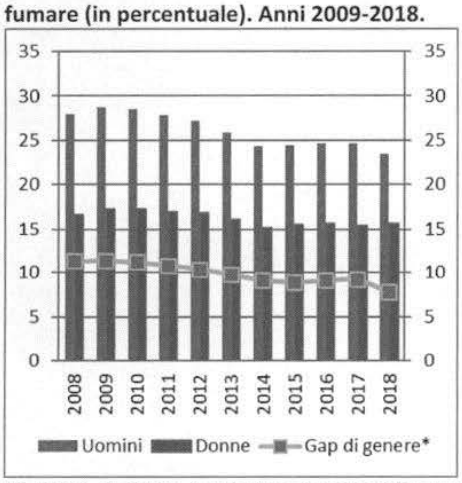
Fonte: ISTAT, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Figura1.7.8 Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più (in percentuale). Anni 2006-2017.



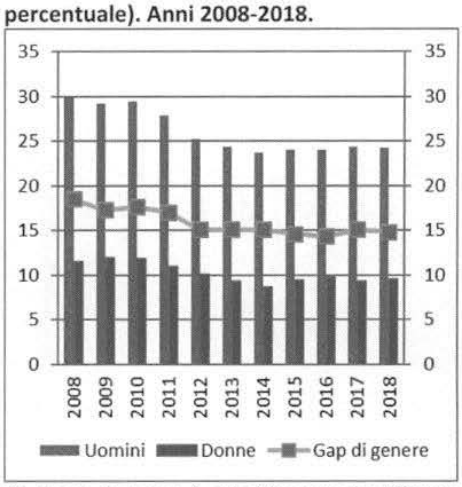
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne
Fonte: ISTAT- Aspetti della vita quotidiana

Figura 1.7.9 Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare (in percentuale). Anni 2009-2018.



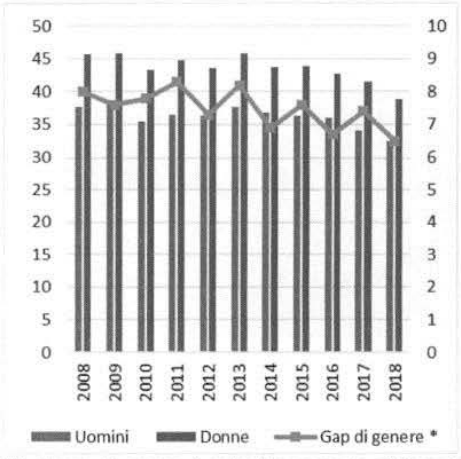
(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.
Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana.

Figura 1.7.10 Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per genere (in percentuale). Anni 2008-2018.



(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.
Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana.

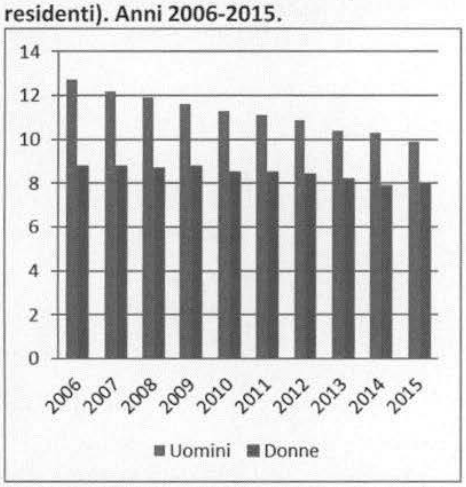
Figura 1.7.11 Proporzione standardizzata di persone che non praticano alcuna attività fisica per genere (in percentuale). Anni 2008-2018.



(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.

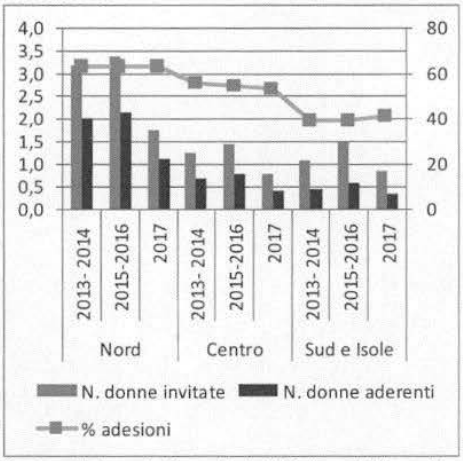
Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana.

Figura 1.7.12 Tasso di mortalità per tumore nella fascia di età 20-64 anni (per 10.000 residenti). Anni 2006-2015.



