



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

Rapporto annuale 2025

Marina D'Artibale, Marta Marsilio, Anna Prenestini,
Alessia Poli, Letizia Magnani



Milano University Press

Marina D'Artibale, Marta Marsilio,
Anna Prenestini, Alessia Poli, Letizia Magnani

Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

Rapporto Annuale 2025



Milano University Press

Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità. Rapporto Annuale 2025/ Marina D'Artibale, Marta Marsilio, Anna Prenestini, Alessia Poli, Letizia Magnani. Milano: Milano University Press, 2026.

ISBN 979-12-5510-368-4 (print)

ISBN 979-12-5510-372-1 (PDF)


ISBN 979-12-5510-374-5 (EPUB)

DOI 10.54103/milanoup.283

Per il presente volume, il Comitato editoriale ha autorizzato una procedura di revisione interna o editoriale in luogo della consueta revisione tra pari. Tutte le pubblicazioni di Milano University Press vengono valutate e approvate dal Comitato editoriale e devono essere conformi alla politica di revisione, al codice etico e alle misure antiplagio espressi nelle Linee Guida per pubblicare su MilanoUP.

Le edizioni digitali dell'opera sono rilasciate con licenza Creative Commons Attribution 4.0 - CC-BY-SA, il cui testo integrale è disponibile all'URL:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



 Le edizioni digitali online sono pubblicate in Open Access su:
<https://libri.unimi.it/index.php/milanoup>.

© The Author(s), 2026

© Milano University Press per la presente edizione

Pubblicato da:

Milano University Press

Via Festa del Perdono 7 – 20122 Milano

Sito web: <https://milanoup.unimi.it>

e-mail: redazione.milanoup@unimi.it

L'edizione cartacea del volume può essere ordinata in libreria ed è distribuita da Ledizioni (www.ledizioni.it)

Ogni citazione dei dati contenuti in questo documento deve riportare la seguente dicitura: “D’Artibale M., Marsilio M., Prenestini A., Poli A., Magnani L. (2025), *Osservatorio sull’Equità di Genere della Leadership in Sanità. Rapporto Annuale 2025*. Milano University Press.”.

Indice

Prefazione	7
1. L'Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità	9
1.1 Storia e obiettivi	9
1.2 Il Gender Leadership Index in Health	10
1.3 Il gruppo di lavoro	13
1.4 Il Comitato Scientifico	14
1.5 I sostenitori dell'Osservatorio e l'Advisory Board	16
2. Gender Equality e Leadership nel settore sanitario	19
2.1 La leadership femminile: una overview	19
2.2 La leadership femminile e i suoi impatti sulle performance delle aziende	24
2.3 La leadership femminile in sanità: sfide, impatti, soluzioni	26
2.4 Approcci per favorire l'equità di genere nelle posizioni apicali in sanità	28
3. La metodologia di ricerca	31
3.1 Organizzazioni sanitarie	31
3.2 Imprese	33
3.3 Formazione e società scientifiche	34
4. L'equità di genere nella leadership nel settore sanitario pubblico e privato in Italia	37
4.1 Organizzazioni sanitarie	37
4.2 Imprese	86
4.3 Formazione e Conoscenza	94

5. Come sostenere l'equità di genere nella leadership nel settore sanitario?	99
5.1 La visione del Comitato Scientifico e dell'Advisory Board dell'Osservatorio	99
5.2 Le buone pratiche emerse dall'Advisory Board	106
6. Conclusioni	125
Bibliografia	129
Appendice. Piramidi dell'età dei Medici con Incarico di Struttura Complessa per disciplina	135
Ringraziamenti	167
Le autrici	169

Prefazione

Prof. Orazio Schillaci, Ministro della Salute

Le donne rappresentano circa il 70% della forza lavoro in sanità, sono quindi la spina dorsale del nostro sistema d'assistenza, ma la loro presenza ai vertici è ancora molto limitata e questa è la spia evidente di una difficoltà di garantire eque opportunità di carriera e di valorizzazione professionale.

Un sistema che funziona è in grado di assicurare opportunità realmente paritarie, che rafforzano la capacità decisionale, la produttività, la motivazione dei team e quindi, in ultima analisi, la qualità dei servizi sanitari.

Ben vengano quindi le attività poste in essere dall'Associazione LEADS – dal Manifesto per un maggiore equilibrio di genere in sanità all'Osservatorio sulla leadership, fino ai programmi di mentoring e al premio annuale che valorizza l'eccellenza femminile –, che rappresentano esempi virtuosi di come si possa agire in modo efficace e costruttivo per cambiare la cultura organizzativa e rendere la sanità italiana più equa e inclusiva.

Il Rapporto 2025 dell'Osservatorio offre una fotografia chiara e documentata della situazione: se da un lato emergono segnali incoraggianti di crescita, dall'altro resta evidente un divario che dobbiamo colmare con determinazione e politiche mirate.

Colpisce come solo il 23,7% dei Direttori Generali sia donna e che fra i primari le donne siano appena il 23%. Allo stesso modo, è certamente un dato ancora negativo che nel mondo accademico le professoresse ordinarie nelle scienze mediche siano solo il 22%. Anche nel settore privato le disparità permangono, con risultati migliori nel comparto farmaceutico ma ancora insufficienti in quello dei dispositivi medici.

Quella verso la parità è una strada ancora da percorrere, ma è evidente che si è avviato un processo di cambiamento che è importante sostenere, a maggior ragione in un momento di rapida evoluzione verso una sanità più moderna. I numeri presentati in questo Rapporto devono spronarci.

Dobbiamo cogliere questa stagione di ammodernamento – e penso in primis alla possibilità di rivedere tanti modelli organizzativi in concomitanza con la messa a terra degli interventi legati al PNRR Salute – per ridisegnare spazi nei quali le donne possono e debbono trovare giuste opportunità e occasioni di valorizzazione.

In questa prospettiva, il lavoro dell'Osservatorio e dell'Associazione LEADS è fondamentale, attraverso dati, strumenti e buone pratiche, per orientare le politiche pubbliche contribuendo a costruire una sanità più equa e rappresentativa.

È necessario promuovere percorsi di carriera più equi, valorizzare il talento femminile, favorire la conciliazione tra vita professionale e familiare e garantire

pari opportunità di accesso ai ruoli decisionali. La leadership femminile porta con sé nuove prospettive, una maggiore attenzione alla dimensione relazionale della cura e una visione inclusiva del lavoro di squadra — valori fondamentali per una sanità moderna, sostenibile e vicina ai cittadini.

Inoltre, ancora oggi, nella ricerca, i trial clinici sono pensati per gli uomini e anche su questo occorre fare una riflessione e lavorare. Dunque, l'attenzione alle donne in sanità non può limitarsi alla dimensione professionale, ma deve tradursi anche in una maggiore tutela della salute femminile, attraverso politiche in grado di sostenere con decisione la prevenzione e favorire un accesso sempre più equo alle cure, allo stesso tempo sostenendo in modo adeguato lo sviluppo della medicina di genere.

Il Ministero della Salute sta lavorando con grande impegno su tutti questi fronti. Con la nuova Legge di Bilancio verranno aumentati i fondi per la sanità e parte delle risorse aggiuntive saranno investite in prevenzione. Tra gli interventi che verranno finanziati, c'è l'estensione delle fasce d'età degli screening mammografici gratuiti: sarà così garantita su tutto il territorio nazionale una possibilità che fino a oggi era circoscritta solo ad alcune Regioni. Con l'aggiornamento dei Lea inoltre verrà ampliata l'offerta sanitaria a carico del servizio sanitario con ulteriori nuove prestazioni per la prevenzione oncologica come la sorveglianza attiva delle donne a rischio genetico ereditario di tumori alla mammella e all'ovaio.

Anche in questo modo rimettiamo al centro la salute delle donne, riconoscendo il loro ruolo cruciale non solo come professioniste del sistema, ma come cittadine, come pazienti e come pilastri della comunità.

Solo valorizzando il talento, le competenze e la visione delle donne potremo realizzare una sanità più giusta, più moderna e più efficace.

Il 70% delle persone che studiano Medicina oggi sono donne. Per questo dico che il Servizio Sanitario Nazionale avrà un futuro non solo più roseo, ma anche più rosa.

Grazie per l'attenzione e per il vostro impegno.

Roma, 24 ottobre 2025

1. L'Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

1.1 Storia e obiettivi

L'Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità è una iniziativa promossa nel 2021 dall'Associazione Leads-Donne Leader in Sanità con l'obiettivo di favorire una nuova narrazione sul tema della gender equality, identificando l'equità di genere nella leadership in sanità come elemento fondante di equità e sviluppo sostenibile delle aziende, in accordo anche con gli orientamenti indicati dai Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite.

L'Osservatorio ha la finalità di monitorare e favorire l'equità di genere della leadership nelle organizzazioni pubbliche e private della filiera del settore sanitario in Italia, attuando iniziative concrete e rilevanti per gli stakeholders. Gli scopi fondamentali sono monitorare nel tempo l'equità di genere nella leadership del settore sanitario e costituire un punto di osservazione privilegiato su tali temi, che funga anche da luogo di incontro, analisi e approfondimento, funzionale ad alimentare il dibattito istituzionale, scientifico e aziendale con l'ambizione di favorire nel tempo il raggiungimento dell'obiettivo di una pari rappresentanza di donne e uomini nelle posizioni apicali.

Negli anni sono stati pubblicati due Rapporti (Rapporto Annuale 2022 e Rapporto Annuale 2023), con la collaborazione scientifica della Luiss Business School. Dal 2025, l'Osservatorio si avvale della partnership scientifica dell'Università degli Studi di Milano, grande ateneo pubblico che – oltre ad avere al suo interno la Facoltà di Medicina e Chirurgia – si caratterizza per la presenza di gruppi di ricerca che affrontano i temi della sanità in modo multidisciplinare, promuovendo l'adozione di modelli gestionali orientati non solo a efficienza ed efficacia, ma anche a inclusione ed equità all'interno delle organizzazioni sanitarie e del settore salute.

Grazie a questa nuova collaborazione, è stato possibile approfondire il campo di indagine dell'Osservatorio che attualmente si propone di:

- *Monitorare il trend* del gender gap nelle posizioni apicali nel settore sanitario, sia pubblico che privato attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi;
- *Identificare e diffondere "best practice"* adottate in aziende e istituzioni pubbliche e private che si siano distinte nella promozione dell'equità di genere della leadership;
- *Organizzare eventi di networking e formazione* sul tema della leadership femminile in sanità;

- *Formulare proposte* per i rappresentanti delle istituzioni che incoraggino un maggiore accesso del genere femminile a posizioni di leadership;
- *Promuovere la comunicazione e la consapevolezza* sui temi della leadership femminile in sanità sulla base delle attività e dai risultati dell'Osservatorio.

Per perseguire questi obiettivi, l'Osservatorio adotta una metodologia che combina strumenti di analisi quantitativa e qualitativa. L'analisi quantitativa è basata sulla raccolta e sistematizzazione di: i) open data; ii) dati provenienti da fonti rese disponibili dagli enti sostenitori e partner del progetto che ne sposano missione, visione e valori; e iii) dati raccolti con survey sviluppate *ad hoc*. I dati quantitativi raccolti per singola area di indagine sono sintetizzati e confrontati attraverso il Gender Leadership Index in Health (GLIH).

L'analisi qualitativa si basa sull'approfondimento della letteratura di riferimento e di documenti istituzionali e sul confronto con diversi stakeholder per l'individuazione e l'analisi di iniziative promosse nel campo della leadership femminile in sanità.

1.2 Il Gender Leadership Index in Health

Il Gender Leadership Index in Health (GLIH) è un indicatore ideato dall'Associazione Leads, in collaborazione con Luiss Business School, con il primo Rapporto del 2022. Il GLIH si fonda sul concetto di parità intesa come equi-rappresentanza. Una parità intesa come equi-rappresentanza significa immaginare che le donne che lavorano nel settore sanitario abbiano la stessa probabilità dei colleghi uomini di diventare leader e, quindi, di incontrare un loro superiore che sia donna. Questo è importante sia alla luce della oramai estensiva letteratura su come la leadership equilibrata nel genere contribuisca a raggiungere migliori performance nelle organizzazioni, sia dal fatto che la composizione della leadership influenza la possibilità di carriera. Una dirigenza esclusivamente maschile può rischiare infatti di essere meno in grado di riconoscere le manifestazioni di potenziale nella leadership femminile, così come le esigenze di bilanciamento vita-lavoro.

Per tradurre questo concetto, il GLIH non si limita a rappresentare per genere le figure di leader nel settore, ma ne rapporta la presenza rispetto alla complessiva composizione per genere della forza lavoro. È infatti evidente che, qualora in un settore ci fosse il 50% di leader donna e il 50% di leader uomo, l'uguaglianza non sarebbe comunque raggiunta allo stesso modo se nello stesso settore gli occupati fossero in prevalenza donne. Il GLIH si ottiene confrontando la rappresentatività delle donne nei ruoli di leadership con la loro presenza complessiva tra gli occupati. In particolare, si calcola dapprima il rapporto tra la quota di leader donna e la quota di donne tra gli occupati e si costruisce un rapporto analogo per gli uomini. Infine, il valore femminile viene diviso per la somma dei due rapporti, ottenendo così la quota relativa di leadership femminile corretta per la composizione occupazionale.

Questa è la formula di calcolo del GLIH:

$$\Delta l = \frac{\frac{L_d}{O_d}}{\frac{L_d}{O_d} + \frac{L_u}{O_u}}$$

$$\begin{aligned} L_d &= \frac{\# \text{ leader donne}}{\# \text{ leader}} & L_u &= \frac{\# \text{ leader uomini}}{\# \text{ leader}} & O_d &= \frac{\# \text{ occupati donne}}{\# \text{ occupati}} & O_u &= \frac{\# \text{ occupati uomini}}{\# \text{ occupati}} \end{aligned}$$

L'indicatore si muove in un intervallo fra 0, ossia nessuna rappresentanza del genere femminile nei ruoli di leadership, e 1, ossia totale rappresentanza del genere femminile nei ruoli di leadership. In questo rapporto useremo la figura stilizzata di un tachimetro per rappresentare il valore del GLIH per ogni settore.

Il punto di equilibrio è quello dello 0.5 (equa-rappresentanza dei due generi nella corrispondente forza lavoro), in cui per ogni genere vi è corrispondenza proporzionale fra occupati e leader (Figura 1.1).

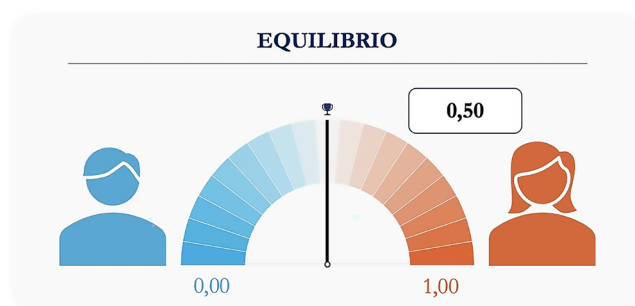


Figura 1.1. Esempio di rappresentazione del punto di equilibrio del GLIH

Se l'indicatore è inferiore a 0,5 (<50%), significa che le donne sono sotto-rappresentate nei ruoli di leadership del settore rispetto agli uomini in quella determinata composizione di forza lavoro (Figura 1.2).



Figura 1.2. Esempio di rappresentazione della condizione di sotto-rappresentanza delle donne

Se l'indicatore è superiore a 0,5 (>50%), significa che le donne sono sovra-rappresentate nei ruoli di leadership del settore rispetto agli uomini in quella determinata composizione di forza lavoro (Figura 1.3).

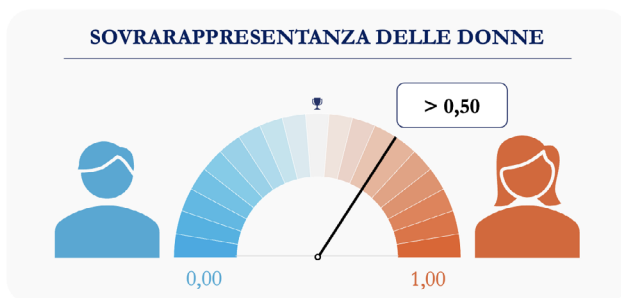


Figura 1.3. Esempio di rappresentazione della condizione di sovra-rappresentanza delle donne

È possibile costruire anche un indice di equi-rappresentanza nella leadership anche per gli uomini, sostituendo il numeratore con i dati relativi al rapporto fra leader e occupati uomini con il totale. In ogni caso, il dato maschile rappresenta il complemento a 1 del dato femminile.

1.3 Il gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro dell'Osservatorio è coordinato dall'Università degli Studi di Milano e dall'Associazione LEADS – Donne Leader in Sanità.



Dott.ssa Marina d'Artibale

Co-direttrice dell'Osservatorio e
Membro del Consiglio Direttivo di
Leads; Vice-presidente, Capgemini



Prof.ssa Marta Marsilio

Co-direttrice dell'Osservatorio e
Socia Leads; Prof.ssa Ordinaria di
Economia Aziendale, Università
degli Studi di Milano



Prof.ssa Anna Prenestini

Ricercatrice Senior dell'Osservatorio; Prof.ssa Associata di Economia
Aziendale, Università degli Studi di Milano



Dott.ssa Letizia Magnani

Ricercatrice dell'Osservatorio; Research Assistant, Università
degli Studi di Milano



Dott.ssa Alessia Poli

Ricercatrice dell'Osservatorio; Research Assistant, Università degli
Studi di Milano



Dott.ssa Claudia Grohovaz

Social Media Manager LEADS



Dott.ssa Francesca Nale

Attività di coordinamento e organizzazione LEADS

1.4 Il Comitato Scientifico

Il Comitato Scientifico è stato costituito con l'obiettivo di definire le linee di indirizzo dell'Osservatorio e per l'individuazione degli ambiti prioritari e delle strategie più efficaci per orientarne l'attività di ricerca. La sua composizione riflette l'eterogeneità del settore di riferimento. Esso comprende attori istituzionali provenienti sia dal comparto pubblico che dal comparto privato che possono essere volano per la promozione di politiche di supporto all'equità di genere. Questa pluralità di voci è risultata essenziale per adottare un approccio in grado di includere tutti gli ambiti oggetto di studio.

Il Comitato si è riunito in diverse occasioni al fine di monitorare e valutare l'andamento delle attività. Ha svolto inoltre un ruolo fondamentale per la raccolta dei dati e delle informazioni necessarie per lo sviluppo della ricerca, fornendo anche un ulteriore contributo tramite interviste mirate ad indagare gli strumenti per la promozione dell'equità di genere della leadership nei singoli ambiti del settore sanitario.



Lucretia Scaraffia (Presidente)
Storica e Giornalista



Guido Beccagutti
Direttore Generale Confindustria Dispositivi Medici



Mariella Mainolfi
Direttrice Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute



Marina Brambilla
Rettrice dell'Università degli Studi di Milano



Barbara Mangiacavalli
Presidente FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche



Francesco Bruno Arturo Blasi
Presidente Del Comitato Di Direzione - Medicina e Chirurgia e Prorettore Ai Rapporti Con Il Sistema Sanitario, Università degli Studi di Milano



Giovanni Migliore
Presidente FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere



Guido Carpani
Direttore Generale FOFI - Federazione Ordini Farmacisti Italiani



Gabriele Pelissero
Presidente Nazionale AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata



Enrica Giorgetti
Direttore Generale di Farmindustria



Patrizia Ravaioli
Presidente Leads, Direttrice Generale Formez PA



Giovanni Leonardi
Capo del Dipartimento della Salute Umana, della Salute Animale e dell'Ecosistema (One Health) e dei Rapporti Internazionali, Ministero della Salute



Maurizio Simmaco
Direttore Dipartimento DAI Scienze Diagnostiche, Direttore UOC Laboratorio Analisi - Biochimica Clinica, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea



Concetta Liberatore
Direttrice Cure palliative Azienda USL Toscana Sud Est, Referente Tutela Legale e Politiche di Genere ANAAO - Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri Toscana



Paola Testori Coggi
Vice Presidente Leads, Ambassador Future of Health, Federated Innovation @Mind

1.5 I sostenitori dell'Osservatorio e l'Advisory Board

Dieci imprese e una istituzione. I sostenitori hanno aderito volontariamente all'iniziativa dell'Osservatorio, condividendone gli obiettivi e impegnandosi a supportarne le attività.

La Figura 1.4 riporta i loghi dei sostenitori dell'Osservatorio.



Figura 1.4. I sostenitori dell'Osservatorio

Ciascun sostenitore ha espresso un componente dell'Advisory Board dell'Osservatorio, un organo consultivo che si è riunito periodicamente per fornire spunti di analisi e suggerimenti in merito alle attività e agli sviluppi del progetto. A loro volta, anche i membri dell'Advisory Board sono stati coinvolti nel processo di indagine qualitativa di buone pratiche per promuovere l'equità di genere della leadership nel settore sanità, attraverso interviste semi-strutturate.



Antonio Barge
HR Director, Boehringer Ingelheim



Elena Paola Lanati
CEO & Founder, Indicon



Paola Castellani
Global Chief Medical Officer &
Head of R&D, Zambon



Rossella Massaro
Country Business Leader Italy,
Beckton Dickinson



Laura Bruno
HR Director & Consigliere CDA,
Sanofi



Tiziana Mele
AD, Lundbeck



Federica Dal Toso
HR Director & Talent Partner
Europe Epi Strategic Operation and
Country Italy, UCB Pharma



Paola Pirotta
AD, Medtronic



Alessandra Gelera
Head of Public Affairs, Health
Economics & Market Access,
Boston Scientific



Claudia Russo Caia
Patient, Value & Access Head Director,
Takeda

2. Gender Equality e Leadership nel settore sanitario

2.1 La leadership femminile: una overview

La parità di genere è uno dei 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile dell'agenda 2030 delle Organizzazioni delle Nazioni Unite (ONU) (Figura 2.1). Il quinto obiettivo dell'Agenda ONU 2030 riconosce la necessità di “garantire alle donne la piena ed effettiva partecipazione e pari opportunità di leadership a tutti i livelli del processo decisionale nella vita politica, economica e pubblica”, sottolineando l'importanza dell'uguaglianza di genere e della rappresentanza femminile anche nei contesti di lavoro in cui spesso le donne incontrano maggiori difficoltà nell'accesso o nelle condizioni di lavoro stesse.



Figura 2.1. Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile dell'Agenda ONU 2030

Autore – Organizzazione delle Nazioni Unite (2015)

Fonte – <https://sdgs.un.org/goals>

Licenza – CC BY NC

Secondo il Global Gender Gap Report 2025 del World Economic Forum (WEF), la partecipazione delle donne alla forza lavoro globale ha raggiunto il 41,2% nel 2024. Nonostante questo progresso, la segregazione di genere tra i diversi settori rimane marcata: le donne sono sovra-rappresentate in ambiti a maggior orientamento alle persone, come la sanità (58,5%) e l'istruzione (52,9%), ma spesso questo si accompagna a una minore retribuzione.

Negli ultimi dieci anni le donne hanno guadagnato terreno nei ruoli di leadership. Tra il 2015 e il 2024, la quota femminile nelle posizioni dirigenziali di alto livello è aumentata dal 25,7% al 28,1%, mentre quella nei ruoli di medio livello è passata dal 31,5% al 33,4%. Si tratta di progressi significativi, ma il ritmo di crescita è rallentato: dal 2020, il divario tra la percentuale di leader donne nei livelli apicali e la percentuale nei livelli intermedi non si è ancora chiuso, anzi è rimasto stabile a 5,4 punti percentuali, segnalando la difficoltà del genere femminile nel raggiungere ruoli di vertice nella leadership.

A livello internazionale esistono dei sistemi di misurazione dell'equità di genere nei Paesi o nelle aziende proposti da diversi attori istituzionali. La Tabella 2.1 riporta le principali caratteristiche e alcuni risultati di questi indicatori, con l'obiettivo di descrivere lo scenario attuale sulla parità di genere a livello internazionale.

Secondo la World Health Organization (WHO), nel 2024 le donne rappresentavano circa il 70% della forza lavoro globale nel settore sanitario, oltre l'80% del personale infermieristico e più del 90% delle ostetriche. Ogni anno, le donne contribuiscono per circa 3.000 miliardi di dollari alla salute globale, metà dei quali sotto forma di lavoro non retribuito. Nonostante questo ruolo centrale, le donne occupano solo il 25% delle posizioni di leadership nel settore.

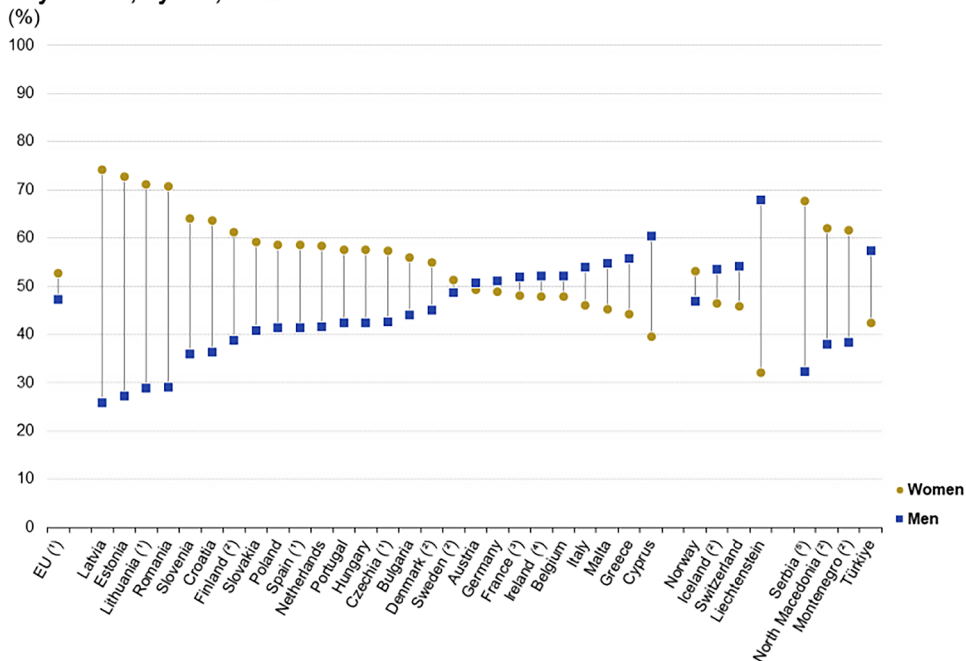
L'Eurostat calcola che, per tutti i Paesi dell'UE per i quali sono disponibili dati, nel 2022 oltre il 70% degli infermieri in attività erano donne. Inoltre, la maggior parte dei Paesi dichiarano di avere un numero di dottoresse superiore a quello dei medici uomini; tuttavia, esistono differenze tra i Paesi dell'UE per quanto riguarda la proporzione di genere (Figura 2.2). Rispetto ai medici, i Paesi baltici e nordici, come Lettonia, Lituania, Estonia e Finlandia, presentano le quote più elevate di donne (oltre il 60–70%), mentre nei Paesi dell'Europa meridionale, tra cui Italia e Grecia, la componente maschile è ancora prevalente, sebbene in misura meno marcata rispetto a contesti come Liechtenstein e Cipro, dove la differenza di genere risulta più accentuata.

Tabella 2.1. Indicatori internazionali

Indice	Istituto	Anno	Target	Definizione	Ambiti di analisi	Risultati principali
Global Gender Gap Index	World Economic Forum	2025	Paesi del Mondo	L'indice misura il grado di uguaglianza tra i generi nell'accesso alle stesse opportunità e risorse nei paesi del mondo.	Partecipazione economica e opportunità; Istruzione; Salute e sopravvivenza; Rappresentanza politica.	A livello globale è stata raggiunta il 68,8% di parità di genere. Valori più alti nel Nord-America (75,8%) e in Europa (75,1%) e quelli più bassi in Sud Asia (64,9%) e in Medio Oriente e Nord Africa (61,7%). L'Italia (con il 70,4%) si colloca al 35° posto in Europa e all'85° al mondo, a causa di salari inferiori e minore accesso a ruoli dirigenziali.
Gender Equality Index	European Institute for Gender Equality	2024	Paesi dell'Unione Europea	Misura i progressi dei Paesi dell'Unione Europea sul tema della gender equality.	Lavoro; Denaro; Conoscenza; Tempo; Potere; Salute; Violenza.	La media UE si attesta a 71,0, da cui si discostano in positivo i Paesi del Nord Europa e in negativo i Paesi dell'Est Europa. Si sta registrando un generale trend positivo per cui anche i Paesi con l'indice più basso, tra cui l'Italia, stanno migliorando rapidamente nel colmare il divario di genere. L'Italia si colloca al 14° posto nell'UE, con un punteggio di 69,2. Le disuguaglianze di genere risultano particolarmente evidenti nel dominio del lavoro, a causa delle persistenti difficoltà nell'accesso al lavoro di qualità e nella conciliazione vita-lavoro.
Glass Ceiling Index	The Economist	2024	Paesi OCSE	Monitora i progressi in termini di partecipazione e potere decisionale femminile nella forza lavoro nei paesi OCSE.	Accesso e partecipazione all'istruzione al mercato del lavoro; Condizioni economiche e familiari; Equilibrio tra vita professionale e familiare; Rappresentanza in posizioni manageriali e nei consigli di amministrazione; Rappresentanza politica.	Nel 2024, Paesi con le quote più alte di donne nei ruoli dirigenziali sono gli Stati Uniti (42,6%) e i Paesi Scandinavi, mentre Giappone e Corea del Sud registrano i valori più bassi, anche nei Consigli di Amministrazione. A livello OCSE si attesta a 34,1%. Per la prima volta, la quota media di donne nei consigli di amministrazione ha raggiunto il 33% nei Paesi OCSE (nel 2016 era pari al 20%). L'Italia supera la media OCSE per presenza femminile in Parlamento e nei Consigli di Amministrazione, grazie all'introduzione di normative sulle "quote rosa" (33,3% dal 2011, salite al 40% nel 2019 per i CDA, e almeno 40% di candidature femminili alle elezioni). Tuttavia, la quota di donne in posizioni manageriali resta bassa e stabile, intorno al 25%, contro una media OCSE superiore al 30%.
Bloomberg Gender Equality Index	Bloomberg	2023	484 Aziende aderenti	Misura i dati legati alla parità di genere nelle aziende, attraverso un framework aggiornato di anno in anno.	Leadership e sviluppo dei talenti; Parità salariale; Cultura inclusiva; Politiche contro le molestie sessuali; Percezione esterna.	Il 62% delle aziende ha almeno il 30% di donne nei Consigli di Amministrazione. Le imprese con oltre il 30% di donne nel Consiglio di Amministrazione registrano in media il 27% di dirigenti donne, contro il 20% nelle aziende con una presenza femminile inferiore nei board.

Indice	Istituto	Anno	Target	Definizione	Ambiti di analisi	Risultati principali
Gender Diversity Index	European Women on Board	2024	1378 grandi aziende dell'UE	<p>Si tratta di un indice che considera quattro diversi elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la quota di donne in tutte le posizioni di leadership; 2) la porzione di donne nei Consigli di Amministrazione (board members); 3) la quota di donne nelle funzioni esecutive (C-level); 4) la presenza di donne nei diversi comitati organizzativi (es. risks & control committees, remuneration committees, etc.). 	Rappresentanza in posizioni manageriali e nei consigli di amministrazione.	<p>La percentuale complessiva di donne nei Consigli di Amministrazione presenta un trend complessivo di crescita dal 2019, passando dal 15,1% al 30,1% nel 2024. Il tasso di crescita ha rallentato negli ultimi tre anni. Tra il 2021 e il 2022 si è registrato un aumento del 16,9% della rappresentanza femminile nei Consigli, ma questo slancio è diminuito a un incremento dell'8,1% tra il 2022 e il 2023, e si è ulteriormente ridotto al 4,5% tra il 2023 e il 2024.</p>

Physicians, by sex, 2022



Note: practising physicians except Slovakia, Montenegro, North Macedonia, and Türkiye (professionally active physicians) and Greece and Portugal (licensed to practise). Luxembourg: not available. The figure is ranked according to the proportion of female doctors.

(*) Estimates.

(*) 2021.

(*) Excludes interns and residents.

(*) Only includes physicians practising exclusively in Ireland.

(*) Only includes physicians in institutions under the Ministry of Health. Excludes the private health sector.

Source: Eurostat (online data code: h1th_rs_phys)



Figura 2.2. Genere dei medici nei paesi UE

Autore – Eurostat, 2023

Fonte – https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

Licenza – CC BY NC

2.2 La leadership femminile e i suoi impatti sulle performance delle aziende

La letteratura indica come la diversità nei gruppi di lavoro contribuisca ad ampliare la base di conoscenze di un'azienda e a favorire l'interazione tra diverse tipologie di competenze (Miller & Del Carmen Triana, 2009; Østergaard et al., 2011; Richard et al., 2004). Gruppi eterogenei, sia per genere che per altri fattori, sono associati a tassi di innovazione elevati, grazie al processo di condivisione di opinioni varie e diversificate (Bogers et al., 2018; Griffin et al., 2021); inoltre, nei Consigli di Amministrazione, la possibilità di avere maggiori conoscenze e competenze grazie alla varietà di idee e opinioni, garantisce la possibilità di soddisfare più efficacemente gli interessi di tutti gli stakeholder (García Martín & Herrero, 2020).

Tuttavia, le presenze femminili nei ruoli apicali delle organizzazioni si concentrano spesso in posizioni non esecutive, nonostante le numerose evidenze dei benefici che la diversità di genere apporta in questi ruoli (Lückerath-Rovers, 2013). Ciò ha conseguenze anche nel gap salariale tra uomini e donne. Le evidenze scientifiche, infatti, dimostrano che questo divario non è tanto da imputare allo stipendio fissato in sede di assunzione, quanto più alla minore tendenza di promuovere donne precludendo la possibilità di avere un aumento salariale legato agli avanzamenti di carriera (Ugarte & Rubery, 2021).

Numerosi sono gli studi che, in diversi settori, hanno indagato gli impatti della presenza di donne in ruoli di leadership su diverse dimensioni di performance aziendale.

Un corpo di studi si è concentrato sulla partecipazione femminile a tutti i livelli e sul suo impatto sulle performance finanziarie, confermando l'esistenza di una relazione positiva (Opstrup & Villadsen, 2015). Inoltre, è stata dimostrata l'esistenza di una relazione positiva tra la diversità di genere nei Consigli di Amministrazione delle imprese e la produttività degli impiegati (Ali & Konrad, 2017).

Numerosi studi hanno evidenziato come la diversità di genere ai vertici aziendali rappresenti un fattore determinante per il miglioramento delle performance di sostenibilità e responsabilità sociale d'impresa (García Martín & Herrero, 2020; Haque, 2017; Orazalin & Baydauletov, 2020). Recenti contributi confermano, infatti, un maggiore coinvolgimento nelle iniziative sociali e nei progetti di sostenibilità quando è presente un maggior numero di donne nei ruoli di vertice aziendale (Bannò et al., 2023; Elleuch Lahyani, 2022; Lu & Herremans, 2019) o all'interno dei Consigli di Amministrazione (Byron & Post, 2016; Glass & Cook, 2018; Issa & Fang, 2019), o anche quando la CEO è donna (Ali & Konrad, 2017; Hyun et al., 2016; Tacheva et al., 2020).

La configurazione della leadership organizzativa, e in particolare la composizione del Consiglio di Amministrazione e del top management team (TMT), influisce in modo significativo sull'efficacia e sull'orientamento strategico

complessivo dell'impresa alla sostenibilità (Hambrick & Mason, 1984; Jamali et al., 2008). Le evidenze indicano che ciò è riconducibile non solo ad una maggiore sensibilità delle donne verso tematiche di natura etico-sociale e relazionale, spesso definite “soft”, come la responsabilità sociale e le relazioni con gli stakeholder, ma anche alle aspettative sociali e organizzative che tendono ad assegnare loro tali aree di responsabilità (Bilimoria & Piderti, 1994; Zelechowski & Bilimoria, 2006).

In particolare, la presenza e il numero di donne nei Consigli di Amministrazione sono positivamente correlati con il livello di trasparenza aziendale in materia di sostenibilità e responsabilità sociale (Frias-Aceituno et al., 2013; Peng et al., 2024). Questa influenza si manifesta in molteplici dimensioni: nell'ampiezza e completezza delle informazioni divulgate (Issa & Fang, 2019; Ong & Djajadikerta, 2018), nella qualità e affidabilità dei dati trasmessi (Khan et al., 2019; Mahmood & Orazalin, 2017; Vitolla et al., 2020), nella trasparenza della comunicazione di queste informazioni (García-Torea et al., 2017) e nella riduzione delle pratiche opportunistiche di *impression management*, ossia della tendenza a divulgare informazioni distorte o strumentali (García-Sánchez et al., 2022).

La maggiore inclinazione al monitoraggio e al controllo esercitata dalle donne ha un impatto positivo nei processi organizzativi, attraverso diversi canali: migliore attività di audit, controllo e monitoraggio (Khan et al., 2019), migliori competenze contabili e capacità di valutazione delle performance (Saini & Singhanian, 2018).

Tuttavia, tali dinamiche virtuose si verificano quando il numero di donne leader è consistente rispetto alla numerosità complessiva dei ruoli di leadership, ad esempio rispetto al numero di persone presenti nei Consigli di Amministrazione (Joecks et al., 2013; Liu et al., 2014). Coerentemente con la teoria della “massa critica” elaborata da Kanter (1977a, 1977b), fino al raggiungimento di una certa soglia, o massa critica, di donne all'interno di un gruppo, l'attenzione dei membri di questo non si concentra sulle potenzialità aggiunte, sia in termini di conoscenze che di competenze, della presenza di donne; di conseguenza i gruppi sbilanciati presentano performance inferiori rispetto ai gruppi eterogenei.

La diversità di genere nelle posizioni apicali conduce all'implementazione di politiche aziendali più attente alle pari opportunità, che portano ad un processo di selezione più equo ed efficace, dando valore al capitale umano aziendale (Darmadi, 2011). Inoltre, la diversità di genere è un fattore abilitante per ridurre la segregazione verticale, per promuovere l'equità retributiva e per favorire la mobilità per le donne (Cohen & Huffman, 2007; Stainback & Kwon, 2012; Zelechowski & Bilimoria, 2006), in linea con le teorie dell'omofilia (McPherson et al., 2001), dell'in-group preference (Tajfel, 1982) e dell'attrazione-per-somiglianza (Byrne, 1971), favorendo processi di ascesa “bottom-up” (Elliott & Smith, 2001). In questa tipologia di letteratura, le donne vengono descritte come “eroine” organizzative, leader che non solo possiedono l'autorità e la capacità

di influenzare processi e risultati, ad esempio nei meccanismi di reclutamento e promozione (Skaggs et al., 2012), ma anche la motivazione ad aiutare altre donne appartenenti al proprio gruppo sociale, in virtù di una natura orientata alla cura e al supporto (Corwin et al., 2022; Derks et al., 2016). Esse agiscono inoltre come forza ispiratrice attraverso attività di advocacy e mentorship (Guldiken et al., 2019), rafforzando la rappresentanza femminile ai livelli gerarchici inferiori (Gould et al., 2018).

Nel complesso, la diversità di genere nei vertici aziendali non agisce solo come leva per migliorare la sostenibilità e la trasparenza, ma anche come elemento **abilitante**, capace di generare effetti virtuosi sulla cultura aziendale, sulla composizione della forza lavoro e sulle prospettive di carriera delle donne.

2.3 La leadership femminile in sanità: sfide, impatti, soluzioni

Il livello di rappresentanza femminile nei ruoli di leadership delle organizzazioni varia significativamente tra i vari settori industriali, e richiede approfondimenti specifici per ciascuno (Saggese et al., 2021). Nel settore sanitario la letteratura evidenzia il persistere di una segregazione verticale di genere, con una significativa sotto-rappresentanza delle donne nelle posizioni executive (Trinchese et al., 2024).

Nonostante le numerose evidenze che dimostrano come la diversità di genere nei ruoli di leadership sia associata a migliori performance nelle organizzazioni sanitarie (Lantz, 2008), si registra ancora una marcata sotto-rappresentanza femminile, che si manifesta indistintamente sia nei ruoli di vertice aziendale (Soklaridis et al., 2017), sia nelle diverse professionalità del settore sanitario, come medici, chirurghi, infermieri, ecc. (Abelson et al., 2016; Arena et al., 2020a; Pincha Baduge et al., 2024). In particolare, nel caso specifico della direzione degli ospedali, le donne sono significativamente sottorappresentate nella maggior parte dei ruoli esecutivi e questo divario si allarga nelle strutture ospedaliere di grandi dimensioni (Mose, 2021). Per quanto riguarda i medici specialisti, il gap si riconferma nella maggioranza delle specialità, sebbene con percentuali variabili: dai cardiologi (Walsh, 2018) ai pediatri (Allan et al., 2020), dagli oncologi (Chowdhary et al., 2020) agli specialisti di medicina nucleare (Moghimi et al., 2019). Anche tra il personale sanitario (Pincha Baduge et al., 2024), nelle carriere accademiche (Jagsi et al., 2020) e tra i leader delle società scientifiche (Jagsi et al., 2020) questo divario rimane persistente.

Il termine “soffitto di cristallo” viene utilizzato per rappresentare “l’insieme di barriere sociali, culturali e psicologiche che si frappongono come un ostacolo insormontabile, ma all’apparenza invisibile, al conseguimento della parità dei diritti e alla concreta possibilità di fare carriera nel campo del lavoro per categorie storicamente soggette a discriminazioni” (Treccani).

Questo fenomeno si verifica anche nel settore sanitario, e numerosi sono gli studi che si focalizzano sulle barriere che non consentono alle donne di raggiungere le posizioni apicali delle professioni del settore sanitario (El Arnaout et al., 2019).

Tra le principali sfide individuate, il bilanciamento tra vita professionale e personale emerge come una delle barriere più rilevanti per le donne nella professione medica (Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012). Tra le professioniste del settore sanitario, infatti, questa è riconosciuta come la barriera più significativa all'avanzamento di carriera (Bismark et al., 2015). Come affermato da Carnes et al. (2008), le donne continuano ad assumersi la responsabilità primaria della cura dei familiari e dei lavori domestici, dovendo al contempo rispondere alle pressioni legate alla produttività professionale. Questa duplice richiesta di tempo e impegno genera rallentamenti nella carriera delle donne.

Un ulteriore elemento critico riguarda la riluttanza delle donne ad accettare ruoli di leadership, poiché i sacrifici richiesti sono percepiti come eccessivi rispetto ai benefici. In uno studio di Roth et al. (2016) viene osservato come l'assunzione di ruoli apicali comporti costi che non ne giustificano i benefici, laddove i costi sono spesso associati al dover "lasciare indietro qualcosa", sia in termini di tempo dedicato alla pratica clinica, sia in relazione alla sfera familiare.

Una categoria di professionisti che risulta particolarmente svantaggiata è quella del personale infermieristico (Pincha Baduge et al., 2024), nonostante sia ampiamente dimostrato come la leadership infermieristica efficace abbia un impatto fondamentale sulla qualità dell'assistenza e sugli esiti clinici dei pazienti (Cummings et al., 2021; Stilwell & Newman, 2022). In particolare, in molti contesti i membri di questa categoria dispongono di modelli di ruolo inadeguati, con una carenza di formazione in materia di leadership e un orientamento minimo ai ruoli dirigenziali (Kalaitzi, 2020). I principali ostacoli organizzativi alla leadership femminile infermieristica riguardano fattori culturali, tra cui la percezione dell'infermieristica come professione femminile e gli stereotipi sui ruoli di comando (Pincha Baduge et al., 2024).

Dunque, anche nel settore sanitario, sebbene strutturalmente non sembrano esserci ostacoli evidenti che impediscano alle donne di salire nella scala gerarchica, si manifesta comunque una scarsità di donne in posizioni apicali e, conseguentemente, una ridotta rappresentanza delle loro prospettive nei processi decisionali e nelle politiche istituzionali. Tale assenza si ripercuote anche sulle generazioni più giovani, che faticano a trovare modelli e mentori femminili capaci di incoraggiare e ispirare percorsi di carriera verso ruoli di vertice (Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012).

La persistente sottorappresentazione delle donne ai vertici delle organizzazioni sanitarie è un fenomeno complesso, che richiede una comprensione estensiva delle molteplici barriere all'ingresso e all'avanzamento professionale. Come sottolineato da LaPierre & Zimmerman (2012), piuttosto che infrangersi, il

cosiddetto soffitto di vetro sembra essersi semplicemente alzato, rendendo l'accesso ai ruoli di leadership femminile ancora più difficile. Le barriere sono state analizzate singolarmente dalla letteratura, tuttavia, manca ancora una prospettiva integrata che esamini in che modo ciascuna di queste dimensioni contribuisca al quadro complessivo delle disuguaglianze nel settore sanitario (Bismark et al., 2015; Kalaitzi, 2020).

Diversi studi evidenziano che una maggiore rappresentanza femminile ai vertici aziendali produce effetti positivi sulle performance organizzative, migliorando la soddisfazione del personale (Blanco-Oliver et al., 2018), i risultati finanziari (Naciti et al., 2022) e la capacità di innovazione (Arena et al., 2020).

Gli studiosi riconoscono da tempo l'importante ruolo che i leader rivestono nella performance e nel miglioramento dei sistemi di erogazione dei servizi sanitari (Guldiken et al., 2019). In particolare, Silvera e Clark (2021) hanno dimostrato che le CEO donne tendono a migliorare in misura maggiore l'esperienza interpersonale delle cure, intesa come la percezione che i pazienti sviluppano nei confronti dei professionisti con cui entrano in contatto durante il percorso assistenziale, in particolare rispetto alla qualità delle interazioni, dell'ascolto e della comunicazione. Secondo lo studio, le CEO donne incidono su questa dimensione perché riescono a mobilitare più efficacemente il personale infermieristico, composto prevalentemente da donne, che per natura professionale e per caratteristiche culturali è spesso orientato alla relazione e alla comunicazione empatica.

Infine, la leadership femminile ha impatti anche sulla salute delle donne attraverso la maggiore attenzione alla medicina di genere, che necessita di essere sviluppata in modo consistente grazie alla presenza di un numero maggiore di donne nei ruoli apicali dell'accademia di scienze mediche. Il rischio, altrimenti, è che la salute delle donne rimanga al di sotto di un soffitto di cristallo, senza realizzare il pieno potenziale sia dei professionisti sia delle pazienti verso tali temi di ricerca (Carnes et al., 2008).

2.4 Approcci per favorire l'equità di genere nelle posizioni apicali in sanità

La letteratura scientifica individua alcuni interventi organizzativi considerati più efficaci per favorire l'equità di genere, suddividendoli in cinque categorie principali (Mousa et al., 2021): 1) processi organizzativi, 2) consapevolezza e coinvolgimento, 3) mentoring e networking, 4) formazione e sviluppo della leadership, e 5) strumenti di supporto.

Per quanto riguarda i processi organizzativi, il *commitment* della direzione strategica, così come l'introduzione di una *vision* e di obiettivi strategici aziendali che hanno al centro la promozione della parità e garantiscono l'*accountability* su tali

temi, sono strumenti fondamentali per garantire la riduzione delle discriminazioni di genere nelle aziende del settore sanitario.

Altre tipologie di interventi includono politiche per il bilanciamento della vita lavorativa e personale, a vantaggio degli impegni familiari, come la flessibilità lavorativa, il supporto alla maternità e paternità, i fondi per il supporto alla gestione dei figli o di altri familiari, ecc.

Nella categoria della consapevolezza e coinvolgimento, gli interventi richiedono approcci partecipativi che coinvolgano attivamente la forza lavoro nella co-progettazione e implementazione di politiche aziendali orientate alla parità di genere. Ciò è particolarmente utile per modificare la cultura organizzativa che, a volte implicitamente, pone dei bias all'avanzamento di carriera delle donne.

Il coinvolgimento rappresenta un prerequisito fondamentale: quando i programmi di leadership sono allineati con gli obiettivi organizzativi e coinvolgono attivamente il *middle management*, si verifica un miglioramento delle competenze, della conoscenza, della fiducia e dell'autoefficacia delle partecipanti, poiché il supporto organizzativo incoraggia la partecipazione e riduce gli ostacoli implementativi.

Nella terza categoria, il *mentoring* è particolarmente efficace nell'orientare verso la parità di genere, soprattutto se preceduto da un pre-training specifico per i mentori e per i partecipanti, che informa sulle dinamiche *mentor-mentee* e stabilisce aspettative chiare, migliorando l'engagement (Mucheru et al., 2024). Inoltre, deve essere dedicato un tempo adeguato alle attività di mentoring.

Particolarmente significativo è il ruolo dei network: mentre le reti solo femminili tendono ad essere piccole e omogenee con relazioni forti ma minor influenza, i network che includono membri maschili offrono maggiori opportunità di avanzamento. Proprio per questo è necessario che le aziende sviluppino forme di networking che valorizzino le donne e consentano di aumentare la capacità di influenza.

Le soluzioni indicate precedentemente trovano una risposta concreta nella definizione di programmi di formazione e sviluppo dei leader, che devono garantire alle donne di accedere ad una formazione sia di hard che di soft skills, come fiducia in sé stessi e ambizione. Solo una formazione adeguata permette di eliminare le barriere che impediscono al genere femminile di ambire ad una progressione di carriera.

Infine, tra gli strumenti di supporto è necessario tenere in considerazione i sistemi di valutazione e misurazione della parità di genere in azienda, in modo da poter intervenire quando ci sono delle problematiche di discriminazione e le modificazioni nei sistemi di inserimento, mantenimento dei talenti e promozione al fine di garantire la maggiore equità nei percorsi di gestione delle risorse umane.

L'implementazione di questi interventi si scontra con alcune criticità (Mousa et al., 2022). In primis, l'impegno della leadership deve andare oltre la semplice sensibilizzazione per tradursi in accountability concreta, con competenze sul

tema inclusività integrate nelle valutazioni delle performance e negli indicatori di avanzamento di carriera: gli sforzi focalizzati esclusivamente sulla “sensibilizzazione” rischiano di avere impatto limitato sul cambiamento culturale a lungo termine. L’adattamento degli interventi alle esigenze individuali richiede poi di trovare un equilibrio tra personalizzazione e mantenimento dei principi che sottostanno all’intervento così come è stato pensato. Infine, la gestione del clima organizzativo richiede di comprendere come non creare resistenze controproducenti. Inquadrare l’iniquità come scontro della forza lavoro femminile contro la forza lavoro maschile può provocare reazioni negative, mentre è necessario un approccio che sposti il focus dalle dinamiche “di gruppo” alle trasformazioni organizzative.

Le evidenze convergono verso la necessità di interventi multi-livello che integrino commitment della leadership organizzativa, cambiamento delle pratiche e politiche istituzionali, e trasformazione della cultura organizzativa, delineando un percorso metodologicamente rigoroso per creare opportunità concrete di cambiamento nel settore sanitario (Mucheru et al., 2024; Mousa et al., 2021; Mousa et al., 2022). Tuttavia, l’efficacia di questi interventi non risiede nella loro semplice implementazione, ma nella comprensione delle dinamiche che li rendono funzionali nel contesto. Il successo degli interventi dipende dunque dall’interazione complessa tra contesti (ambienti e condizioni preesistenti), meccanismi (combinazione di risorse introdotte e contributo degli stakeholder) e *outcome* (Mucheru et al., 2024).