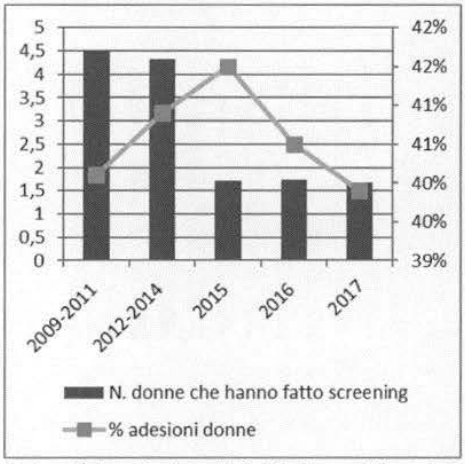
Fonte: Fonte: ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte

Figura 1.7.13 Donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma per carcinoma mammella per ripartizione geografica (in milioni). Anni 2013-2017.



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute, Osservatorio nazionale screening: screening mammario, cervice uterina e colon rettale, Rapporto 2018

Figura 1.7.14 Donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma per cervice uterina (in milioni). Anni 2009-2017.



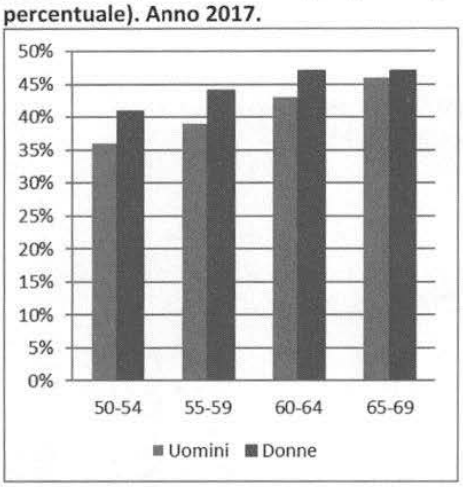
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute, Osservatorio nazionale screening: screening mammario, cervice uterina e colon rettale, Rapporto 2018

Tavola 1.7.2 Tasso di adesione a test di screening di primo livello in un programma per colon retto. Anni 2009-2017.

	Numero di persone invitate	N. persone aderenti	% adesioni corretta all'invito
2009-2010	6.315.311	2.971.667	47%
2011-2012	7.768.502	3.501.279	45%
2013-2014	9.213.413	4.195.715	45%
2015-2016	10.957.047	4.579.040	42%
2017	6.249.128	2.527.075	41%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute, Osservatorio nazionale screening: screening mammario, cervice uterina e colon rettale, Rapporto 2018

Figura 1.7.15 Tasso di adesione a test di screening di primo livello per età in un programma per colon retto per genere (in percentuale). Anno 2017.



(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.

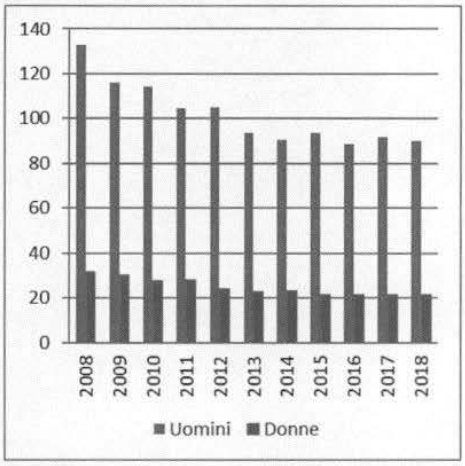
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute, Osservatorio nazionale screening: screening mammario, cervice uterina e colon rettale, Rapporto 2018

Tavola 1.7.3 Nuove diagnosi di HIV late presenter, per genere. Anni 2008-2017.

Genere	Numero di nuove diagnosi con CD4 riportato	Numero di diagnosi CD4< 350 cell/µL	Rapporto tra il numero di diagnosi CD4<350 e il numero di diagnosi con CD4 riportato
	Valori assoluti		*Valori percentuali*
2008 a.			
Uomini	1.195	609	50,96
Donne	460	262	56,96
Totale	1.656	871	52,60
2009 b.			
Uomini	2.163	1.119	51,73
Donne	713	398	55,82
Totale	2.876	1.517	52,75
2010 c.			
Uomini	2.271	1.186	52,22
Donne	749	412	55,01
Totale	3.020	1.598	52,91
2011			
Uomini	2.188	1.186	54,20
Donne	747	419	56,09
Totale	2.935	1.605	54,68
2012			
Uomini	2.581	1.381	53,51
Donne	704	424	60,23
Totale	3.285	1.805	54,95
2013			
Uomini	2.325	1.314	56,52
Donne	683	400	58,57
Totale	3.008	1.714	56,98
2014			
Uomini	2.366	1.240	52,41
Donne	636	362	56,92
Totale	3.002	1.602	53,36
2015			
Uomini	2.111	1.126	53,34
Donne	616	359	58,28
Totale	2.727	1.485	54,46
2016			
Uomini	2.038	1.113	54,61
Donne	635	373	58,74
Totale	2.673	1.486	55,59
2017			
Uomini	2.052	1.145	55,80
Donne	658	367	55,78
Totale	2.710	1.512	55,79