3. La metodologia di ricerca

L'Osservatorio si pone l'obiettivo di offrire una panoramica più completa possibile dell'equità di genere della leadership nel settore sanitario. In questo rapporto si è deciso di analizzare in particolare tre principali ambiti:

- *Organizzazioni sanitarie*: in questo ambito rientrano gli enti istituzionali a livello nazionale (Ministero della Salute e Agenzie ad esso correlate), a livello regionale e le aziende sanitarie pubbliche e private.
- *Imprese*: di questo ambito fanno parte le imprese operanti nei settori farmaceutico e dei dispositivi medici.
- *Formazione e conoscenza*: questo ambito, di nuova istituzione rispetto ai rapporti precedenti, comprende il sistema di formazione universitario nell'ambito delle discipline delle scienze mediche e le società scientifiche che contribuiscono allo sviluppo delle conoscenze dei professionisti membri.

Considerata l'eterogeneità dei diversi ambiti del settore e la diversa accezione del concetto di leadership, la raccolta dati ha coinvolto molteplici fonti. Al fine di rendere comparabili le analisi tra i diversi ambiti, l'ultimo anno considerato è il 2023. Laddove disponibili, sono fornite le serie storiche sull'occupazione e sulla leadership nel settore sanitario, con l'ulteriore scopo di rappresentare i trend e la direzione del fenomeno.

Di seguito si forniscono informazioni di dettaglio per ciascuno dei tre ambiti.

3.1 Organizzazioni sanitarie

Un primo livello di analisi ha interessato gli organi e gli enti istituzionali, nazionali e regionali, coinvolti nella governance dell'assetto istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

Tra gli enti istituzionali che rivestono un ruolo centrale nella governance del SSN, sono stati inclusi il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). I dati sono stati estratti dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, una rilevazione censuaria condotta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Questo database ufficiale raccoglie informazioni dettagliate sul personale impiegato nelle pubbliche amministrazioni italiane. Per individuare ulteriori enti di supporto al SSN, è stata effettuata una ricerca mirata all'interno dei comparti pubblici, utilizzando parole chiave come "salute", "sanità" e "welfare". Per ciascuno di questi enti, l'analisi ha preso in esame, come ruoli di leader, il personale dirigente riportato nel Conto Annuale. Tale classificazione comprende i direttori delle direzioni

generali, i dirigenti professionali, tecnici, amministrativi e sanitari (inclusi medici, farmacisti e personale sanitario).

Per i SSR l'analisi consente di restituire una fotografia della distribuzione di genere nelle posizioni di vertice degli organi politici e amministrativi. Tali organi si occupano della gestione del sistema sanitario di ciascuna Regione, definendo politiche, piani e strategie per garantire l'assistenza sanitaria, la prevenzione, la cura e la promozione del benessere della popolazione sul proprio territorio. I dati relativi agli organi politici e amministrativi, con particolare riferimento alla composizione di genere delle cariche da assessore e dei direttori o delle direttrici delle direzioni generali sanità, salute, welfare o affini, sono stati ricavati dai siti istituzionali delle singole Regioni.

Il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato è la fonte di riferimento per le aziende sanitarie pubbliche e include tutte le strutture a direzione di personale del SSN¹. L'orizzonte temporale considerato va dal 2001 al 2023. Le categorie individuate all'interno delle aziende sanitarie del SSN sono riconducibili a cinque profili professionali: personale sanitario, medici, amministrativi, farmacisti e alcune tipologie di professionisti che, per la ridotta numerosità dei componenti, sono ricadute nella categoria "altro". Tuttavia, date le specificità e la natura profondamente diversa di questi profili professionali, l'individuazione contrattuale del ruolo dirigenziale non trova perfetta corrispondenza con le posizioni di leadership presenti nell'organigramma aziendale (si pensi, ad esempio, a tutti i medici che contrattualmente sono dirigenti, ma la cui larga maggioranza non ricopre posizioni di leadership nelle aziende sanitarie). Dunque, la definizione e classificazione dell'Osservatorio dei ruoli di leader nelle organizzazioni sanitarie è il frutto dello studio delle posizioni di sovra-ordinazione gerarchica all'interno degli organigrammi aziendali e in casi particolari, come quello delle professioni infermieristiche, di un confronto con il Comitato Scientifico, i cui membri sono rappresentanti delle principali categorie professionali censite nel *Conto Annuale*.

Nell'analisi del personale del SSN è stato quindi necessario adottare due prospettive.

La prima prospettiva è basata sulle posizioni di leadership garantite dalla sovra-ordinazione gerarchica negli organigrammi aziendali e presente nella classificazione delle fonti ufficiali (ad es. Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari, Socio-Sanitari, Direttori di Struttura Complessa e Direttori di Struttura Semplice). In questo caso rientrano medici, odontoiatri e farmacisti. I dipendenti che svolgono queste professioni nelle aziende sanitarie pubbliche sono contrattualmente incardinati come dirigenti. Tuttavia, si possono distinguere due ruoli di leadership che corrispondono al grado ricoperto nella gerarchia

1 Attualmente non sono disponibili i dati relativi alle strutture a direzione universitaria delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

aziendale: Direttori con incarico di Struttura Complessa e Direttori con incarico di Struttura Semplice. Inoltre, la categoria genericamente indicata “altro” raccoglie le seguenti categorie: biologi, chimici, fisici, psicologi, veterinari e ricercatori. Anche in questo caso i ruoli di leadership sono stati considerati per coloro che ricoprono incarichi di struttura complessa o di struttura semplice.

La seconda prospettiva, invece, si fonda su un approccio più funzionale e inclusivo, necessario per cogliere la complessità del sistema sanitario, in cui coesistono professionalità eterogenee e percorsi di carriera differenti. In tale ottica, la leadership non è esclusivamente attribuibile a figure di direzione, come i Direttori di Struttura Complessa o Semplice, ma può essere riconosciuta anche in quei professionisti che assumono crescenti livelli di responsabilità all'interno delle proprie aree operative. In questa seconda prospettiva, in particolare, ricade il caso del personale infermieristico. Per tale categoria, nella fase di identificazione dei ruoli e delle posizioni di leadership, un contributo particolarmente rilevante è stato fornito dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). Il supporto di FNOPI si è rivelato cruciale, in considerazione della specificità della professione infermieristica e del limitato riconoscimento dei ruoli di leadership in questo ambito sia a livello contrattuale come dirigenti, sia negli organigrammi aziendali come direttori di struttura. Grazie alla collaborazione con FNOPI è stato possibile individuare, anche tra il personale non dirigente, figure che esercitano funzioni di coordinamento e che, di fatto, rivestono un ruolo assimilabile a quello di leader. In particolare, il CCNL del 21.05.2018 triennio giuridico ed economico 2016-2018 e CCNL del 11.07.2019 triennio 2016-2018 hanno individuato la categoria di personale sanitario senior, ossia un “incarico di organizzazione che comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria”.

Il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato riporta, inoltre, i dati anagrafici delle strutture sanitarie private accreditate, ossia enti privati autorizzati che hanno ottenuto un riconoscimento formale per erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN. Tuttavia, non sono disponibili informazioni relative alla distribuzione del personale di queste istituzioni, e, pertanto, non è stato possibile condurre le analisi di questa area del settore.

3.2 Imprese

Per le imprese del settore farmaceutico dei dispositivi medici, i dati sono stati ricavati grazie alla rete di stakeholder facenti parte del Comitato Scientifico e dell'Advisory Board. Il coinvolgimento diretto di tali soggetti ha reso possibile l'accesso a informazioni non disponibili attraverso fonti pubbliche, garantendo così un approfondimento anche su questi fronti.

In particolare, i dati relativi al settore farmaceutico sono stati raccolti grazie alla collaborazione con il Centro Studi e Ricerche di Farindustria². Il dataset condiviso dal Centro Studi di Farindustria è stato costruito su elaborazione di indagini interne unite a dati ISTAT e INPS, che hanno permesso di mappare alcune variabili rilevanti sulla leadership femminile, in particolare consentendo di analizzare la distribuzione di genere nei ruoli di quadri e di dirigenza del settore farmaceutico, dal 2012 al 2023.

Il Centro Studi e Ricerca di Confindustria-Dispositivi Medici³ ha, invece, fornito i dati relativi all'occupazione nel settore dei dispositivi medici. I dati relativi al settore dei dispositivi medici riguardano un intervallo di tempo che va dal 2021 al 2023. Questi hanno consentito di mappare le posizioni apicali all'interno del settore e il relativo genere. La leadership è analizzata sulla base di cinque categorie di posizioni apicali previste nel database AIDA: Membri del Consiglio di Amministrazione, Presidente, Rappresentanti Legali, Audit, Vertice Aziendale. L'informazione è dettagliata per genere, per età, per ruolo, e per area di leadership. Inoltre, il database di Confindustria-Dispositivi Medici tiene conto specificamente delle business unit del settore dei dispositivi medici, escludendo occupati e leader riconducibili a settori diversi (es. attività di consulenza).

3.3 Formazione e società scientifiche

L'ambito della formazione è stato analizzato attraverso lo studio della composizione del personale universitario. A tal fine, si è fatto riferimento al database del personale universitario del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR), che raccoglie i dati anagrafici e professionali relativi ai professori ordinari, professori associati e ricercatori. In questo contesto, il ruolo di leader è stato attribuito ai professori ordinari, in quanto rappresentano il grado più elevato della carriera accademica. L'area disciplinare oggetto dell'analisi è l'Area 06 – Scienze Mediche, che comprende numerosi settori scientifico-disciplinari, tra cui medicina, chirurgia, genetica, statistica medica, scienze infermieristiche, scienze dietetiche e altri ambiti affini. Si tratta dell'area che contribuisce a formare la maggior parte dei professionisti destinati a operare nei diversi settori del sistema sanitario.

2 Farindustria è l'Associazione delle imprese del farmaco. Essa aderisce a Confindustria, alla Federazione Europea (EFPIA) e a quella mondiale (IFPMA). Fondata nel 1978, raccoglie circa 200 aziende operanti sul territorio italiano, con un totale di 70.000 addetti (di cui il 45% è donna) e un fatturato totale di € 34,4 miliardi.

3 Confindustria-Dispositivi Medici è la Federazione di Confindustria che “unisce, rappresenta e valorizza le imprese che operano in Italia nel settore dei dispositivi medici” (Ref.). Questa riunisce 500 imprese del settore e raccoglie dati per 4.641 imprese in Italia, per un totale di 117.607 dipendenti (di cui il 46% è donna) che operano in un mercato da € 18,3 miliardi. Confindustria-DM rappresenta il 75% del mercato in termini di fatturato. Infatti, il settore è composto al 94% di PMI. Il restante 6% copre la maggior parte del fatturato del mercato e sono le aziende di maggiore interesse. Le aziende associate a Confindustria-DM sono le più grandi.

La Figura 3.1 fornisce un quadro di sintesi rispetto ai flussi di dati impiegati per svolgere le analisi dell'occupazione e della leadership negli ambiti delle organizzazioni sanitarie, delle imprese e della formazione e conoscenza. La Figura 3.2 riportagli incarichi considerati come apicali per ciascuno di questi ambiti.

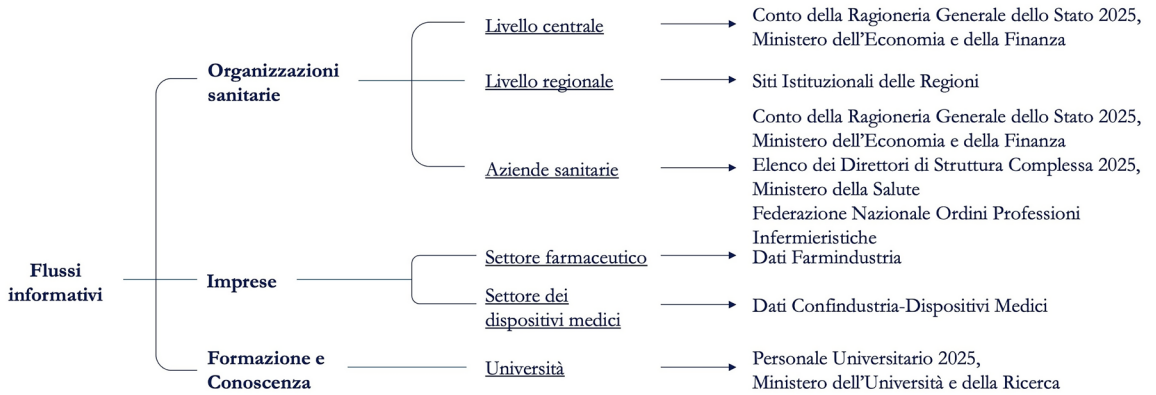


Figura 3.1. Flussi informativi

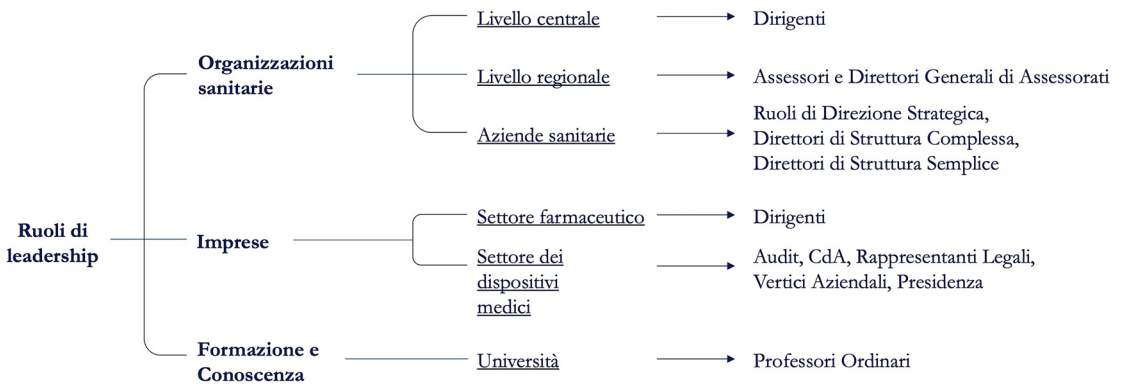


Figura 3.2. Incarichi di leadership

4. L'equità di genere nella leadership nel settore sanitario pubblico e privato in Italia

In questo capitolo vengono analizzate la composizione di genere degli occupati e la presenza femminile nei ruoli di leadership all'interno delle organizzazioni sanitarie, delle imprese e del settore della formazione e della conoscenza. Per ciascun ambito vengono esaminate le serie storiche relative agli anni per i quali sono disponibili i dati e, ove possibile, la distribuzione territoriale a livello regionale.

4.1 Organizzazioni sanitarie

4.1.1 Ministero e Agenzie

Una prima dimensione di analisi ha riguardato gli enti che caratterizzano l'assetto istituzionale del SSN a livello centrale. Essi sono:

- Il Ministero della Salute, dicastero del governo con la finalità della tutela del diritto alla salute umana, atto al coordinamento del SSN. Sono parte integrante del Ministero alcuni organi con ruolo consultivo e ispettivo, tra cui il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), che analizza problemi e avvenimenti di interesse sanitario e propone norme, indagini e standard per la tutela e l'organizzazione della salute pubblica;
- L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ente pubblico non economico di rilievo nazionale che si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome;
- L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ente pubblico nazionale che regola i farmaci, governa la spesa farmaceutica e segue il ciclo di vita dei medicinali per garantirne efficacia, sicurezza, appropriatezza e accesso sul territorio nazionale;
- L'Istituto Superiore di Sanità, ente di diritto pubblico che svolge il ruolo di organo tecnico-scientifico del SSN attraverso funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

Nel 2023 questi enti istituzionali presentano un discreto equilibrio nella distribuzione per genere degli occupati (Figura 4.1) e dei leader (Figura 4.2). In tali istituzioni, l'occupazione femminile si attesta tra il 55% e il 70%. Esaminando i ruoli dirigenziali, la percentuale di leader donna si attesta tra il 60% e il 75%. Questa percentuale si mantiene alta anche laddove le posizioni di leadership rispetto al totale degli occupati siano poco numerose. In particolare, questa è la situazione dell'ISS, che registra un totale di 123 leader, pari al 7,03% del totale degli occupati, di cui il 60,16% sono donne, per un totale di 74 donne leader.

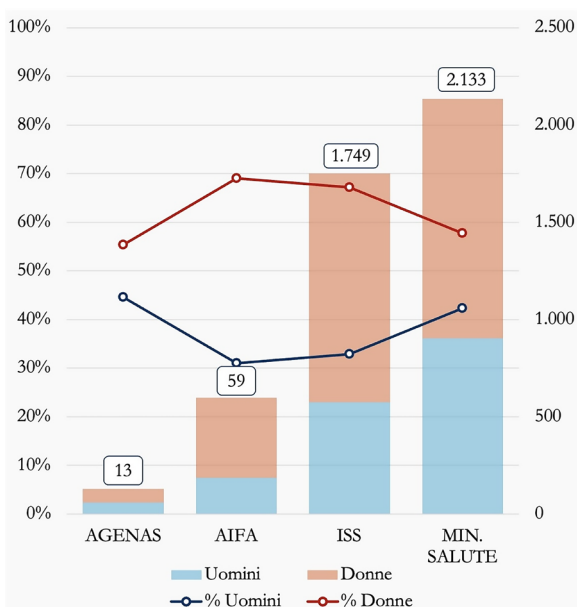


Figura 4.1. Occupati di AGENAS, AIFA, ISS, Ministero della Salute (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2025

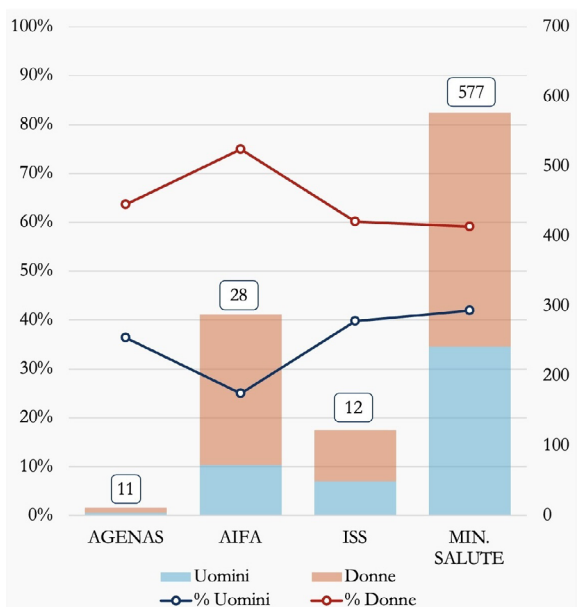


Figura 4.2. Leader di AGENAS, AIFA, ISS, Ministero della Salute (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2025

Il numero complessivo di occupati del Ministero della Salute si attesta a 2.133, di cui il 26,58% ricopre ruoli di leader (335 donne e 232 uomini). La maggior parte dei dipendenti appartengono al personale amministrativo (939 donne e 622 uomini), rispetto al quale 47 donne e 42 uomini assumono cariche dirigenziali assimilabili a ruoli di leadership. In particolare: il sottosegretario del Ministero è uomo; tra i quattro dipartimenti del Ministero¹ solo il Dipartimento della prevenzione della ricerca e delle emergenze sanitarie ha a capo una direttrice. D'altro canto, le fasce di dirigenza dal 2° livello in poi, sono equamente attribuite a uomini e donne (36 donne e 36 uomini). Infine, tra i dirigenti medici il numero di donne (288) è superiore a quello degli uomini (190).

Fa parte del Ministero anche il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute guidato da 14 uomini e 1 donna con la carica di tenente colonnello e composto da 69 uomini e 3 donne, con le cariche di luogotenenti, marescialli o capitani.

L'ISS e AGENAS registrano le percentuali più basse di leader rispetto al numero degli occupati (rispettivamente 7,03% e 8,46%). L'ISS, condotta da Presidente e Direttore Generale (DG) uomini, è un istituto composto per la maggior parte da ricercatori (610 ricercatrici e 214 ricercatori, 88 tecnologhe e 40 tecnologi) e ricoprono ruoli di dirigenza 369 ricercatrici e 96 ricercatori, 6 tecnologhe e 5 tecnologi. Nel caso di AGENAS, l'ente è a guida di un DG e un Presidente uomini, gli occupati sono principalmente collaboratori amministrativi (64 donne e 52 uomini), dei quali 7 donne e 1 uomo ricoprono incarichi dirigenziali. Inoltre, fanno parte dell'Agenzia anche 1 medico Direttore di Struttura Complessa e 2 Direttori di Struttura Semplice.

Su un totale di 597 dipendenti in AIFA (di cui il 69,01% donne e il 30,99% uomini) il 48,24% assume ruoli di leadership. I ruoli di Presidente, Direttore Amministrativo e Direttore tecnico-scientifico sono ricoperti da uomini, così come è integralmente maschile la composizione del Consiglio di Amministrazione (5 uomini) e del collegio dei Revisori dei Conti (3 uomini). Le donne con posizioni di leadership sono particolarmente presenti nelle seguenti aree: area relazioni esterne, ufficio qualità delle procedure, area amministrativa, area pre-autorizzazione, area autorizzazione medicinali, area vigilanza post-marketing e area strategia ed economia del farmaco.

1 Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio; Dipartimento della prevenzione della ricerca e delle emergenze sanitarie; Dipartimento della programmazione dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale; e Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali.

Tabella 4.1 – Distribuzione per genere di assessori e Dir. Generali della sanità e del welfare delle Regioni (2025)**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sui dati dei siti istituzionali delle Regioni (2025)

		Vertice della Direzione Generale			
		Uomini		Donne	
Ruoli di assessore	Uomini	12	(57,14 %)	6	(28,57 %)
	Donne	2	(9,52 %)	1	(4,76 %)

4.1.3 Aziende sanitarie pubbliche

Aziende sanitarie pubbliche: overview complessiva sul personale

Il numero complessivo degli occupati del SSN è stato oggetto di trend diversificati nel corso del tempo (Figura 4.4) e gli ultimi dati a disposizione del 2023 evidenziano il raggiungimento del massimo storico di 681.974 unità. Nel 2005 il SSN contava 674.977 lavoratori, mentre tra il 2010 e il 2017 si è verificata una contrazione significativa dovuta alle politiche di blocco del turnover del personale, con una riduzione di 40.000 unità in 7 anni, fino a toccare il minimo di 629.310 nel 2017. A partire dal 2018 si è osservata una ripresa generale, con un incremento significativo nel biennio 2020-2021 in risposta all'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19, che ha portato gli occupati del settore rispettivamente a 647.210 e 652.298 unità.

Parallelamente, si è verificato un cambiamento anche nella distribuzione di genere del personale. Il numero di donne occupate è cresciuto costantemente: da 413.445 nel 2001 a 474.275 nel 2023. Anche la loro incidenza percentuale è aumentata, passando dal 61,3% nel 2001 al 69,5%, nel 2023, marcando un progressivo squilibrio a sfavore della componente maschile.

Il numero di leader del SSN ha avuto un andamento diverso rispetto al totale degli occupati (Tabella 4.2). Nel 2005 il numero complessivo delle posizioni da leader si attestava a 36.930, pari al 5,5% degli occupati. L'incidenza delle donne tra di essi era pari al 24,2% nel 2005. Da quel momento, il numero di leader ha continuato a diminuire progressivamente fino al 2020, quando si è toccato il minimo storico di 21.270 leader totali, pari al 3,3% dell'occupazione totale. Negli anni successivi il dato si è stabilizzato intorno a tali numeri (3,3% circa).

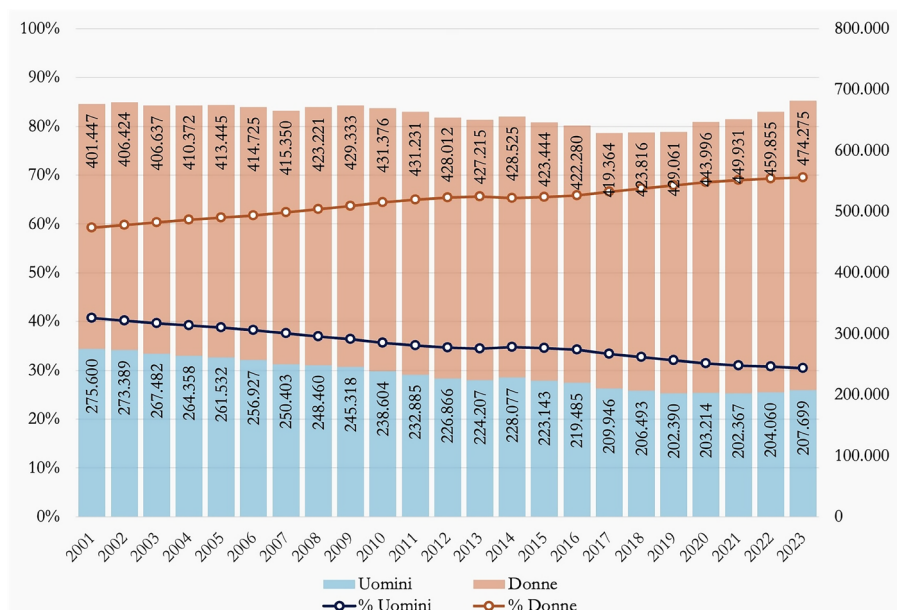


Figura 4.4. Occupati del personale del SSN (2001-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tabella 4.2 – Occupati e leader del personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2005	674.977	36.782	5,45%
2006	671.652	36.907	5,49%
2007	665.753	36.811	5,53%
2008	671.681	37.075	5,52%
2009	674.651	36.364	5,39%
2010	669.980	35.527	5,30%
2011	664.116	34.151	5,14%
2012	654.878	32.857	5,02%
2013	651.422	31.411	4,82%
2014	656.602	32.632	4,97%
2015	646.587	30.264	4,68%
2016	641.765	28.724	4,48%

2017	629.310	24.605	3,91%
2018	630.309	22.573	3,58%
2019	631.451	22.077	3,50%
2020	647.210	20.897	3,23%
2021	652.298	20.880	3,20%
2022	663.915	20.939	3,15%
2023	681.974	21.789	3,19%

Il personale del SSN si concentra soprattutto nel Nord Italia (Figura 4.5), in particolare nelle Regioni Lombardia (102.712), Emilia-Romagna (66.103), Veneto (61.733) e Piemonte (55.739). Seguono Toscana (52.269) e Lazio (49.541), dove si registrano i numeri più alti degli occupati nelle Regioni del Centro Italia, e Campania (49.748) e Puglia (41.303) nel Sud-Italia. Queste sono infatti le Regioni che contano il maggior numero di Aziende Sanitarie Pubbliche, che è anche proporzionale alla popolazione residente. Le Regioni con il minor numero di occupati sono invece Valle D'Aosta (2.098) e Molise (6.556). Nel Nord e nelle Regioni Toscana, Umbria, Marche e Sardegna più del 70% degli occupati sono donne. Seguono Lazio (67%) e Abruzzo (69%), mentre nelle restanti Regioni tale numero si attesta sotto al 65%, con una minore partecipazione femminile soprattutto in Calabria (57%), Sicilia (57%) e Campania (55%).

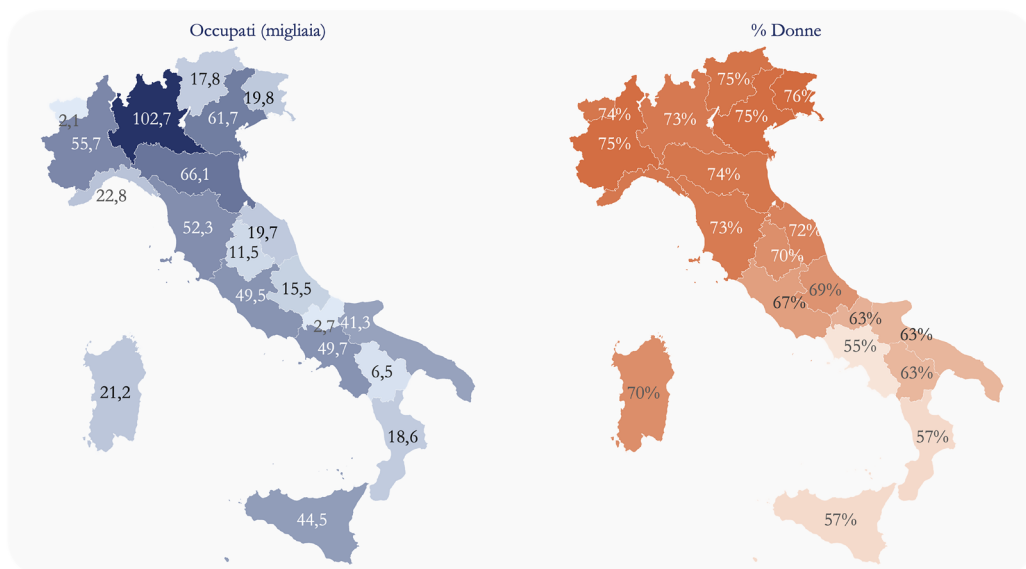


Figura 4.5. Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regione (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

A fronte della riduzione nel numero complessivo di leader, si è avviato un lento processo di riequilibrio nella distribuzione di genere tra i leader (Figura 4.6). Infatti, mentre il numero di donne leader è rimasto relativamente stabile (circa 9.000 unità), la loro incidenza sul totale percentuale è aumentata costantemente, passando dal 24,2% nel 2005 al 37,9% nel 2023. Questo trend suggerisce un lento miglioramento della rappresentanza delle donne nelle posizioni di leadership delle Aziende Sanitarie Pubbliche, sebbene rimanga ancora ben lontano dalla percentuale di donne occupate sul personale complessivo, ossia il 69,5% nel 2023.

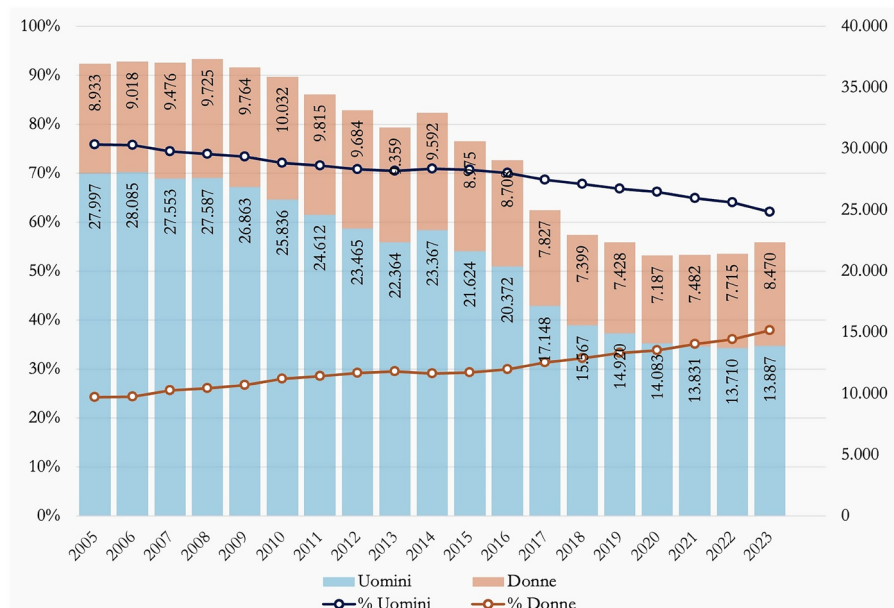


Figura 4.6. Posizioni di leader nel personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH per i leader del SSN rappresenta in maniera sintetica l'andamento nel tempo della rappresentanza delle donne nelle posizioni di leadership delle aziende sanitarie del SSN (Figura 4.7).

A partire dal 2005 l'indice ha mantenuto valori compresi tra 0,17 e 0,18, aumentando lentamente di anno in anno. Dal 2019 il GLIH è leggermente migliorato, superando la soglia di 0,19, fino ad arrivare a 0,21 nel 2023. Tuttavia, i dati confermano una persistente sotto-rappresentanza delle donne tra i leader del SSN rispetto alla loro occupazione complessiva: Proiettando questo trend nel futuro, è possibile stimare che il divario della rappresentanza femminile nei ruoli di leadership rispetto a quella maschile si chiuderà non prima di 30 anni.

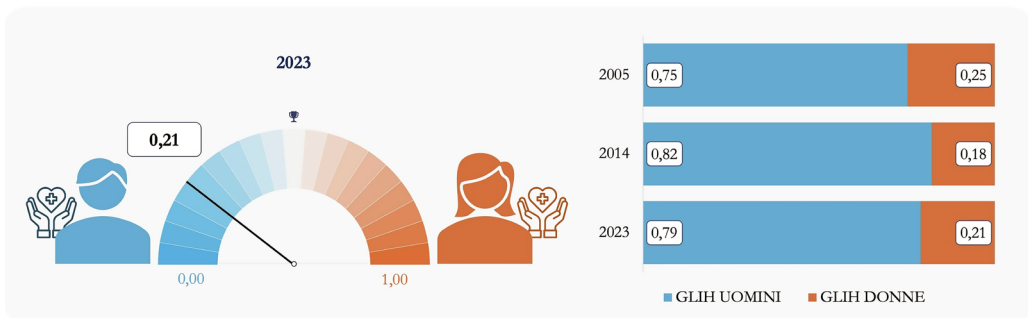


Figura 4.7. GLIH per i leader del personale del SSN (2005, 2014, 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il valore del GLIH varia tra le Regioni italiane da un minimo di 0,14 a un massimo di 0,27, come illustrato in Figura 4.8. Le Regioni con i valori più alti dell'indice sono Campania (0,27), Toscana (0,24) e Sicilia (0,24). Tuttavia, questi risultati non indicano necessariamente una maggiore partecipazione del genere femminile alla leadership, ma sono dovuti ad una minore percentuale di donne occupate. In altre parole, un valore elevato del GLIH può riflettere una maggiore rappresentanza relativa delle donne, semplicemente perché il numero complessivo di donne presenti è più basso. Il fenomeno opposto si osserva anche in Regioni con un'alta percentuale di donne occupate, come Emilia-Romagna (0,23), Lombardia (0,21), Toscana (0,20) e Umbria (0,20), dove il GLIH segnala una minore equità nella distribuzione dei ruoli di leadership. Infine, le Regioni con i valori più bassi dell'indice sono Valle d'Aosta (0,15) e Basilicata (0,15), seguite dal Veneto (0,16), quest'ultima tra le Regioni con il maggior numero di occupati nel SSN.

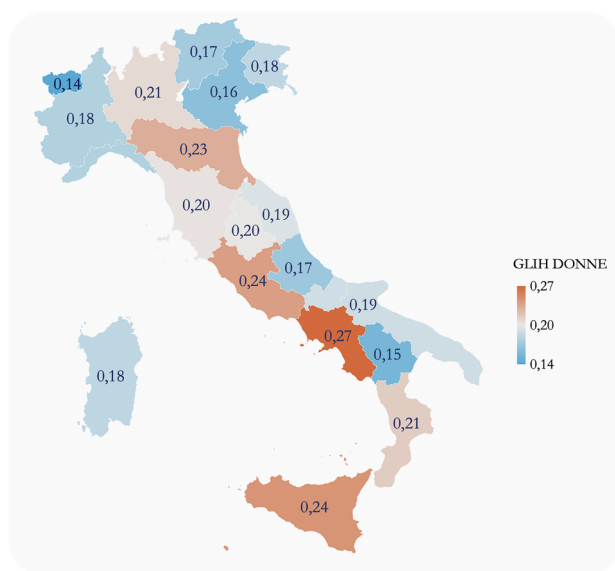


Figura 4.8. GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il personale del SSN, nel 2023, è distribuito (in ordine per numero di occupati) tra personale sanitario (357.798 unità – 52,5%), medico (108.339 unità – 15,9%), amministrativo (19.987 unità – 28,6%), farmacista (3.210 unità – 4,7%) e altro personale (17.730 unità – 26%) (Figura 4.9).

La percentuale di donne occupate in ciascuna delle professioni oggetto di analisi è maggiore rispetto agli uomini. I farmacisti e il personale sanitario sono le categorie in cui si attestano le più alte percentuali di donne, rispettivamente 80,2% e 75,7%, per un totale di 2.573 e 271.003 donne. Rimane alta la percentuale di donne anche tra gli amministrativi e il personale nella categoria “altro”, rispettivamente 75.526 unità (60,8%) e 12.283 unità (69,3%). Più bilanciata è la proporzione di donne nella categoria dei medici: si contano infatti 57.916 dottoresse pari al 53,5% del totale. Tra i farmacisti e il personale sanitario si attestano anche le più alte percentuali di leader donna, rispettivamente 79,2% e 56,8%, per un totale di 293 e 450 leader. Tra i primi sono considerati leader i dir. di struttura complessa e dir. di struttura semplice mentre tra i leader del secondo sono inclusi tutti i dirigenti delle professioni sanitarie. Per quanto queste categorie sembrano equilibrate anche dal punto di vista della leadership in realtà questo bilanciamento è in parte imputabile al numero significativamente basso di leader totali delle categorie (rispettivamente 370 e 903). Infatti, guardando alla categoria degli amministrativi, si osserva una percentuale di donne leader inferiore rispetto a quella degli uomini (45,2% per un totale di 1.466 donne).

Ma ancor più sbilanciata è la professione dei medici, dove si contano solo 5.323 donne leader, pari al 33,2% dei leader medici.

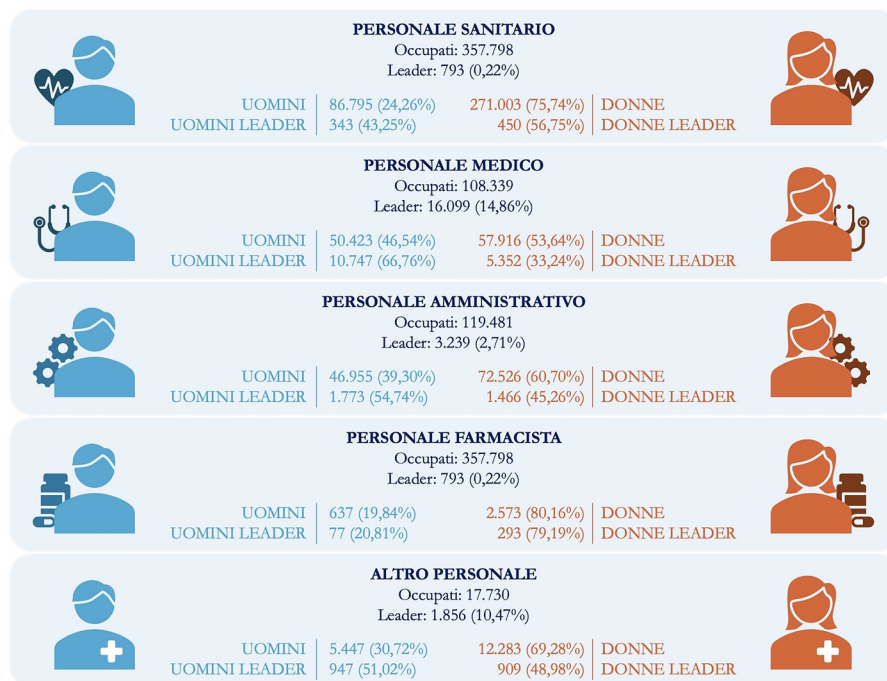


Figura 4.9. Occupati e leader del personale del SSN per categorie (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

La Figura 4.10 mostra il GLIH nelle singole categorie di professionisti.

Il GLIH dei farmacisti si attesta a 0,49, indicando un equilibrio quasi perfetto tra farmacisti con incarichi di Struttura Complessa e Semplice donne e uomini.

Il GLIH del personale sanitario si attesta su un valore di 0,30, analogo a quello registrato per le categorie dei medici, del personale amministrativo e di altro personale. Sebbene nel caso del personale sanitario la quota di donne leader sia superiore a quella degli uomini, essa risulta comunque inferiore di circa 20 punti percentuali rispetto alla percentuale complessiva di donne impiegate in tale professione. Tale scarto evidenzia una chiara situazione di squilibrio a sfavore delle donne. Un andamento simile, seppur in misura leggermente ridotta, si osserva anche tra il personale amministrativo, dove la distanza tra la percentuale complessiva di donne occupate e quella di donne in posizioni di leadership si mantiene attorno al 15%. Neanche tra i medici, categoria in cui il divario nel totale dei medici donna e uomini è meno ampio che nelle altre categorie del personale del SSN, si riscontra un effettivo equilibrio: la quota di donne leader

è talmente esigua da non rappresentare in modo significativo la popolazione femminile della categoria.

In sintesi, l'indice mostra valori simili in tutte le categorie poiché, sebbene per motivi diversi, le donne in ruoli di leadership risultano fortemente svantaggiate: nel personale sanitario, composto in larga parte da donne, si evidenzia una scarsa possibilità di raggiungere ruoli apicali nella gerarchia aziendale; tra i medici, invece, l'equilibrio di genere nel numero complessivo si accompagna a un ancor più ridotto accesso alle posizioni di vertice da parte delle donne.

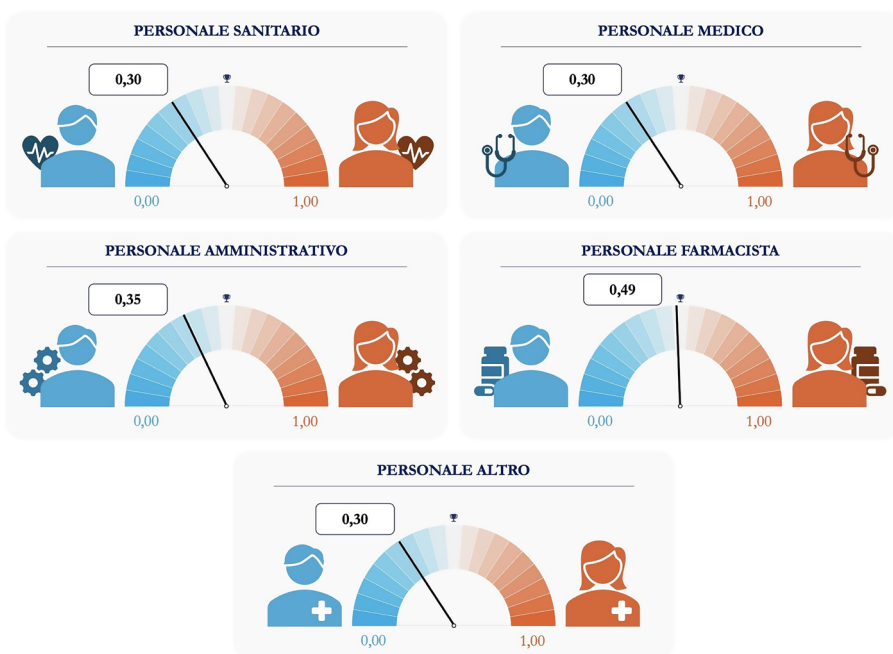


Figura 4.10. GLIH per i leader del personale del SSN per categorie (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Aziende sanitarie pubbliche: la Direzione Strategica

La composizione della direzione strategica delle aziende sanitarie italiane, come riportato in Figura 4.11, comprende quattro principali figure di vertice, tre delle quali sono previste dalla normativa nazionale 502/92 e presenti in tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche – Direttori e Direttrici Generali (DG), Direttori e Direttrici Sanitari/e (DS), Direttori e Direttrici Amministrativi/e (DA) – e la quarta rappresentata dai Direttori e Direttrici Socio Sanitari o Sociali che sono previsti esplicitamente dalle normative di alcuni SSR e, perciò, non presenti in

tutto il SSN. I DG rappresentano l'area in cui si registra la più bassa presenza femminile, con solo il 23,65% delle posizioni occupate da donne su un totale di 203 ruoli censiti. Seguono i DS, con una percentuale di donne pari al 30,95% su un totale di 210 ruoli censiti. Si tratta di dati che evidenziano un marcato gender gap nelle posizioni apicali, soprattutto nelle funzioni di maggiore responsabilità strategica e gestionale. Al contrario, una maggiore presenza femminile si riscontra nei DA e nei DSS, dove si registrano percentuali più prossime alla parità di genere: 44,7% per le DA, su un totale di 199 ruoli censiti, e 48,21% per le DSS, su un totale di 54 ruoli presenti nel database preso in esame.

Questi dati suggeriscono una tendenza alla segmentazione di genere anche all'interno della direzione strategica delle aziende sanitarie: le donne sono maggiormente rappresentate nelle aree che tradizionalmente vengono considerate più "amministrative" o "sociali", mentre risultano significativamente sottorappresentate nelle posizioni di vertice, come i Direttori Generali, da cui dipende la governance complessiva delle aziende sanitarie.

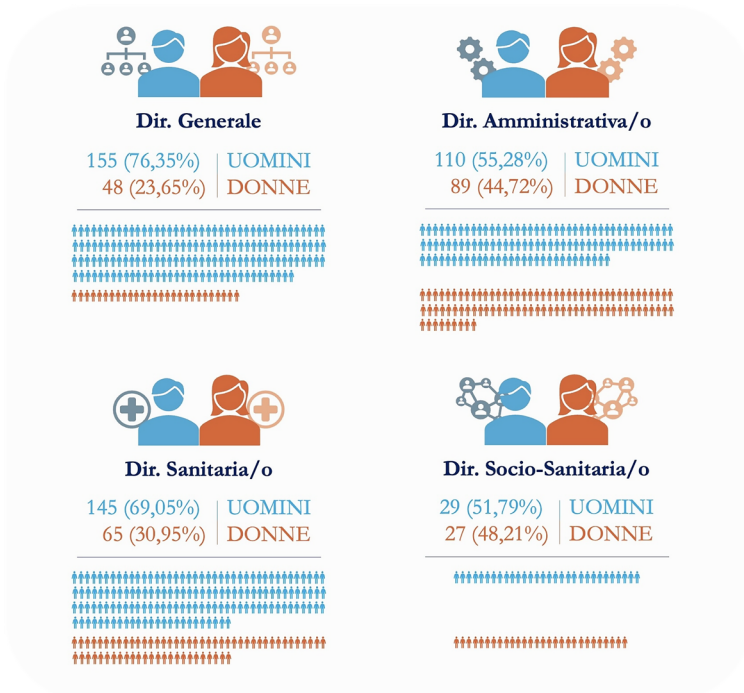


Figura 4.11. DG, DA, DS e DSS del SSN (2023)

Fonte – Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Negli anni, il numero di Direttori del SSN è diminuito a causa della riduzione nel numero delle organizzazioni del SSN (Figura 4.12). Il totale dei membri di questa categoria è sceso da 854 nel 2001 a 648 nel 2023. Questa redistribuzione ha portato ad una ricomposizione di genere del top management delle aziende sanitarie, con un lento ribilanciamento a vantaggio della popolazione femminile. Il numero di direttrici è infatti aumentato con un tasso di crescita medio del 6%. A questa velocità, il numero di donne direttrici sarà pari al numero di uomini direttori tra 5 anni circa.

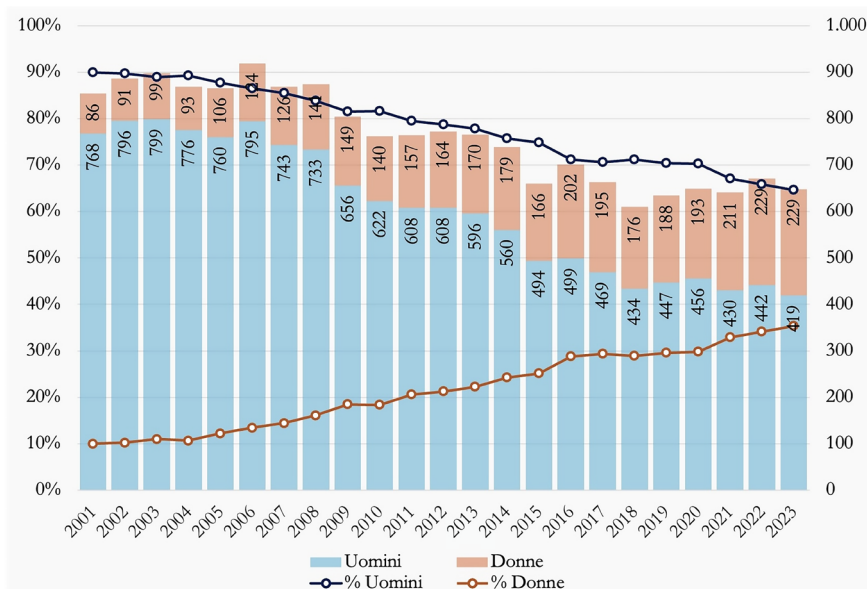


Figura 4.12. Incarichi di Direzione Strategica Personale del SSN (2001-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

In tutte le Regioni, considerando il totale di tutti i direttori e direttrici, la percentuale di direttrici donne risulta inferiore rispetto ai direttori uomini, con variazioni più o meno marcate a seconda del territorio (Figura 4.13). In alcune Regioni si osserva la quasi parità di genere: in Toscana 16 donne e 13 uomini (55% donne direttrici); in Emilia-Romagna, ad esempio, le donne sono 21 e gli uomini 20 (51% donne direttrici); in Lazio 26 donne e 29 uomini (47% donne direttrici). Tuttavia, in molte altre Regioni il divario è ancora rilevante. In Lombardia, ad esempio, le direttrici rappresentano circa un quinto del totale, con 27 donne a fronte di 103 uomini (31%), così come in Piemonte. In Sicilia, le direttrici costituiscono solo un terzo del totale (10 donne e 36 uomini); in Puglia la disparità è ancora più marcata: solo 5 donne su un totale di 31 direttori; e in Abruzzo e Valle d'Aosta non vi sono direttrici donne di alcun tipo.

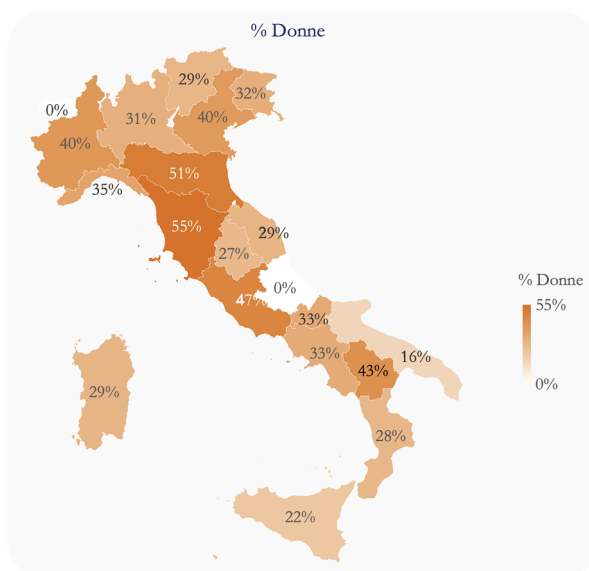


Figura 4.13. % Donne nella Direzione Strategica del personale del SSN per Regioni (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Aziende sanitarie pubbliche: il personale sanitario

La categoria del personale sanitario comprende il personale infermieristico, ostetrico, tecnico con funzioni riabilitative e tecnico della prevenzione. Il numero totale di occupati del personale sanitario² è rimasto quasi costante negli anni, passando da 332.918 nel 2001 a 357.798 nel 2023 (Figura 4.14). Nel corso del tempo è rimasta una categoria a prevalenza femminile e le donne hanno sempre occupato tra il 70 e il 75% delle posizioni, per un totale di 237.578 donne nel 2001 e 271.000 nel 2023. La percentuale di leader è cambiata significativamente negli anni per il personale sanitario. Nel 2005 si registravano 148 professionisti con incarichi di struttura complessa o semplice, pari allo 0,04% del totale dei professionisti della categoria (Tabella 4.3). Negli anni, però questo valore è cresciuto fino ad arrivare a 793 professionisti con incarichi di struttura, pari allo 0,22% del totale della categoria, nel 2023.