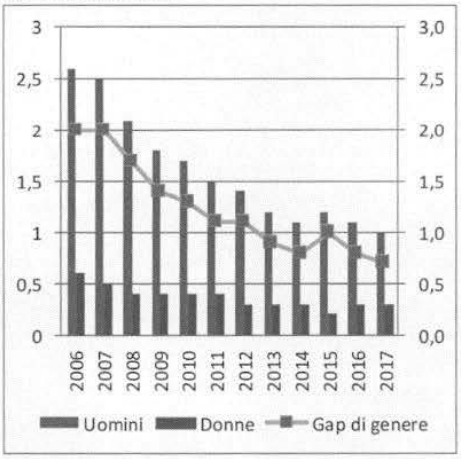
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero delle Salute, Centro Operativo AIDS su dati della Sorveglianza HIV- aggiornamento 2018.

Figura 1.7.16 Tasso di mortalità stradale, per genere (per milioni di abitanti). Anni 2008-2018.



Fonte: ISTAT, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone, Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente anni 2001-2011.

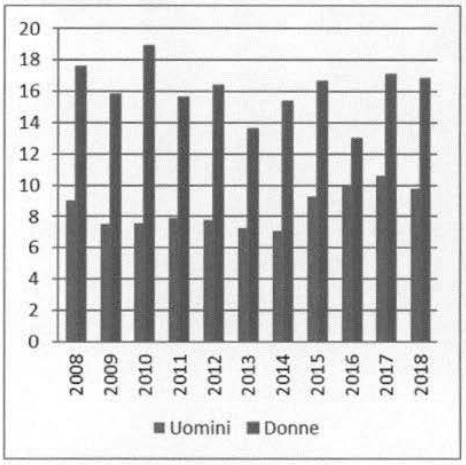
Figura 1.7.17 Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati all'interno della classe di età 15-34, per 10.000 residenti. Anni 2006-2018.



(*) Il gap di genere è calcolato come la differenza semplice, in valore assoluto, tra il dato degli uomini e il dato delle donne.

Fonte: ISTAT, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone, Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente anni 2001-2011.

Figura 1.1.18 Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico negli ultimi tre mesi, per genere (per mille persone). Anni 2008-2018.



Fonte: ISTAT, "Aspetti della vita quotidiana

2. Divari relativi al personale delle amministrazioni centrali dello Stato

Il pubblico impiego rappresenta in Europa uno sbocco privilegiato per l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro. In molti paesi le donne tendono a essere sovra-rappresentate nei lavori pubblici rispetto a quelli privati e la presenza femminile tra i dipendenti pubblici è spesso superiore a quella maschile. Sotto il profilo dell'equità di genere, tuttavia, le donne tendono a essere maggiormente concentrate in alcuni comparti e meno rappresentante nelle qualifiche più alte di carriera – questo vale nel settore pubblico come in quello privato. La forte concentrazione di donne nell'insegnamento in molti paesi europei è, per esempio, indicativa della segregazione orizzontale di genere, mentre i fenomeni di segregazione verticale si riflettono nella più modesta presenza femminile nella dirigenza apicale. Infine, le donne occupate nel settore pubblico sono generalmente più istruite degli uomini che vi lavorano e, anche, delle donne che lavorano nel settore privato.

Le tendenze generali accennate sono presenti in quasi tutti i paesi, inclusa l'Italia, sebbene con intensità diverse [239]. La dinamica dei divari di genere nell'ambito del personale delle amministrazioni centrali dello Stato in Italia viene monitorata annualmente tramite elaborazioni dei dati della rilevazione del cosiddetto "Conto annuale" [240] che consente di apprezzare le caratteristiche degli uomini e delle donne che lavorano per la Presidenza del Consiglio dei Ministri e i Ministeri nell'ambito dei diversi comparti. Le elaborazioni in serie storica sono pubblicate in Appendice alla presente relazione sulla pagina del sito della Ragioneria generale dello Stato (RGS) dedicata al bilancio di genere[241] e vengono aggiornate successivamente, in concomitanza con il completamento delle operazioni di rilevazione del Conto annuale. A tali informazioni si aggiungono quelle comunicate da ciascuna amministrazione in risposta all'apposita circolare annuale RGS contenente gli adempimenti per il bilancio di genere. Gli indicatori sono resi disponibili nell'Appendice statistica della Relazione includono elaborazioni su:

- il personale stabile complessivo;
- il personale dirigente (per il solo comparto Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri);
- il personale dirigente di prima fascia (per il solo comparto Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri);
- il tasso di compensazione del *turnover* del personale;

---

[239] Per una disamina più esaustiva, si rimanda ai dati e approfondimenti sul tema al paragrafo 2.1 della Relazione al Parlamento italiano sul bilancio di genere, Rendiconto 2017, cfr. http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Rendiconto/Bilancio-di-genere/2017/Bilancio_di_genere_2017_-_Relazione_Parlamento.pdf

[240] Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, ai sensi del titolo V del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, effettua una serie di rilevazioni relative al personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni, tra cui quella nota come Conto annuale, cui è dedicato il sistema informativo SICO (Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche), costituente la banca dati del personale. I dati del conto annuale sono pubblicati anche sul sito dedicato www.contoannuale.tesoro.it. La rilevazione in oggetto fa parte dei flussi informativi del Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) e coinvolge circa 10 mila Istituzioni pubbliche. La disponibilità e l'accuratezza delle informazioni possono risentire delle diverse tempistiche di trasmissione dei dati da parte delle amministrazioni responsabili.

[241] Cfr: http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/formazione_e_gestione_del_bilancio/rendiconto/bilancio_di_genere/

- l'incidenza del personale non dirigente senza titoli ulteriori rispetto alla scuola dell'obbligo, (per il solo comparto Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri);
- l'incidenza dei dirigenti con titoli *post lauream* (per il solo comparto Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri)
- l'incidenza del lavoro part-time e l'incidenza delle neo-madri che hanno optato per il *part time*;
- i giorni medi di assenza per congedi a favore dei lavoratori con figli con disabilità grave (articolo 42 del decreto legislativo 151/2001) o che assistano familiari con disabilità grave (articolo 33 della legge 104/1992), per il congedo di maternità obbligatoria e per paternità in sostituzione del congedo di maternità (articoli 16 e seguenti del decreto legislativo 151/2001), per il congedo parentale (articolo 32 del decreto legislativo 151/2001) e del congedo per malattia del figlio (articolo 47 del decreto legislativo 151/2001);
- i giorni di formazione dei dipendenti;
- i giorni di assenza per maternità obbligatoria e per paternità in sostituzione del congedo di maternità;
- i giorni di assenza per congedi parentali;
- l'incidenza per genere delle dimissioni con diritto di pensione;
- la distribuzione per genere del lavoro straordinario;
- la distribuzione di genere dei beneficiari delle principali misure di conciliazione vita-lavoro.

Sono, inoltre, in corso di realizzazione le basi informative necessarie per pervenire a una misurazione del divario retributivo di genere delle posizioni apicali nelle Amministrazioni centrali dello Stato e alla Presidenza del Consiglio dei Ministri (Riquadro II.I).

Riquadro II.I – Indicatori di genere sulle posizioni apicali delle amministrazioni centrali dello Stato

Per ampliare la disponibilità di indicatori utili per monitorare i divari di genere nell'ambito del personale statale, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 giugno 2017 prevede la collaborazione tra Dipartimento delle pari opportunità e Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, per calcolare il divario medio retributivo delle posizioni apicali nelle amministrazioni centrali dello Stato e nella Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le informazioni di base disponibili e la metodologia per la costruzione di tale indicatore sono stati oggetto di approfondimento; tuttavia, per pervenire alla costruzione di un indicatore robusto e aggiornabile di anno in anno, occorre individuare un unico punto di raccolta stabile delle informazioni sia sugli emolumenti che su quali individui ricoprono quali posizioni nell'amministrazione. Anche a tal fine, già dal 2017, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha tenuto conto della dimensione di genere nell'architettura del cosiddetto Portale del lavoro pubblico (http://www.lavoropubblico.gov.it) e, in particolare, nella sezione dedicata alla banca dati dei dirigenti delle amministrazioni dello Stato.

Nel corso del 2018, la banca dati dei dirigenti è stata via via perfezionata attraverso il miglioramento dell'architettura della base dati, la semplificazione dei flussi informativi e l'implementazione dell'applicativo con ulteriori dati e funzioni di reportistica. Il popolamento della banca dati è stato possibile anche grazie alla collaborazione assicurata dalle amministrazioni destinatarie, le quali sono state chiamate a comunicare le informazioni che non erano nella