² Il personale sanitario viene affiancato dagli operatori socio-sanitari (OSS), una figura professionale che svolge attività di supporto all'interno di strutture sociosanitarie e assistenziali, sia residenziali che semiresidenziali, collaborando in particolare con il personale infermieristico nell'assistenza diretta ai pazienti. Nel 2023 si contano 75.416 operatori, di cui 57.974 donne (76,87%) e 17.440 uomini (23,13%). Si tratta quindi di una componente fortemente femminilizzata del comparto assistenziale. Tuttavia, gli OSS non vengono inclusi nel calcolo complessivo degli occupati del personale sanitario né nel monitoraggio delle posizioni di leadership, poiché si tratta di ruoli che, per natura delle mansioni e profilo professionale, non prevedono possibilità di accesso a incarichi dirigenziali o di coordinamento strategico all'interno del SSN.

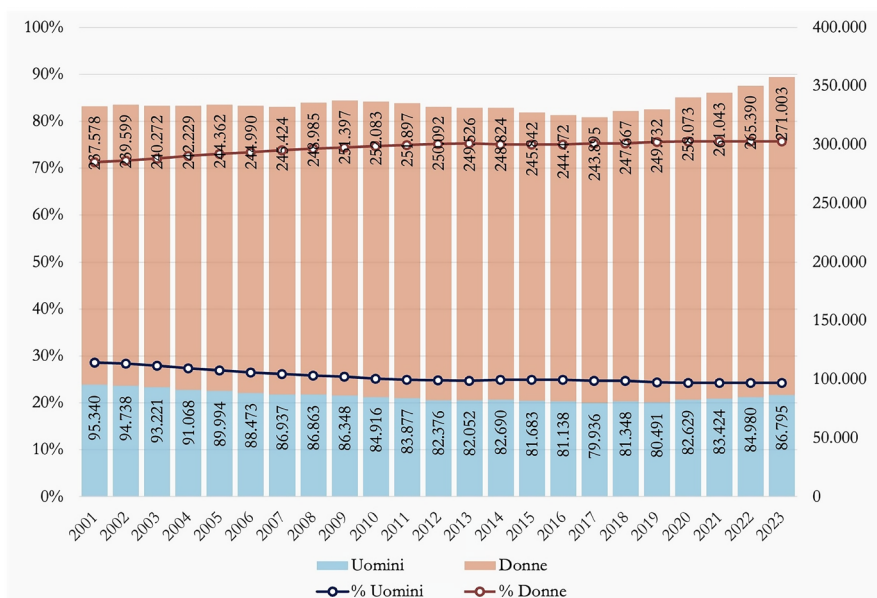


Figura 4.14. Personale sanitario – occupati del personale del SSN (2001-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tabella 4.3. Personale sanitario – occupati e leader del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2005	334.356	148	0,04%
2006	333.463	196	0,06%
2007	332.361	218	0,07%
2008	335.848	237	0,07%
2009	337.745	263	0,08%
2010	336.999	341	0,10%
2011	335.774	276	0,08%
2012	332.468	292	0,09%
2013	331.578	312	0,09%
2014	331.514	327	0,10%
2015	327.525	335	0,10%
2016	325.610	356	0,11%

2017	323.831	370	0,11%
2018	329.015	393	0,12%
2019	330.223	469	0,14%
2020	340.702	564	0,17%
2021	344.467	629	0,18%
2022	350.370	692	0,20%
2023	357.798	793	0,22%

La distribuzione del personale sanitario nelle Regioni italiane è fortemente disomogenea (Figura 4.15): la Lombardia registra il valore più elevato (51.053), seguita da Lazio (34.000) e Campania (32.000), mentre, Basilicata (2.000) Molise (1.200) e Valle d'Aosta (931) si collocano in coda. Le prime tre Regioni concentrano oltre il 30% del totale nazionale del personale sanitario, evidenziando una polarizzazione coerente con la dimensione demografica e la numerosità di strutture ospedaliere.

La quota di donne tra il personale sanitario è mediamente pari al 74%, con valori che oscillano tra il 60,9% della Calabria e l'84,6% della Liguria. In tre Regioni la percentuale supera l'80%, mentre quattro Regioni si collocano sotto il 65%, tra cui Sicilia e Basilicata. Questo conferma una prevalenza femminile significativa nel personale sanitario, anche tra le Regioni con la più bassa percentuale di donne.

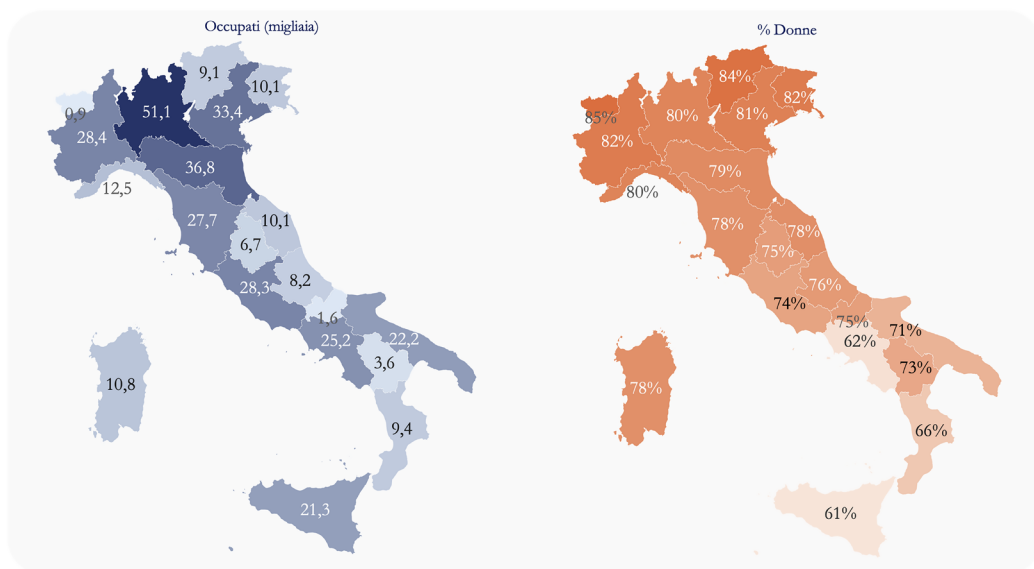


Figura 4.15. Personale Sanitario – Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regione (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

La percentuale di donne leader è aumentata costantemente fino al 2011 (Figura 4.16), arrivando ad un totale di 171 donne. Dal 2012 in poi ha subito una leggera contrazione per arrivare al 2023, in cui si contano 450 donne in ruoli apicali, pari al 56,75%.

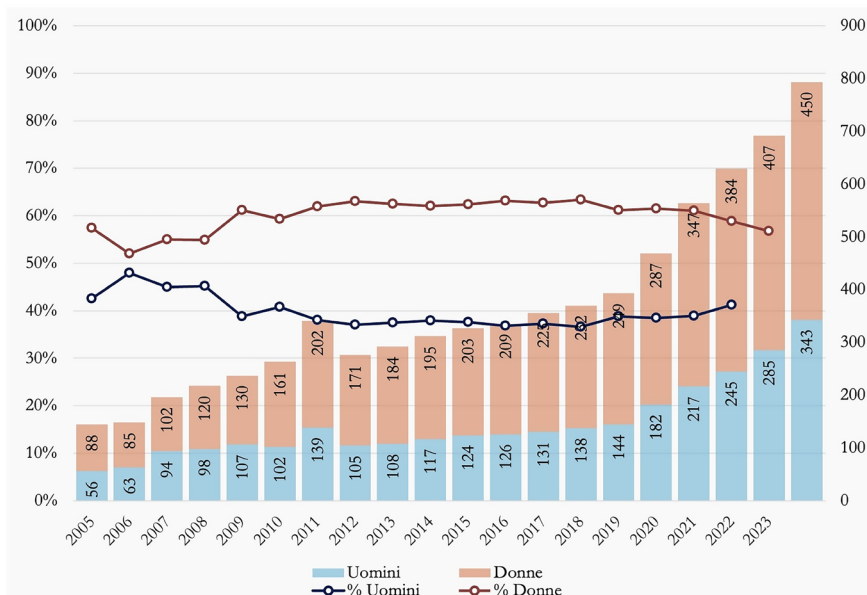


Figura 4.16. Personale sanitario – Leader del personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH del personale sanitario è cresciuto tra il 2005 e il 2019, a partire da un valore pari a 0,33 fino ad arrivare allo 0,35 (Figura 4.17). Tuttavia, questo valore si è ridotto negli ultimi anni fino a raggiungere lo 0,30 nel 2023, con una progressiva sottorappresentazione delle donne tra i leader delle professioni sanitarie. Considerando che il numero di leader di questa professione è rimasto significativamente basso negli anni e il trend decrescente del GLIH, potrebbe essere difficile colmare in breve tempo il gap di donne leader all'interno del personale sanitario.

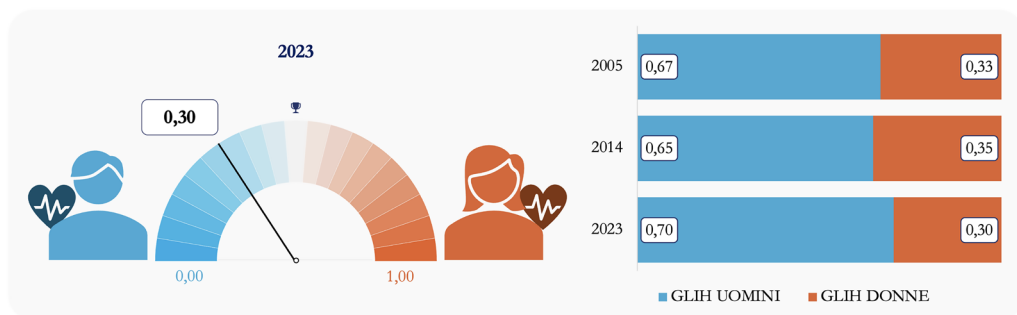


Figura 4.17. Personale sanitario – GLIH per i leader del personale del SSN (2005, 2014, 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

L'indice GLIH restituisce un quadro piuttosto frammentato a livello regionale, ma con un elemento comune: in tutte le Regioni, le donne risultano sottorappresentate nei ruoli di leadership del personale sanitario, come mostrato in Figura 4.18. In Molise non è stato possibile computare l'indice, perché, secondo i dati del Conto Annuale, non risulta alcun dirigente nel settore sanitario. In Valle d'Aosta, invece, l'indice risulta pari a 1, ma questo valore è da interpretare con cautela: si tratta infatti di una situazione limite, in cui l'unico dirigente presente è una donna, e quindi il punteggio massimo riflette solo un caso isolato e non una reale parità. Nelle restanti Regioni, l'indice medio si attesta intorno a 0,29. I valori più bassi si registrano in Abruzzo (0,10), Trentino-Alto Adige (0,13) e Sardegna (0,17). Al contrario, si registrano dati più incoraggianti in Emilia-Romagna (0,45), e in Campania (0,40), Umbria (0,36) e Piemonte (0,34). In particolare, Emilia-Romagna e Lombardia sono tra le Regioni che contano il più alto numero complessivo di leader del personale sanitario, entrambe 132. Campania e Umbria, pur con un numero più contenuto di dirigenti (8 e 7), mostrano comunque una maggiore presenza femminile, che si riflette positivamente sull'indice.

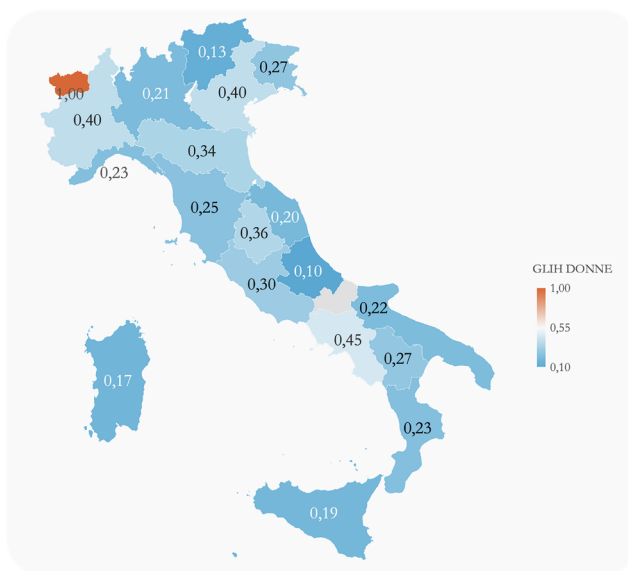


Figura 4.18. Personale Sanitario – GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Dal 2018 è possibile individuare una nuova categoria all'interno del personale sanitario, ossia il personale sanitario senior, che il CCNL del 21.05.2018 triennio giuridico ed economico 2016-2018 e CCNL del 11.07.2019 triennio 2016-2018 hanno individuato come un "incarico di organizzazione che comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria". Dunque, è possibile ravvedere in questi professionisti un ruolo di coordinamento e l'assunzione di responsabilità assimilabili a una posizione di leadership. Tenendo conto del personale sanitario senior, il numero di leader totali nel 2018 era pari a 21.394, il 6,5% del totale del personale sanitario (Figura 4.19). Questo numero, però, si è ridotto costantemente negli anni fino ad arrivare a 9.211 leader nel 2023 (2,57%).

Considerando anche il personale sanitario senior, la distribuzione per genere dei leader subisce un importante ribilanciamento. Infatti, nel quinquennio dal 2018 al 2023 la percentuale di leader donna si attesta intorno al 70%, per un numero medio di circa 11.000 leader donne.

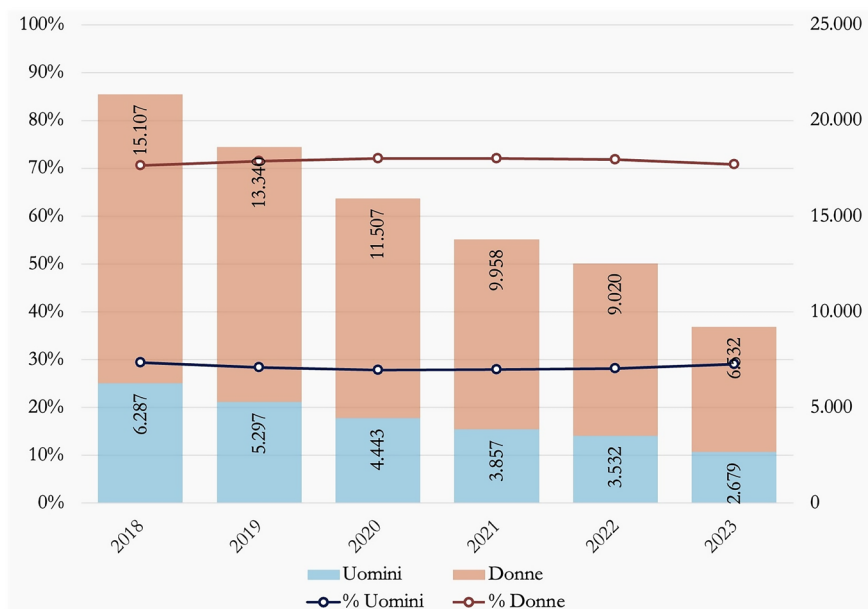


Figura 4.19. Personale sanitario – Leader e personale senior del personale del SSN (2018-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Ricalcolando il GLIH con l'inclusione del personale sanitario senior degli ultimi cinque anni, si evidenzia un quasi equilibrio tra uomini e donne, seppur ancora in svantaggio per le donne (Figura 4.20). Infatti, il valore si attesta tra lo 0,44 e lo 0,45, indicando che la percentuale di leader donne si sta finalmente avvicinando alla percentuale di donne del personale sanitario.

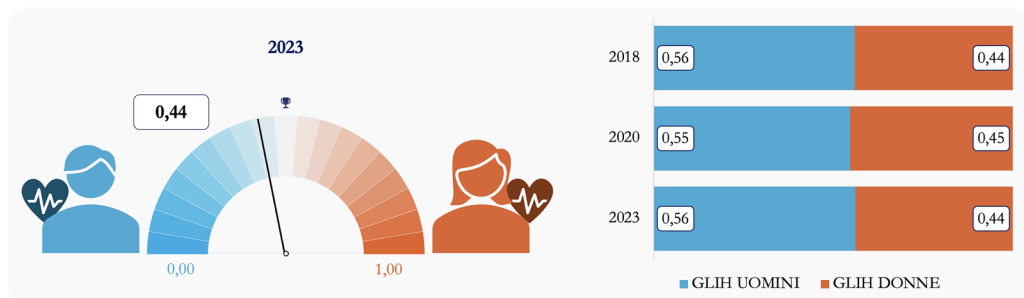


Figura 4.20. Personale sanitario – GLIH per i leader e il pers. senior del personale del SSN (2018, 2020, 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Considerando il personale sanitario senior tra i leader del personale sanitario, la situazione si modifica anche a livello regionale (Figura 4.21). Il Molise registra 9 donne leader e ottiene un indice pari a 1, lo stesso valore già rilevato per la Valle d'Aosta, dove il personale senior è rappresentato interamente da una donna. Si tratta, ovviamente, di casi particolari legati alla dimensione ridotta del personale e non necessariamente indicativi di un equilibrio strutturale. Tra le Regioni con un numero più significativo di leader spiccano le Marche, unica Regione in cui si verifica una sovra-rappresentanza femminile, con un GLIH pari a 0,63. Subito dopo si collocano Campania (0,48), Puglia (0,47) ed Emilia-Romagna (0,46), che mostrano valori molto vicini alla soglia dell'equa rappresentanza. Nelle restanti Regioni, l'indice tende a mantenersi in un'area di quasi parità, con valori compresi tra 0,40 e 0,49. Tuttavia, il Trentino-Alto Adige si distingue negativamente, con un indice significativamente più basso rispetto alla media, pari a 0,22, evidenziando una forte sotto-rappresentanza delle donne anche includendo i profili senior.

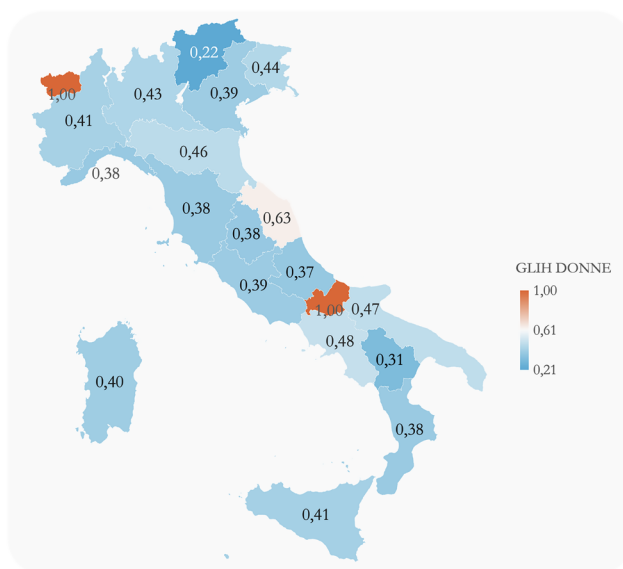


Figura 4.21. Personale Sanitario – GLIH per i leader e il pers. senior del personale SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Dunque, se la definizione di leader fosse ricondotta solamente al riconoscimento contrattuale del ruolo di dirigente sanitario, i leader di questa categoria risulterebbero estremamente marginali (0,22%) e alcune istituzioni risulterebbero prive di figure apicali tra il personale sanitario. Per valutare il grado di rappresentanza delle donne in questa categoria di professionisti, è stato dunque necessario ampliare la prospettiva adottando una definizione sostanziale di leadership. Questa definizione più inclusiva considera leader anche quei professionisti che, pur non ricoprendo formalmente un incarico dirigenziale, esercitano responsabilità organizzative attraverso incarichi di personale senior. Questa definizione più inclusiva della leadership del personale sanitario consente di discostarsi dalla considerazione della mera posizione nelle gerarchie aziendali e mette in luce una rappresentanza più equa tra le donne delle professioni sanitarie. Tuttavia, rimane ancora particolarmente scarsa l'attribuzione di ruoli di leadership formale in questa categoria, che è tra le più popolate di donne e che rappresenta una fetta ampissima dell'intera forza lavoro del SSN.

Aziende sanitarie pubbliche: il personale medico

Il numero di medici del SSN è rimasto pressoché invariato nel corso degli anni (tra le 109.500 unità del 2005 e le 112.000 unità del 2023), con un tasso di crescita annuo in media pari all'1% (Figura 4.22). Dal 2005 è in crescita anche il numero e la percentuale di donne che esercitano la professione medica. Nello specifico, nel 2005 si contavano 35.263 donne, pari al 32% circa dell'intera categoria. Nel 2020 viene raggiunta la parità in termini di numero di tra donne e uomini per un totale di circa 54.000 donne e 54.000 uomini. Dal 2021 il numero di donne ha superato quello degli uomini, raggiungendo le 57.916 unità e il 51,29% della professione, continuando a crescere fino al 2023, anno in cui si sono registrate 57.916 donne, pari al 53,46%.

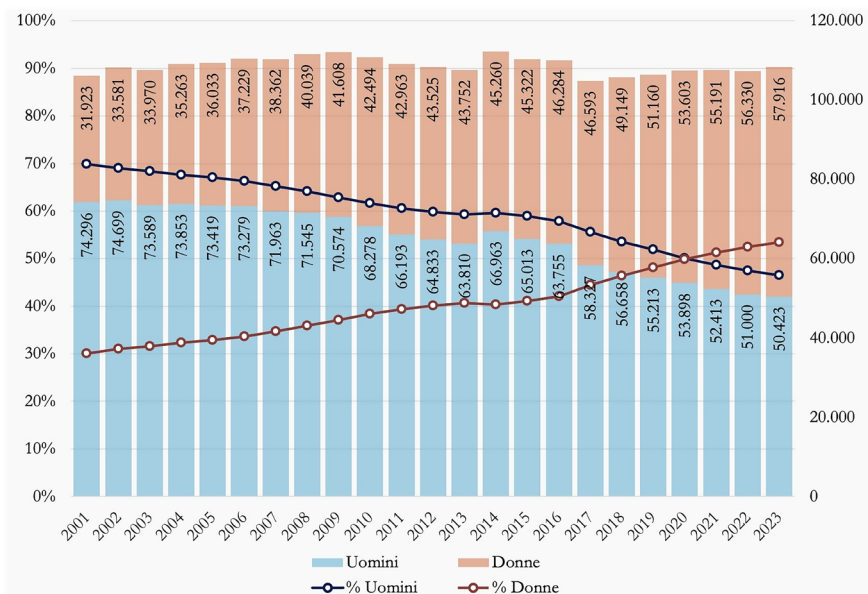


Figura 4.22. Medici – Occupati del personale del SSN (2001-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

I leader di questa professione sono identificati nei Direttori con incarichi di Struttura Complessa (DSC) e nei Direttori con incarichi di Struttura Semplice (DiSS) (Tabella 4.4). I DSC hanno subito una forte contrazione nel ventennio di analisi. Infatti, la percentuale di DSC dal 2007 è scesa ad un tasso annuo medio pari a -2,31% fino al 2023, anno in cui il totale dei DSC ammontava a 6.564, ossia al 6,06% del totale dei professionisti.

I DiSS hanno invece visto un primo periodo, dal 2005 al 2010, di costante crescita, passando dal 16,11% del totale dei medici, ossia 17.634 unità, nel 2005 al 16,61%, ossia 18.398 unità, nel 2010. A partire dal 2011 questo trend si è invertito arrivando al numero minimo di 9.119 nel 2022, pari all'8,5%. Il numero è risalito leggermente nel 2023, anno in cui si sono registrati 9.535 DiSS, pari all'8,8% dei professionisti.

Tabella 4.4 – Medici – Occupati, dir. di SC e dir. di SS del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE				
	OCCUPATI	STRUTTURA COMPLESSA		STRUTTURA SEMPLICE	
2005	109.452	10.356	9,46%	17.634	16,11%
2006	110.508	10.218	9,25%	18.009	16,30%
2007	110.325	9.791	8,87%	18.450	16,72%
2008	111.584	9.745	8,73%	18.853	16,90%
2009	112.182	9.633	8,59%	18.459	16,45%
2010	110.772	9.079	8,20%	18.398	16,61%
2011	109.156	8.660	7,93%	17.695	16,21%
2012	108.358	8.422	7,77%	16.736	15,45%
2013	107.562	7.928	7,37%	16.126	14,99%
2014	112.223	8.964	7,99%	16.315	14,54%
2015	110.335	8.507	7,71%	14.823	13,43%
2016	110.039	8.110	7,37%	13.955	12,68%
2017	104.920	6.542	6,24%	11.957	11,40%
2018	105.807	6.254	5,91%	10.700	10,11%
2019	106.373	6.173	5,80%	10.291	9,67%
2020	107.501	6.044	5,62%	9.524	8,86%
2021	107.604	6.168	5,73%	9.402	8,74%
2022	107.330	6.407	5,97%	9.119	8,50%
2023	108.339	6.564	6,06%	9.535	8,80%

La distribuzione dei medici in forza nelle le Regioni italiane rispecchia la distribuzione del personale del SSN totale (Figura 4.23): la Regione con il maggior numero di medici è la Lombardia (15.192), seguita da Emilia-Romagna (9.521), Lazio (8.933) e Toscana (8.374). Al contrario, le Regioni meno numerose sono Valle d'Aosta (297), Basilicata (942) e Molise (420).

I dati del 2023 mostrano una presenza femminile maggioritaria tra i medici del SSN in quasi tutte le Regioni italiane, con valori particolarmente alti in Sardegna (61,4%), Emilia-Romagna (57,82%), Lombardia (56,74%) e Toscana (56,01%). Tuttavia, alcune Regioni del Sud, come Molise (43,3%), Campania (44,16%) e Basilicata (44,59%), presentano ancora una percentuale inferiore al 50%, segnalando un ritardo nella parità di genere della professione medica rispetto al resto d'Italia.

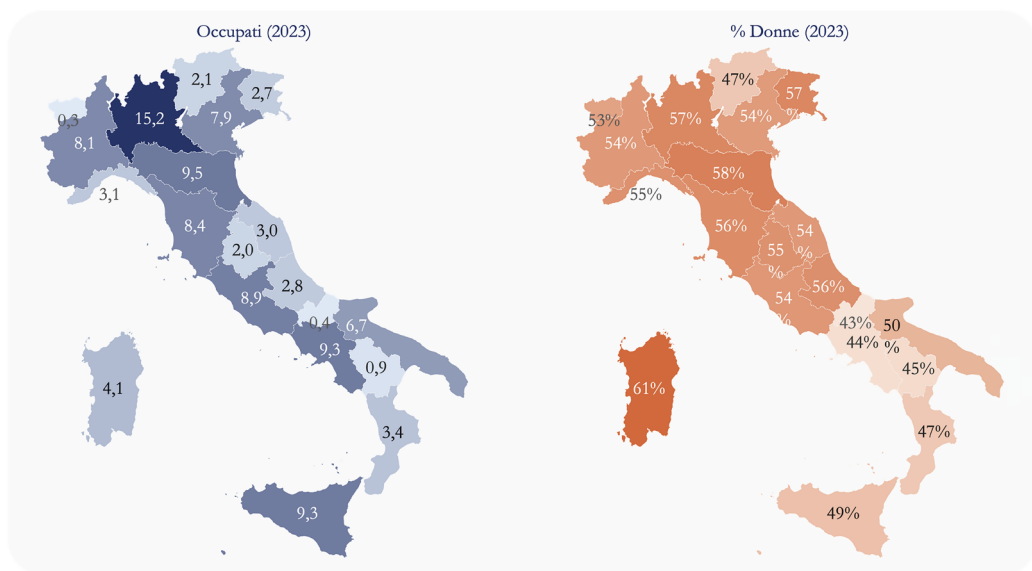


Figura 4.23. Medici – Occupati e della percentuale di donne del personale SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tra i DSC c'è stato un significativo calo, **passando da 10.356 unità nel 2005 a 6.564 nel 2023** (Figura 4.23). C'è stato un aumento costante della quota femminile, che è passata dall'11,1% nel 2005 a **22,97%** nel 2023, con il numero di DSC donna che è cresciuto da 1.150 a 1.508. Nonostante il trend positivo, la crescita della presenza femminile avanza a un ritmo che non è ancora sufficiente a colmare il divario di genere: le donne restano ancora ampiamente sottorappresentate nei ruoli apicali della dirigenza medica.

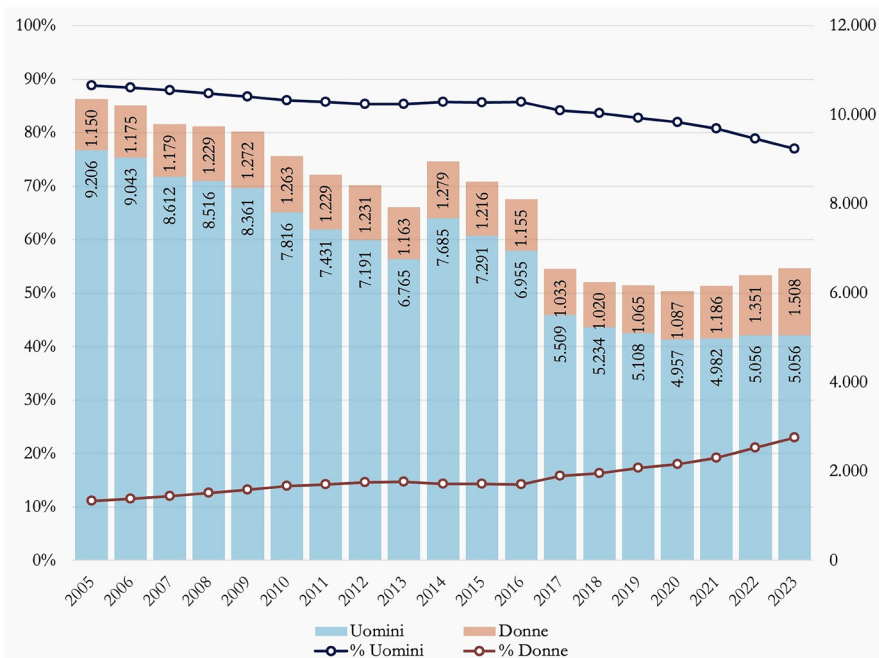


Figura 4.24. Medici – Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Infatti, il GLIH delle donne con incarico di DSC nella professione medica è aumentato nel tempo, ma molto lentamente (Figura 4.25). Nel 2005 l'indice era pari a 0,20, mentre nel 2023 è salito solo a 0,21. A questo ritmo di crescita, il raggiungimento della parità di genere appare distante e potrebbe concretizzarsi solo tra circa 180 anni.

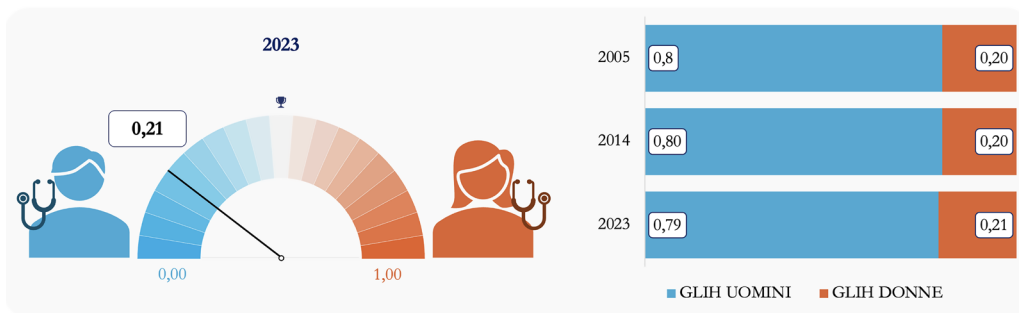


Figura 4.25. Medici – GLIH per i Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN (2005, 2014, 2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

La Figura 4.26 riporta il GLIH calcolato sui DSC per le singole Regioni. L'Umbria registra il valore più basso dell'indice, pari a 0,12, seguita da tre Regioni del Sud, Calabria, Puglia e Sardegna, tutte con un GLIH di 0,14. Nel Nord e nel Centro Italia, invece, si osserva una maggiore eterogeneità: il Trentino-Alto Adige si distingue con un valore più elevato di 0,28, mentre nelle altre Regioni i valori oscillano principalmente tra 0,20 e 0,25, ad eccezione di Liguria e Toscana, che si attestano su un livello inferiore, intorno a 0,18.

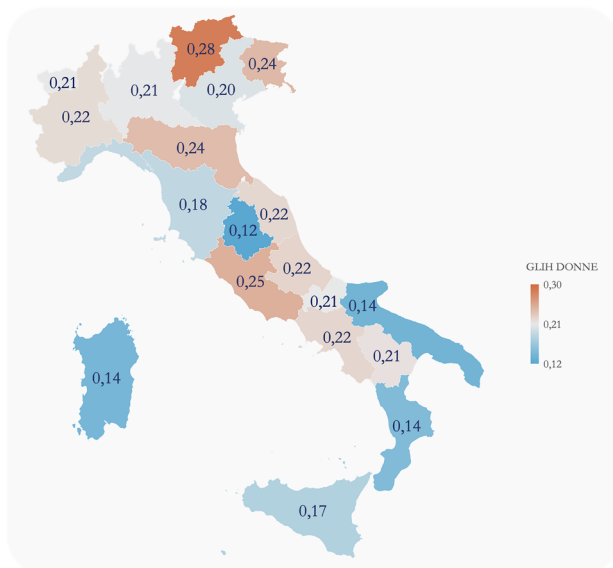


Figura 4.26. Medici – GLIH per i Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Negli ultimi vent'anni, il numero totale dei DiSS nel SSN ha mostrato un costante e significativo calo (Figura 4.27), passando da oltre 17.634 professionisti nel 2005 a 9.535 nel 2023. Parallelamente, la composizione di genere ha subito un'evoluzione importante: se all'inizio dell'orizzonte temporale considerato le donne rappresentavano meno di un terzo del totale (28,77%), nel 2023 la loro quota è salita al 40,31%, pur diminuendo in numeri assoluti da 4.548 a 3.844 dal 2005 al 2023. Questo incremento progressivo evidenzia un miglioramento nella presenza femminile tra i DiSS, parallelamente a quanto si sta verificando tra i DSC.

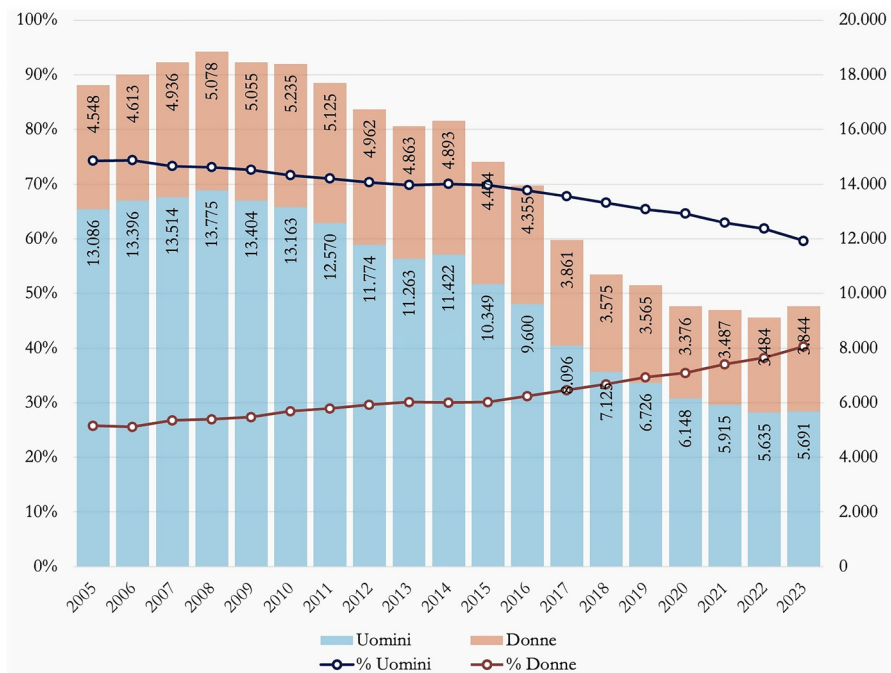


Figura 4.27 – Medici – Dir. Di Struttura Semplice del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Nonostante la progressiva redistribuzione di genere tra i medici DiSS, la percentuale di donne che assumono questo incarico rimane ancora sproporzionata rispetto al numero complessivo di professioniste presenti nel SSN. Di conseguenza, il GLIH riferito ai DiSS ha registrato un calo costante nel tempo, passando da 0,41 nel 2005 a 0,37 nel 2023 (Figura 4.28). Questo andamento riflette il fatto che, pur aumentando la presenza femminile, l'accesso delle donne a ruoli di responsabilità non è cresciuto in misura proporzionale. Nonostante la flessione, l'indice rimane comunque più elevato rispetto a quello rilevato per i DSC, segnalando una maggiore apertura alla leadership femminile nei ruoli intermedi, rispetto alle posizioni apicali.

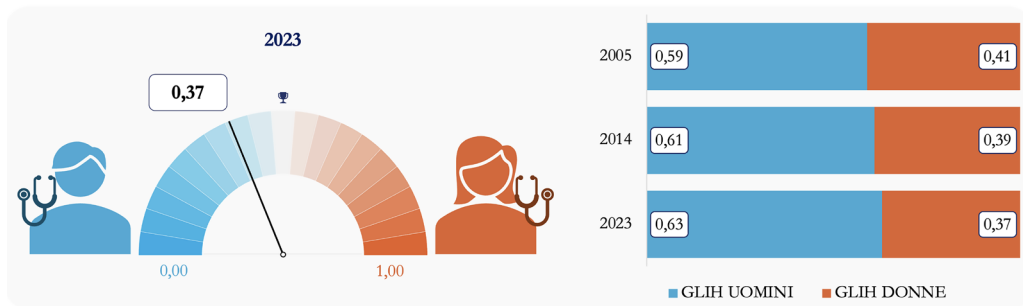


Figura 4.28. Medici – GLIH per i Dir. di Struttura Semplice del personale del SSN (2005, 2014, 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

La Figura 4.29 evidenzia una marcata differenza nei valori del GLIH riferito ai DiSS tra le diverse aree geografiche del Paese. La media nazionale si attesta a 0,29, ma le Regioni del Nord Italia, in particolare Emilia-Romagna e Trentino-Alto Adige, mostrano i valori più elevati, pari a 0,34. Il Centro Italia presenta valori leggermente inferiori ma comunque allineati alla media nazionale, oscillando tra 0,30 e 0,32. Al contrario, nel Sud Italia si riscontra una significativa sottorappresentanza femminile, con valori di GLIH quasi ovunque inferiori a 0,25, ad eccezione della Campania (0,29) e della Sicilia (0,26).

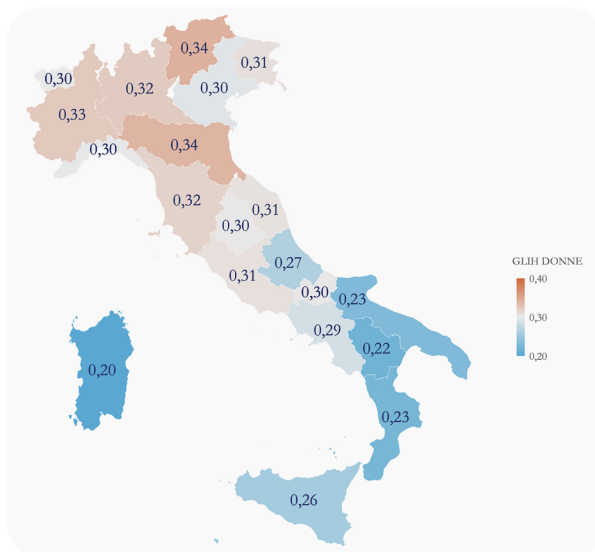


Figura 4.29. Medici – GLIH per i Dir. di Struttura Semplice del personale del SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il Ministero della Salute mette a disposizione l'elenco dei DSC. Da questo elenco è possibile evincere la distribuzione per fasce d'età, oltre al genere, dei medici che assumono questo incarico. La Figura 4.30 rappresenta, per fasce d'età e genere, le quattro principali categorie cui è possibile ricondurre i DSC:

- Chirurgia: area funzionale omogenea che comprende tutte le specialità chirurgiche generali e specialistiche, ad esempio chirurgia generale, pediatrica, maxillo-facciale, neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.;
- Medicina: area funzionale omogenea che comprende tutte le specialità generali e specialistiche di carattere medico, ad esempio medicina interna, immunologia, ematologia, neurologia, ecc.,
- Servizi Clinici e Diagnostici: ambito che comprende tutti i servizi diagnostici e clinici generali e specialistici a supporto dei percorsi clinici dei pazienti, come ad esempio patologia clinica, medicina trasfusionale, medicina nucleare, microbiologia o laboratorio analisi, ecc.,
- Servizi Sanitari: categoria che comprende tutte le strutture organizzative aziendali di supporto al percorso dei pazienti, alla prevenzione e alla gestione sanitaria complessiva delle aziende e degli ospedali, come ad esempio epidemiologia, igiene degli alimenti e della nutrizione, medicina legale, ecc.

Gli uomini risultano nettamente predominanti in tutte le branche specialistiche e fasce d'età, soprattutto tra i 61 anni e oltre, dove si concentra la quota più alta di incarichi apicali.

La chirurgia è la branca con il maggiore squilibrio di genere: le donne sono fortemente sottorappresentate in tutte le fasce d'età, e nelle età più avanzate – in particolare oltre i 56 anni – rappresentano meno del 10% del totale dei DSC in questa disciplina.

Al contrario, nell'area medica si osserva un certo riequilibrio generazionale, soprattutto tra i profili più giovani. Ad esempio, nella fascia d'età 41-45 anni, si contano 77 donne contro 98 uomini; nella fascia 51-55, le donne sono 138 rispetto a 169 uomini; mentre nella 56-61 anni, le donne sono 176, contro 301 uomini. Questi dati suggeriscono un graduale miglioramento dell'accesso femminile ai ruoli di leadership medica, almeno in alcune specialità e tra le nuove generazioni.

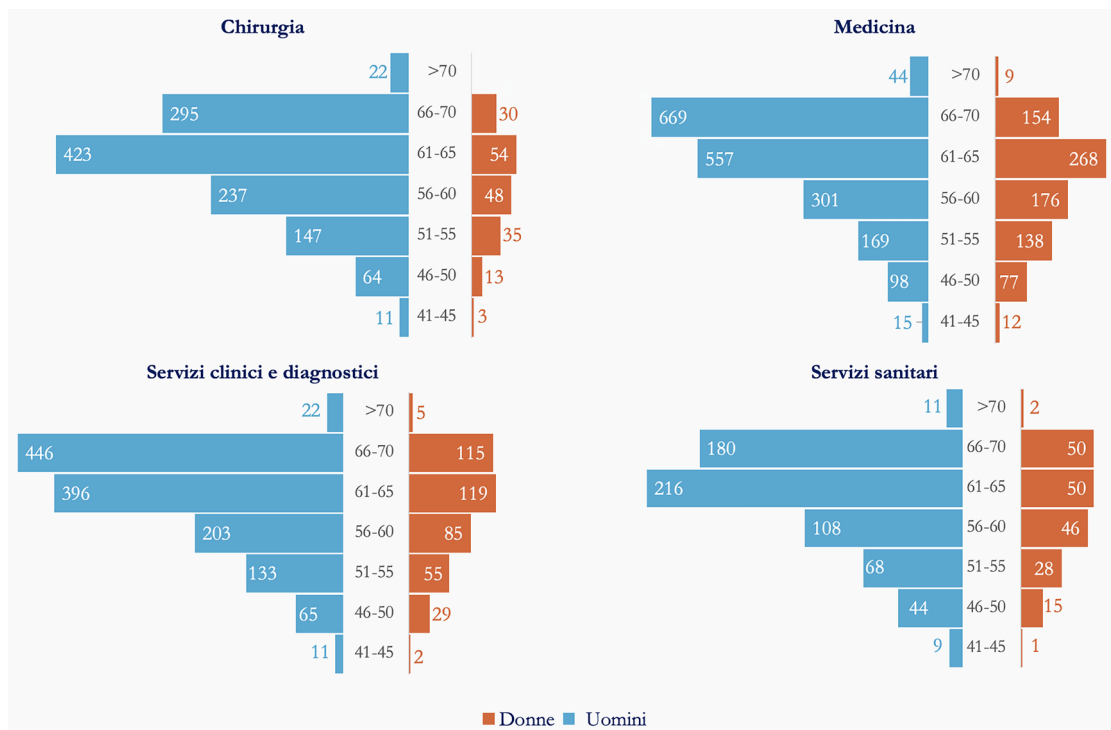


Figura 4.30. Piramidi dell'età dei Dir. di Struttura Completa del personale del SSN per categoria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Completa del Ministero della Salute (2025)

La Fondazione Onda (2023) riporta che esiste un'importante divario tra le specializzazioni che scelgono le donne, le quali risultano sovrarappresentate nelle discipline di area funzionale di medicina (Neuropsichiatria infantile 78,7%, Pediatria 72,9%, Oncologia medica 70%) e di area funzionale dei servizi (Genetica medica 65,5%, Scienza dell'alimentazione 61,2%, Medicina fisica e riabilitazione 62,1%, Anestesia e Rianimazione 56,3%), mentre il numero di donne medico è inferiore al 30% nell'area funzionale di chirurgia (Chirurgia generale 26,5%, Chirurgia toracica 26,5%, Cardiocirurgia 18,2%, Ortopedia 16,7%, Urologia 15,4%) con l'unica eccezione di Ginecologia e Ostetricia dove le donne medico raggiungono il 59%.

L'elenco dei DSC del Ministero della Salute riporta inoltre il genere e la fascia d'età dei medici che ricoprono questi incarichi. Analizzare tali dati consente non solo di approfondire la composizione di genere delle varie categorie e specializzazioni, ma anche di esaminare la distribuzione per età, al fine di individuare eventuali dinamiche di riequilibrio di genere dovute ai pensionamenti e

all'ingresso delle nuove generazioni di professionisti. In appendice sono riportate le piramidi delle età dei medici con incarico di SC per tutte le discipline mediche.

Si riporta di seguito un affondo sulle discipline che presentano la più alta rappresentanza di DSC uomini e quelle con la più alta rappresentanza di DSC donne. Nelle discipline di Chirurgia Generale e Ortopedia e Traumatologia vi è una netta prevalenza maschile (Figura 4.31). In questi ambiti, le donne risultano fortemente sottorappresentate in tutte le fasce d'età, segnalando una persistente disparità nell'accesso ai ruoli apicali e un probabile effetto di segregazione verticale. In Chirurgia, nelle fasce d'età più giovani sotto ai 50 anni a fronte di 58 uomini, ci sono solo 3 donne, che hanno più di 46 anni, e in Ortopedia a fronte di 80 uomini ci sono solo 4 donne, che hanno più di 41 anni. La differenza si accentua con l'età: tra i 56 e i 65 anni gli uomini superano di gran lunga le donne in entrambe le discipline, e oltre i 66 anni la presenza femminile diventa quasi marginale.

Al contrario, nelle discipline di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia, la presenza femminile è più equilibrata, in alcuni casi persino prevalente, riflettendo una maggiore apertura alla leadership femminile in aree tradizionalmente considerate a maggiore componente relazionale e psicosociale (Figura 4.31). Sono, tuttavia, discipline con un numero totale di medici significativamente inferiore rispetto alle due di Chirurgia e Ortopedia. Infatti, le discipline a prevalenza femminile contano rispettivamente 92 e 45 medici con incarico di DSC. Le fasce d'età in cui si registra una maggioranza femminile sono quelle inferiori ai 65 anni, rispettivamente 44 e 18 donne contro 24 e 13 uomini. Tra i medici di Neuropsichiatria Infantile gli uomini sono ancora in maggioranza tra i medici che hanno più di 65 anni (15) rispetto alle donne (9).

Questi dati suggeriscono che, nonostante i progressi complessivi verso la parità di genere nel sistema sanitario, permangono differenze strutturali significative tra le specialità, che richiedono politiche mirate di valorizzazione e sostegno delle carriere femminili soprattutto nei settori chirurgici.

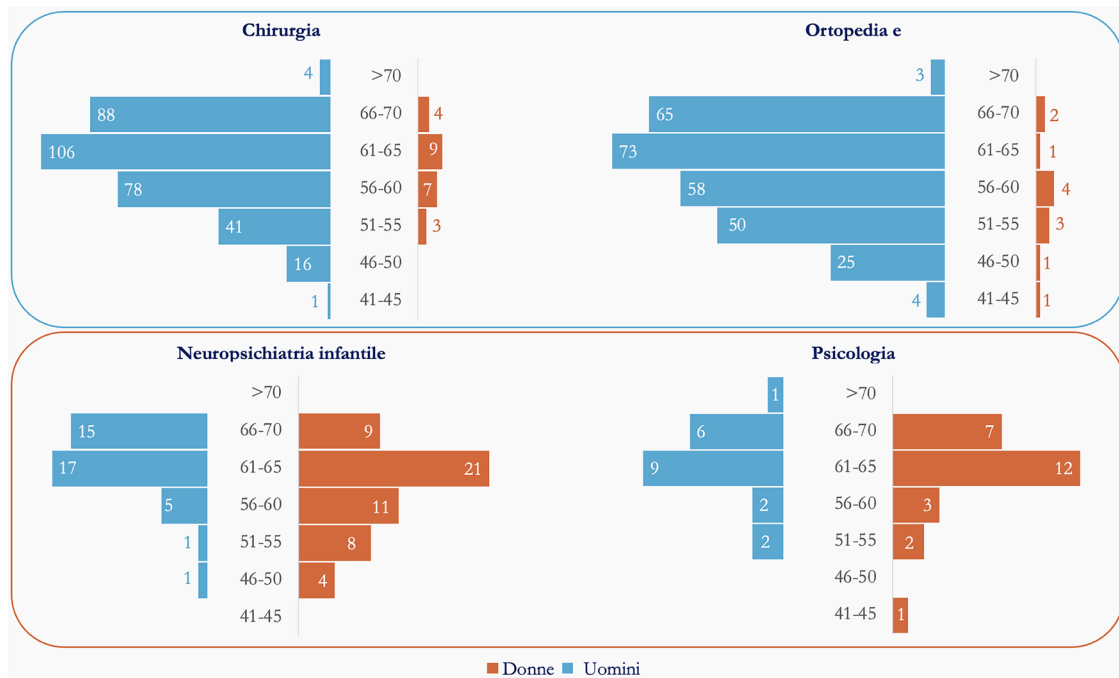


Figura 4.31. Piramidi dell'età dei Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN per specializzazioni (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Aziende sanitarie pubbliche: il personale amministrativo

Gli occupati nella categoria degli amministrativi del personale del SSN sono diminuiti da 186.410 nel 2005 a 119.481 nel 2023 (Figura 4.32). Le unità amministrative si sono ridotte costantemente fino al 2019 (122.804) e sono rimaste costanti fino al 2023 (tra 118.000 e 119.500 unità).

Anche i leader hanno subito le stesse variazioni nel periodo dal 2005 al 2023 (Tabella 4.5). I leader amministrativi sono diminuiti fino al 2019, raggiungendo un totale di 3.016 unità (1,70%). Per aumentare nuovamente fino al 2023, anno in cui i leader amministrativi sono in totale 3.239 pari al 2,71% del totale della categoria.

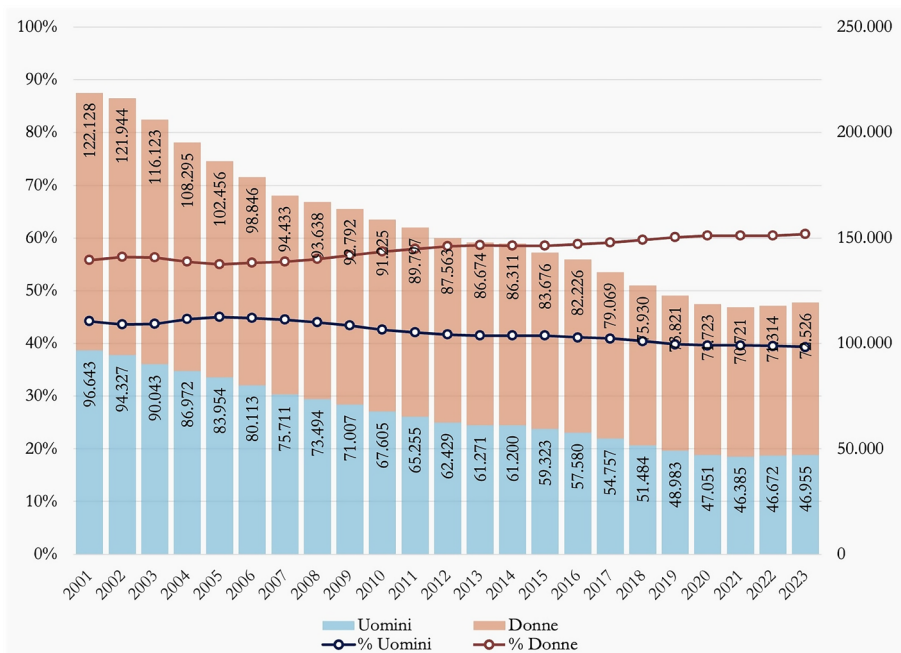


Figura 4.32. Amministrativi – Occupati del personale del SSN (2001-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tabella 4.5 – Amministrativi – Occupati e leader del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI		LEADER
2005	186.410	4.327	2,32%
2006	178.959	4.263	2,38%
2007	170.144	4.063	2,39%
2008	167.132	4.022	2,41%
2009	163.799	3.842	2,35%
2010	158.830	3.720	2,34%
2011	155.052	3.621	2,34%
2012	149.992	3.608	2,41%
2013	147.945	3.575	2,42%
2014	147.511	3.649	2,47%
2015	142.999	3.522	2,46%
2016	139.806	3.509	2,51%
2017	133.826	3.306	2,47%
2018	127.414	3.101	2,43%
2019	122.804	3.016	2,46%
2020	118.774	2.977	2,51%
2021	117.106	2.994	2,56%
2022	117.986	3.086	2,62%
2023	119.481	3.239	2,71%

Gli occupati nella categoria Amministrativi ammontano a circa 119.481 unità, con una media di poco superiore a 5.500 per Regione (Figura 4.33). La distribuzione è fortemente disomogenea: la Lombardia registra il valore più elevato (22.512), seguita da Piemonte (10.420) e Sicilia (9.241), mentre Basilicata (1.179), Valle d'Aosta (591) e Molise (338) si collocano in coda. Le prime tre Regioni concentrano oltre il 35% del totale nazionale, evidenziando una polarizzazione verso le aree più popolate e con strutture amministrative complesse.

La quota di donne tra gli occupati Amministrativi è mediamente pari al 64%, con valori che oscillano tra il 41,2% della Calabria e il 69,3% del Piemonte. In sette Regioni la percentuale supera il 40%, mentre due Regioni si collocano sotto il 45%, Basilicata (43,1 %) e Calabria (41,2%). Questo conferma una prevalenza femminile nella categoria, seppure con differenze territoriali che riflettono la diversa composizione dei profili professionali e le politiche di reclutamento locali.

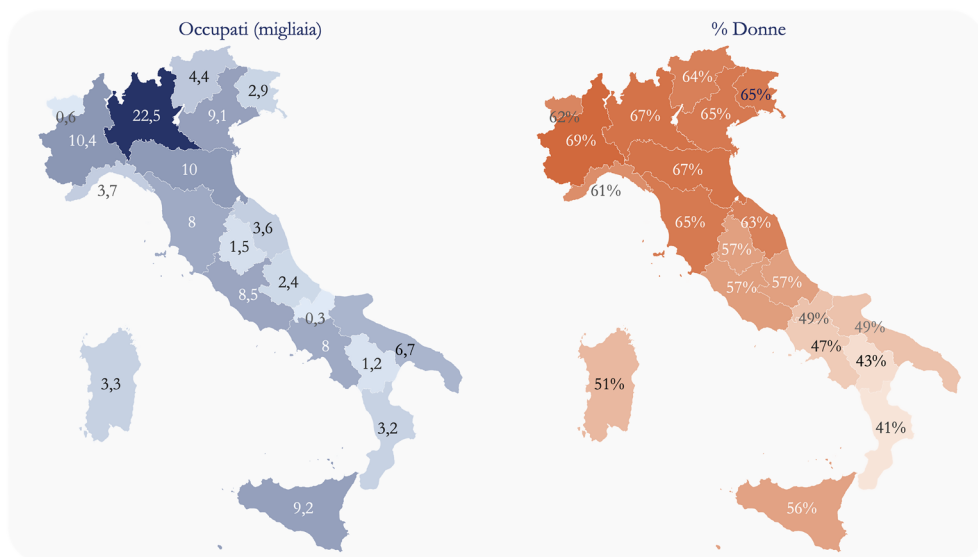


Figura 4.33. Amministrativi – Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regioni (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Dalla Figura 4.34 emerge che dal 2005, la percentuale di donne leader è aumentata costantemente, con un tasso di crescita annuo medio pari a 1,15%, fino ad avere il 45,6% di donne leader tra la componente amministrativa nel 2023, per un totale di 1.466 unità.

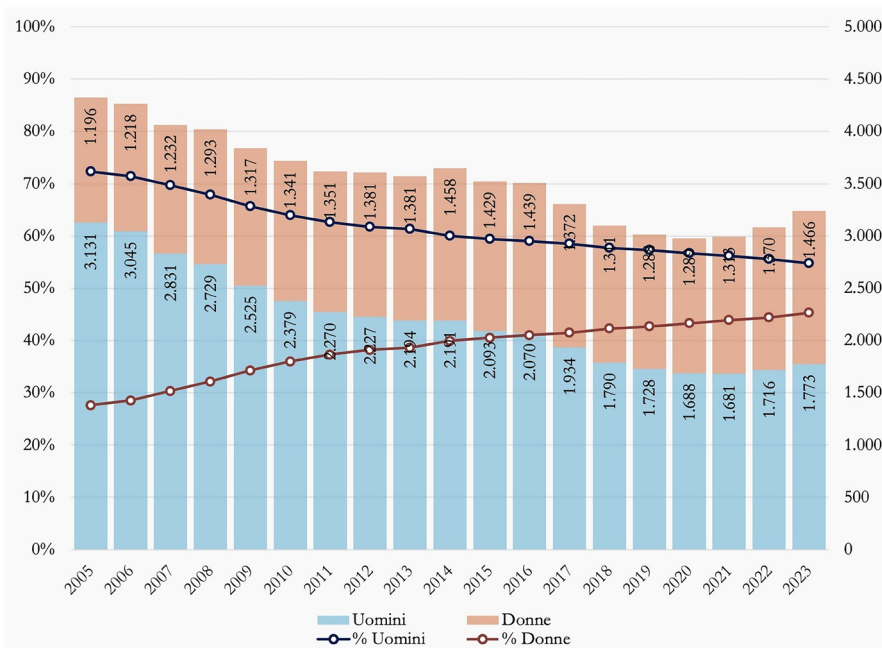


Figura 4.34. Amministrativi – Leader del personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH rispecchia il graduale ribilanciamento verso l'equa rappresentanza delle donne amministrative nei ruoli apicali (Figura 4.35). L'indice è infatti in costante aumento dal 2005 (0,24), seppur con tassi di crescita bassi, fino al 2023 (0,35). Guardando ai dati dell'orizzonte temporale dal 2005 al 2023 sembrerebbe possibile colmare questo divario nel 2040.

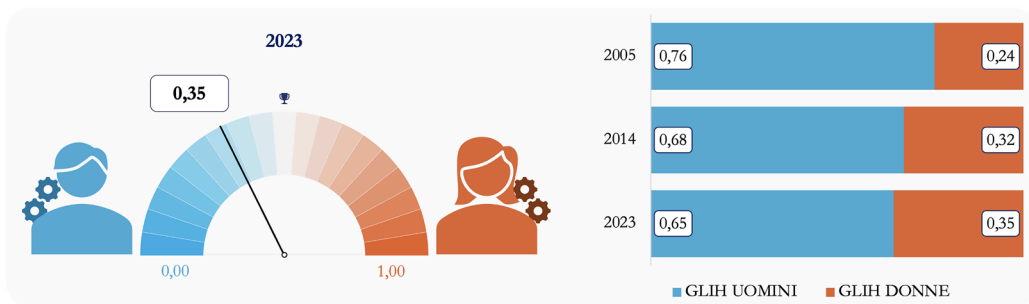


Figura 4.35. Amministrativi – GLIH per i leader del personale del SN (2005, 2014, 2023)
Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

L’indice GLIH a livello regionale presenta i valori più elevati in Campania (0,50) unica Regione a raggiungere la piena parità, seguita da Calabria (0,48), Lazio e Umbria (0,42), come mostrato in Figura 4.36. Nella maggior parte delle Regioni il GLIH supera la soglia di 0,30; fanno eccezione le Marche (0,22) e diverse Regioni del Nord Italia, dove i valori oscillano tra 0,27 e 0,30, ad esclusione del Friuli-Venezia Giulia (0,33) e della Valle d’Aosta, che presenta il valore più basso (0,06). Dunque, la presenza femminile nei ruoli apicali rimane limitata e concentrata in poche aree.

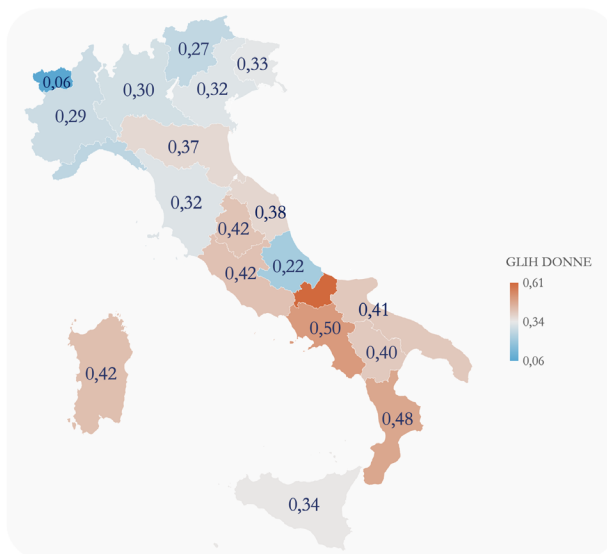


Figura 4.36. Amministrativi – GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)
Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Aziende sanitarie pubbliche: il personale farmacista

Il numero di occupati di questa professione è variato di un migliaio circa tra il 2005 e il 2023, passando da 2.052 a 3.210 unità (Figura 4.37). Questo aumento ha coinvolto soprattutto le professioniste donne, che da 1.532 nel 2005 sono diventate 2.573 nel 2023.

Dal 2005, anno in cui la percentuale di leader si attestava al 24,42% per un totale di 501 unità, il numero di leader si è ridotto costantemente fino al 2023, in cui si registrano 370 professionisti in ruoli apicali pari all'11,53% del totale della categoria (Tabella 4.6).

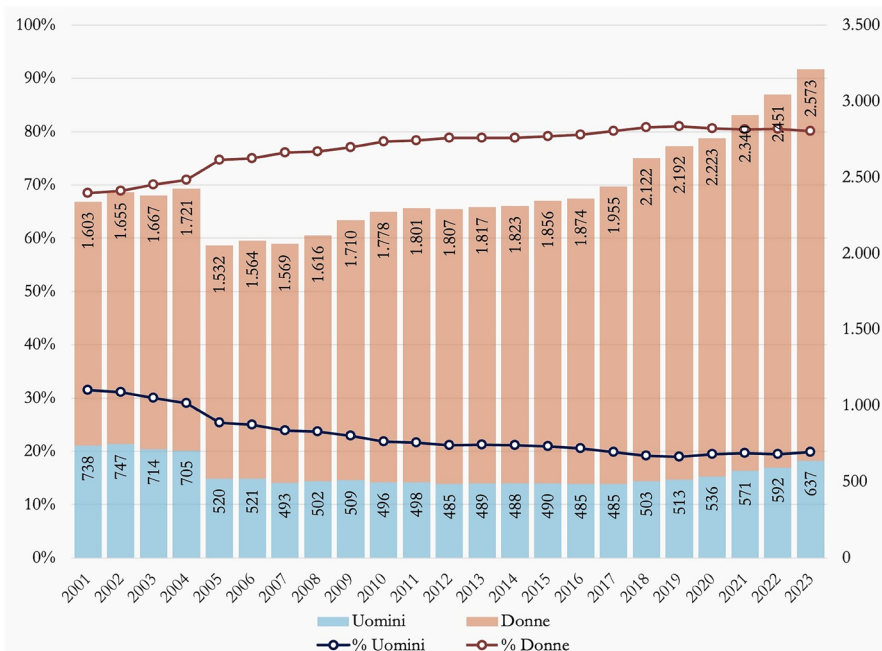


Figura 4.37. Farmacisti – Occupati del personale del SSN (2001-2023)

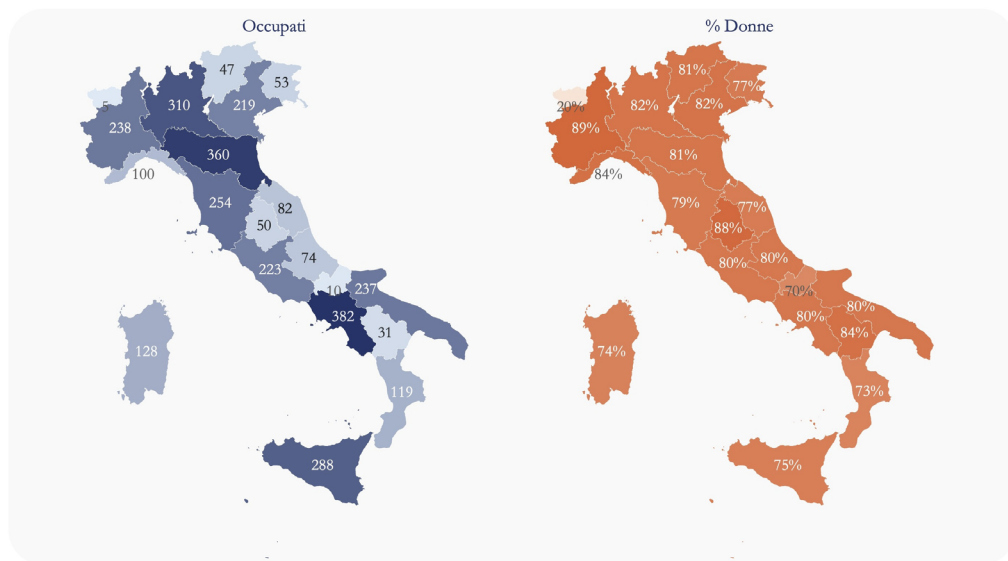
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tabella 4.6 – Farmacisti – Occupati e leader del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2005	2.052	501	24,42%
2006	2.085	484	23,21%
2007	2.062	507	24,59%
2008	2.118	519	24,50%
2009	2.219	525	23,66%
2010	2.274	544	23,92%
2011	2.299	527	22,92%
2012	2.292	520	22,69%
2013	2.306	498	21,60%
2014	2.311	482	20,86%
2015	2.346	465	19,82%
2016	2.359	435	18,44%
2017	2.440	407	16,68%
2018	2.625	375	14,29%
2019	2.705	366	13,53%
2020	2.759	342	12,40%
2021	2.911	353	12,13%
2022	3.043	343	11,27%
2023	3.210	370	11,53%

Gli occupati nella categoria ammontano a 3.210, con una media regionale di poco superiore a 150 unità (Figura 4.38). La distribuzione è fortemente disomogenea: la Lombardia registra il valore più elevato (360), seguita da Calabria (382) e Sicilia (370), mentre Valle d'Aosta (20), Molise (25) e Basilicata (30) si collocano in coda. Le prime tre Regioni concentrano oltre il 30% del totale nazionale, evidenziando una polarizzazione verso le aree con maggiore densità di strutture sanitarie.

La quota di donne tra i farmacisti è mediamente pari al 70%, con valori che oscillano tra il 20% della Valle d'Aosta e l'88,66% della Liguria. In tre Regioni la percentuale supera l'80%, mentre due Regioni si collocano sotto il 50%, tra cui Molise (45%). Questo conferma una prevalenza femminile nella categoria, seppure con differenze territoriali che riflettono la diversa composizione dei profili professionali e le politiche di reclutamento locali.



La redistribuzione di genere tra i farmacisti del SSN è avvenuta gradualmente negli anni tra il 2005 e il 2023 (Figura 4.39). La percentuale di donne leader è infatti aumentata di pochi punti percentuali di anno in anno, passando dal 68,8% del totale dei leader farmacisti nel 2005 al 79,19% nel 2023.

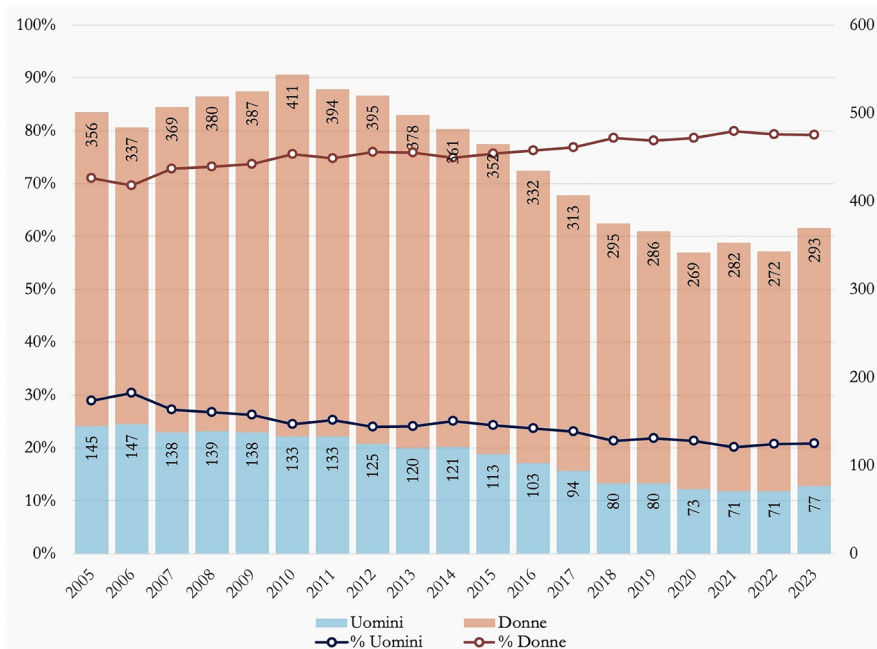


Figura 4.39. Farmacisti – Leader del personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH è rimasto leggermente cresciuto negli anni (Figura 4.40). Dal 2005 in poi l'indice è variato da un minimo di 0,43 nel 2006 ad un massimo di 0,49 nel 2023.

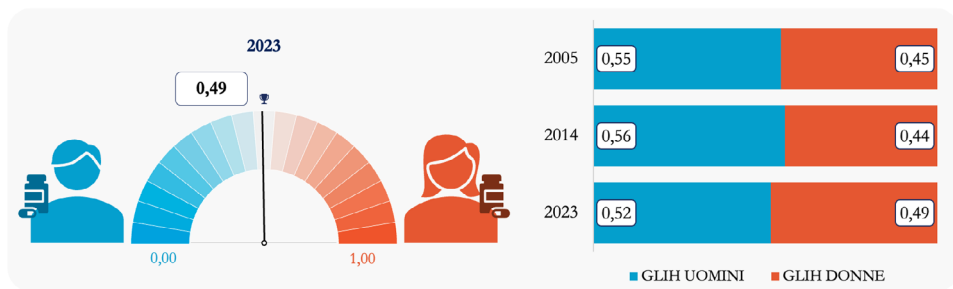


Figura 4.40. Farmacisti – GLIH per i leader del personale del SSN (2005, 2014, 2023)
Fonte – Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

L'indice GLIH evidenzia una situazione di forte variabilità a livello regionale (Figura 4.41): Basilicata, Liguria e Umbria raggiungono il valore massimo di 1,00, segnalando una piena rappresentanza femminile nei pochi ruoli di leadership delle Regioni (in ordine 4, 8 e 4). Anche Emilia-Romagna (0,84), Sardegna (0,76), Marche (0,73), Campania (0,71) e Piemonte (0,68) registrano valori molto alti, indicando una significativa partecipazione delle donne ai ruoli di leadership di questa professione. Le altre Regioni, invece, registrano valori sempre superiori allo 0,35, tranne nel caso del Friuli-Venezia Giulia. È interessante vedere che in una categoria con così pochi leader, buona parte di questi siano donne in larga parte delle Regioni di Italia.

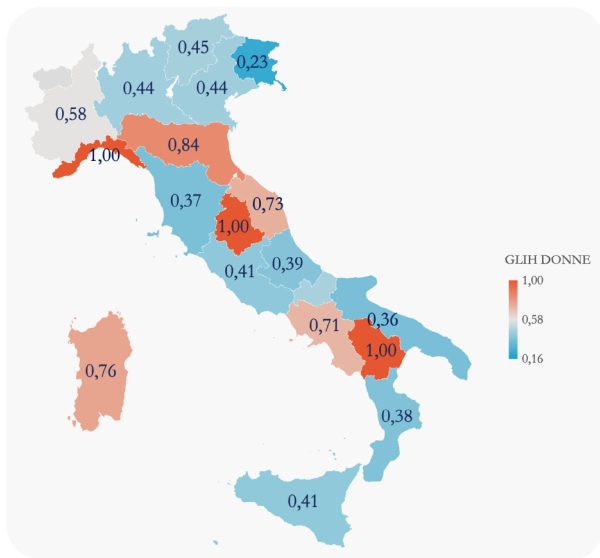


Figura 4.41. Farmacisti – GLIH per i leader del personale del SSN per Regione (2023)
Fonte – Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Aziende sanitarie pubbliche: altre categorie professionali

Dal 2005 al 2023, il numero totale di occupati nella categoria “Altro”, che comprende psicologi, veterinari, biologi, chimici, fisici e ricercatori del SSN è rimasta costante, sulle 17.500 unità circa (Figura 4.42). Tuttavia, la distribuzione per genere ha subito un cambiamento significativo: mentre il numero di uomini è diminuito costantemente, quello delle donne è aumentato in modo marcato. Dal 2005 le donne hanno superato gli uomini e sono cresciute costantemente negli anni passando da 8.571 unità (50,28%) nel 2001 a 12.283 (69,28%) nel 2023.

Dal 2005 in poi la percentuale di leader del personale nella categoria “Altro” è costantemente diminuita, passando dal 22,81%, per un totale di 17.376 di leader al 10,47% per un totale di 1.856 unità nel 2023 (Tabella 4.7).

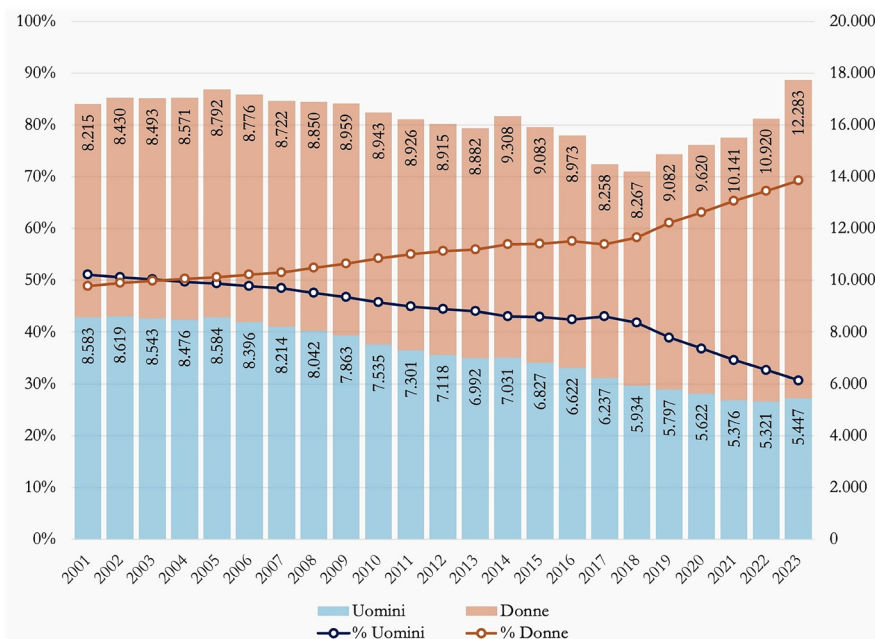


Figura 4.42. Categoria Altro – Occupati del personale del SSN (2001-2023)
Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Tabella 4.7 – Categoria Altro – Occupati e leader del personale del SSN (2005-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

ANNO	TOTALE	
	OCCUPATI	LEADER
2005	17.376	3.964 22,81%
2006	17.172	3.933 22,90%
2007	16.936	4.000 23,62%
2008	16.892	3.936 23,30%
2009	16.822	3.905 23,21%
2010	16.478	3.786 22,98%
2011	16.227	3.648 22,48%
2012	16.033	3.571 22,27%
2013	15.874	3.284 20,69%
2014	16.339	3.222 19,72%
2015	15.910	2.947 18,52%
2016	15.595	2.715 17,41%
2017	14.495	2.393 16,51%
2018	14.201	2.143 15,09%
2019	14.879	2.033 13,66%
2020	15.242	1.819 11,93%
2021	15.517	1.767 11,39%
2022	16.241	1.778 10,95%
2023	17.730	1.856 10,47%

Gli occupati nella categoria “Altro” presentano una media regionale di circa 887 unità (Figura 4.43). La distribuzione è fortemente disomogenea: la Lombardia registra il valore più elevato (2.947), seguita da Campania (1.751) e Lazio (1.603), mentre Basilicata (184) Valle d'Aosta (76) e Molise (68) si collocano in coda. Le prime tre Regioni concentrano oltre il 35% del totale nazionale, evidenziando una polarizzazione verso le aree più popolate e con strutture amministrative complesse.

La quota di donne tra gli occupati “Altro” è mediamente pari al 68%, con valori che oscillano tra il 42,65% del Molise e il 77,62% del Friuli-Venezia Giulia. In sette Regioni la percentuale supera il 70%, mentre quattro Regioni si collocano sotto il 60%, tra cui Lazio (57,54%) e Campania (57,61%). Questo conferma una prevalenza femminile nella categoria, seppure con differenze territoriali che riflettono la diversa composizione dei profili professionali e le politiche di reclutamento locali.

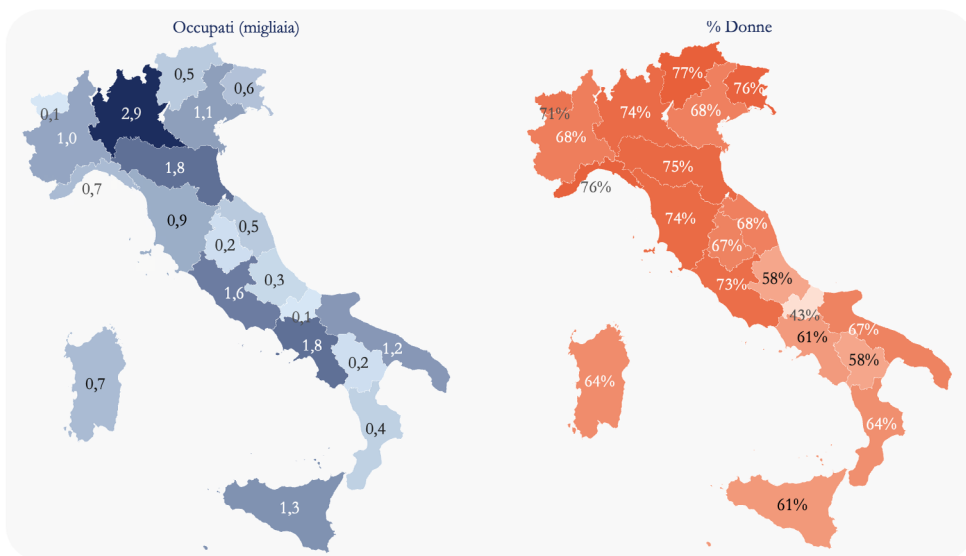


Figura 4.43. Categoria Altro – Distribuzione nelle Regioni degli occupati e percentuale di donne del personale del SSN (2023)

Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Come si evince dalla Figura 4.44, la diminuzione nel numero totale di leader ha interessato soprattutto le donne. Infatti, nel 2005 la percentuale di uomini leader della categoria su attestava al 59,69%, per un totale di 2.336 leader. Tuttavia, negli anni si è verificato un riequilibrio, portando la percentuale di donne leader a 48,98% per un totale di 909 leader donne nel 2023.

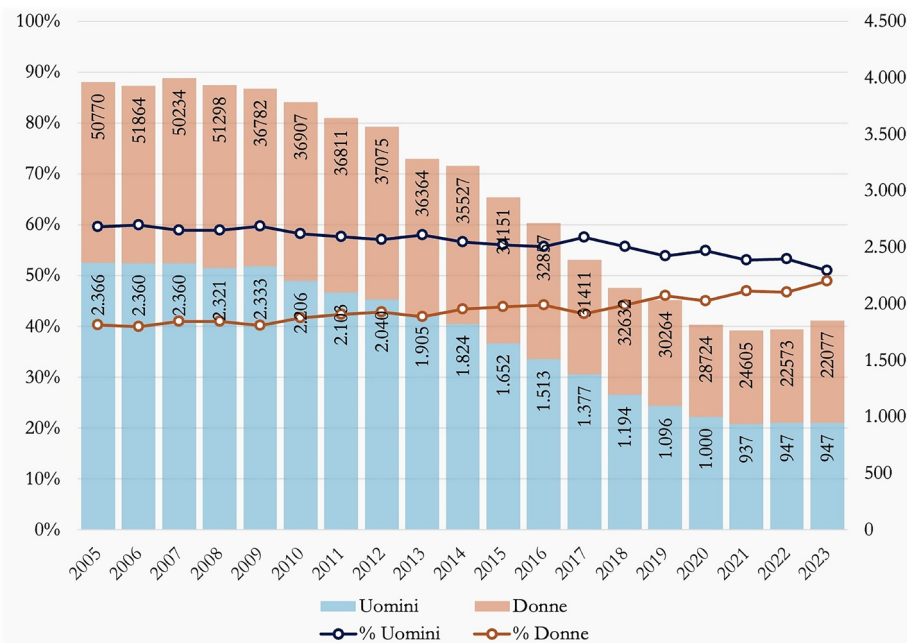


Figura 4.44. Categoria Altro – Leader del personale del SSN (2005-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH si è ridotto costantemente a partire dal 2005 fino al 2023, portandolo a 0,30 (Figura 4.45). Questo è dovuto proprio al fatto che la maggior parte degli occupati della categoria sono donne e non sono proporzionalmente rappresentate nei ruoli di leadership.

4.2 Imprese

4.2.1 Settore farmaceutico

Tra il 2012 e il 2023, il numero degli occupati del settore farmaceutico è cresciuto da 64.400 a 70.000 unità (Tabella 4.8), con un tasso di crescita annuo in media pari all'1,8% negli ultimi 10 anni. La composizione per genere, illustrata in Figura 4.47, è rimasta pressoché invariata con un aumento da 27.098 a 31.413 donne e da 37.392 a 38.587 uomini, passando dal 42,08% al 44,88% di donne e dal 57,92% al 55,12% di uomini, lasciando la distribuzione per genere degli occupati vantaggioso degli uomini.

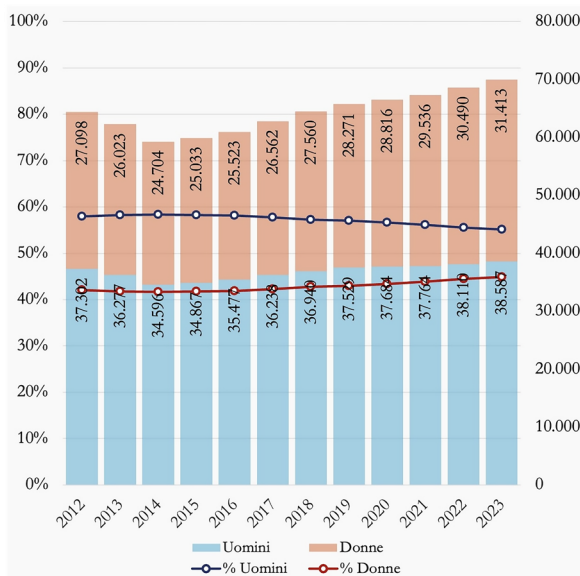


Figura 4.47. Occupati nel settore farmaceutico (2012-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farminindustria (2025)

Note: Fino al 2022, la discrepanza tra il dato di Farminindustria e quello ISTAT era minima; a partire dal 2023, un aggiornamento ISTAT ha comportato una revisione della serie storica con una discrepanza significativa (circa 2000-3000 unità). Alcune aziende, pur appartenendo al settore farmaceutico (codice 21), risultano classificate in 46.46 (commercio all'ingrosso di farmaci e medicinali)

Tabella 4.8 – Occupati, quadri e dirigenti nel settore farmaceutico (2012-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farindustria (2025)

ANNO	TOTALE				
	OCCUPATI	QUADRI		DIRIGENTI	
2012	64.400	12.154	18,87%	3.195	4,96%
2013	62.300	12.061	19,36%	3.106	4,99%
2014	59.300	11.040	18,62%	2.907	4,90%
2015	59.900	10.875	18,15%	2.929	4,89%
2016	61.000	11.249	18,44%	2.968	4,87%
2017	62.800	11.703	18,64%	3.054	4,86%
2018	64.500	12.045	18,67%	3.053	4,73%
2019	65.800	12.508	19,01%	3.096	4,70%
2020	66.500	12.784	19,22%	3.151	4,74%
2021	67.300	13.047	19,39%	3.257	4,84%
2022	68.600	13.711	19,99%	3.336	4,86%
2023	70.000	14.036	20,05%	3.442	4,92%

Nonostante la percentuale di quadri (circa il 20%) e di dirigenti (4,9%) sia rimasta costante negli anni, a partire dal 2014 si è verificato un riequilibrio di genere delle posizioni di leadership in entrambi gli ambiti (Figura 4.48). In particolare, il numero di quadri e dirigenti donne ha registrato un tasso di crescita pari allo 0,50% in media ogni anno, raggiungendo nel 2023 rispettivamente 6.896 quadri donne e 1.297 dirigenti donne, contro un tasso di crescita medio pari a 0,20% per i quadri uomini e allo 0,06% per i dirigenti uomini, raggiungendo nel 2023 rispettivamente 6.896 quadri uomini e 2.145 dirigenti uomini.

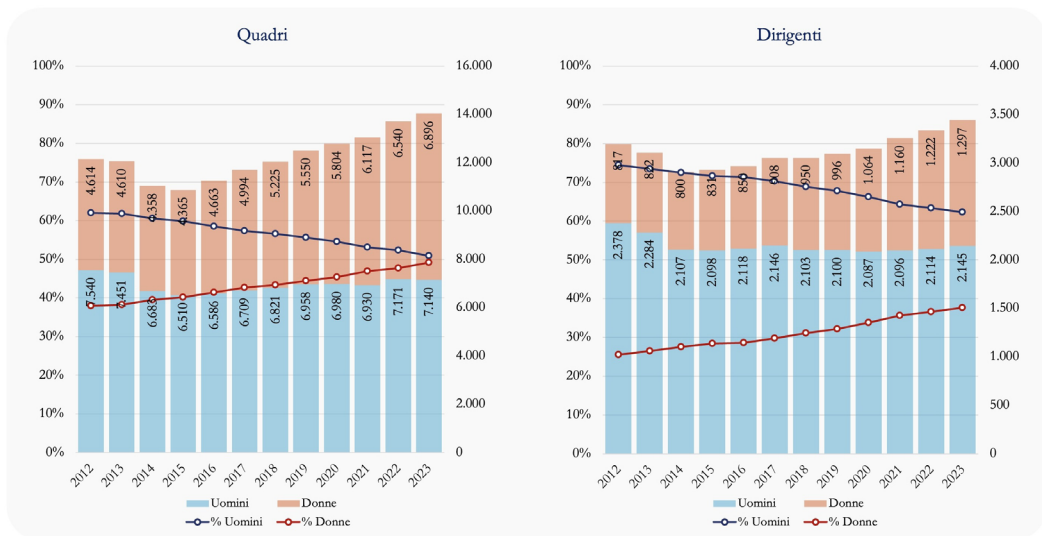


Figura 4.48. Quadri e dirigenti nel settore farmaceutico (2012-2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farindustria (2025)

In termini di rappresentanza femminile nei ruoli di leadership del settore farmaceutico, il GLIH nel 2023 si attesta per i quadri a 0,54 e per i dirigenti a 0,43 (Figura 4.49), con una situazione diversa a seconda del livello di leadership considerato.

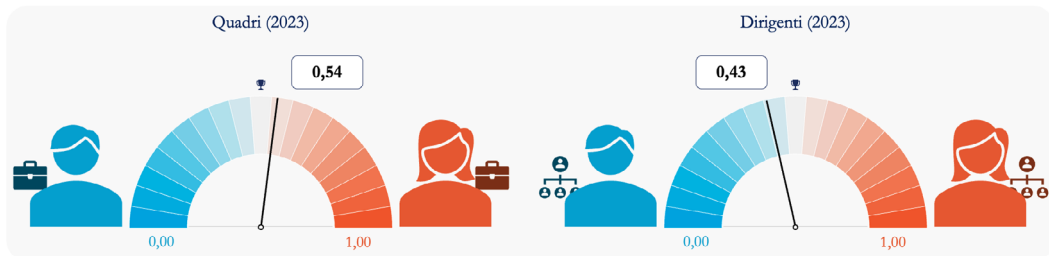


Figura 4.49. GLIH quadri e dirigenti del settore farmaceutico (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farindustria (2025)

La serie storia del GLIH nel settore farmaceutico evidenzia una tendenza positiva a favore delle donne (Figura 4.50). In particolare, nel caso dei quadri il ribaltamento a vantaggio delle donne si è verificato nel 2018, anno in cui il GLIH ha raggiunto valore 0,51 indicando una leggera sovra-rappresentanza delle donne tra i quadri. Tuttavia, questa situazione non si è ancora verificata rispetto al ruolo della dirigenza, dove l'indice, pur presentando una tendenza al riequilibrio, è rimasto a svantaggio delle donne. Considerando il tasso di crescita annuo medio dell'indice nell'orizzonte temporale considerato (2,62%), le proiezioni prevedono che si raggiunga l'uguaglianza nel 2026 anche nella dirigenza.

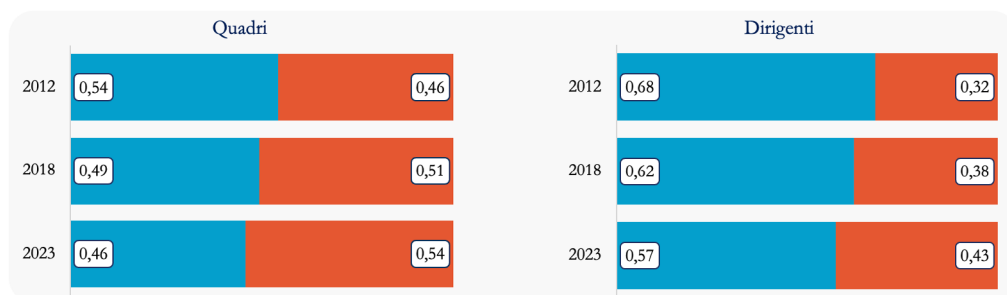


Figura 4.50. GLIH quadri e dirigenti del settore farmaceutico (2012, 2018 e 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farindustria (2025)

Infine, analizzando i profili di età, la Figura 4.51 mette in luce una situazione a vantaggio delle giovani lavoratrici. Infatti, guardando alla piramide dell'età dei quadri e dei dirigenti nel settore farmaceutico, emerge una situazione di maggiore uguaglianza per le fasce d'età più giovani. In particolare, nel caso dei quadri, nelle fasce d'età dai 25 ai 54 anni il numero di donne è maggiore rispetto al numero di uomini. Anche nel caso dei dirigenti le fasce d'età più giovani sono avvantaggiate, tuttavia questo si verifica solo per le fasce d'età dai 25 ai 34 anni. Nelle fasce intermedie, i dirigenti che hanno tra i 35 e i 59 anni sono per il 40,11% donne e per il 59,89% uomini. Sia nel caso dei quadri che dei dirigenti, le fasce d'età maggiori di 60 anni evidenziano un netto disequilibrio a sfavore delle donne. Esse, infatti, rappresentano circa il 25% dei quadri e circa il 25% dei dirigenti tra i più anziani. Questo dato sembrerebbe indicare che le dirigenze e i quadri stiano man mano concedendo più spazio alle generazioni più giovani di donne.

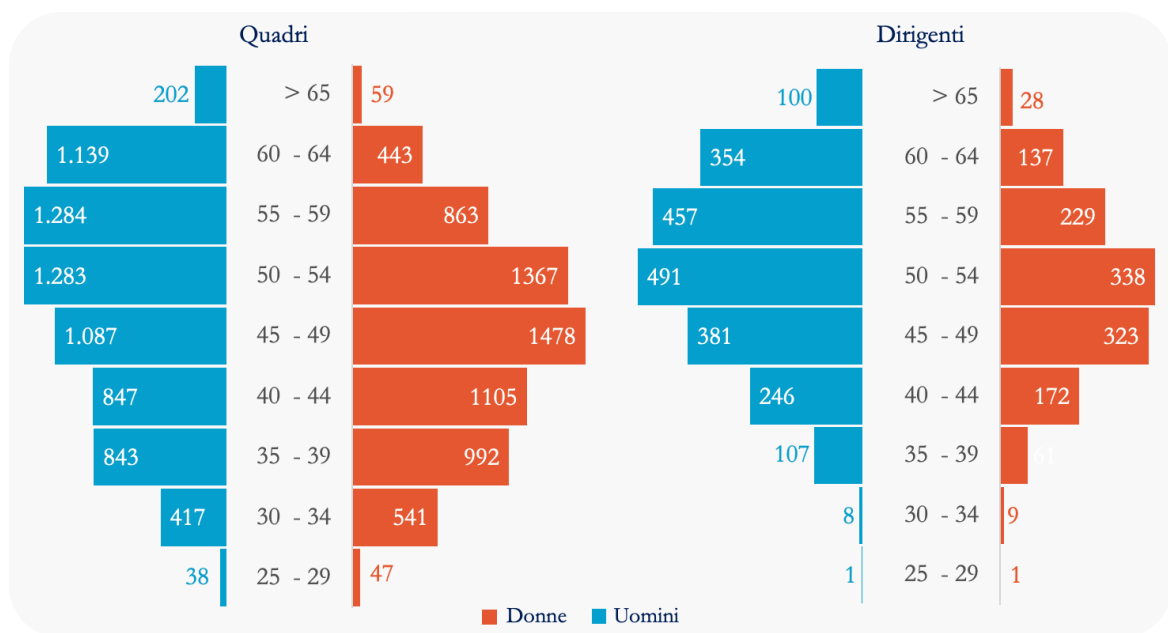


Figura 4.51. Piramide dell'età di quadri e dirigenti per genere del settore farmaceutico (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farmindustria (2025)

4.2.1 Settore dei dispositivi medici

Il numero degli occupati del settore dei dispositivi medici tra il 2021 e il 2023 è cresciuto da 118.837 a 130.520 unità (Tabella 4.9). Nell'orizzonte temporale considerato, il numero di donne impiegate nel settore è aumentato da 52.288 a 54.818 persone, ma il numero di uomini è aumentato più rapidamente passando da 66.349 a 75.702 persone (Figura 4.52). La proporzione di donne sul totale è prima aumentata tra il 2021 e il 2022, passando dal 42% al 45% e poi leggermente diminuito nel 2023 al 44%.

Il numero di leader del settore è aumentato rispetto al totale degli occupati, passando da 16.423 a 21.497 unità, ossia rispettivamente il 24,68% e il 28,40% degli occupati.

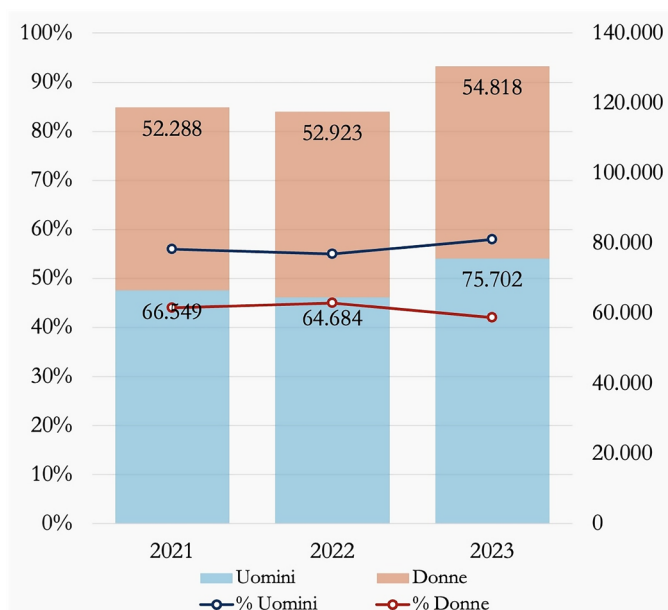


Figura 4.52. Occupati nel settore dei dispositivi medici (2021-2023)

Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)

Tabella 4.9 – Occupati e leader nel settore dei dispositivi medici (2017-2023)

Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2021	118.837	16.423	24,68%
2022	117.607	16.131	24,94%
2023	130.520	21.497	28,40%

Tra i leader del settore si conferma una netta prevalenza maschile (Figura 4.53). Dal 2021 al 2023, il numero assoluto di donne in ruoli di leadership è aumentato da 4.184 a 5.212. Nonostante questo incremento, la loro incidenza percentuale è diminuita, passando dal 25,48% al 24,25%.

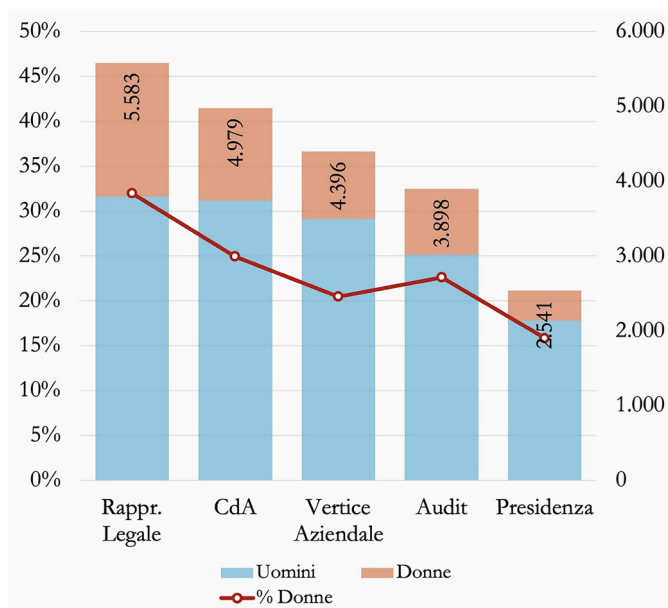


Figura 4.53. Leader nel settore dei dispositivi medici (2021-2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)

In particolare, sono cinque le categorie di leadership individuate da Confindustria-Dispositivi Medici: Rappresentanti Legali, Consiglio di Amministrazione, Vertici Aziendali, Audit e Presidenza. Il grafico evidenzia come il disequilibrio nella distribuzione di genere dei leader nel settore aumenti soprattutto tra i ruoli di presidenza del settore. Infatti, la categoria dei Rappresentanti legali è composta al 31,99% da donne (1.786), a seguire i CdA e gli organi di Audit sono composti al 25% circa da donne (rispettivamente 1.241 e 882). Maggiore, invece, il disequilibrio nel caso dei vertici aziendali, con una percentuale che si attesta al 20,45% (899 donne) e, infine, dei Presidenti delle aziende, dove le donne sono pari al 15,90% (404 donne).

Il GLIH del settore dei dispositivi medici mette in luce questa situazione di disequilibrio (Figura 4.54). Nel 2023, l'indice si attesta allo 0,31, segnalando una sottorappresentanza della componente femminile nei ruoli di leadership. La serie storica, inoltre, evidenzia che non ci sono stati spostamenti significativi negli anni. Tuttavia, nonostante una condizione di partenza nel 2017 analoga al 2023 (GLIH pari a 0,31), dopo un primo leggero peggioramento fino al 2020 (GLIH pari a 0,29), sembrerebbe che negli ultimi 3 anni si stia verificando un lento miglioramento della presenza delle donne nei ruoli di leadership.

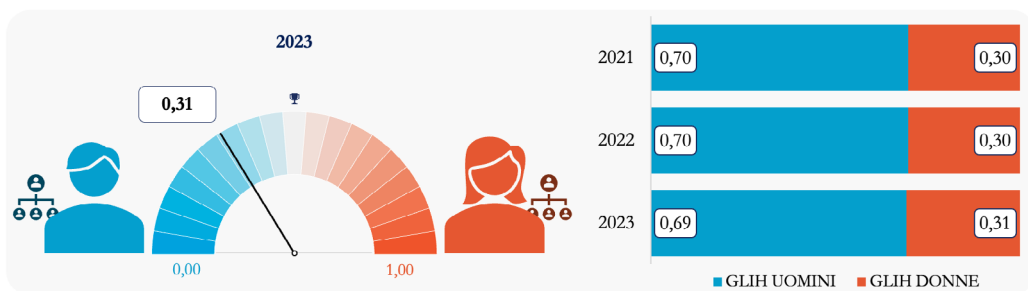


Figura 4.54. GLIH leader del settore dei dispositivi medici (2017, 2020 e 2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)

La piramide dell'età del settore dei dispositivi medici (Figura 4.55) evidenzia una distribuzione dei leader che, per quanto eterogenea, rimane sempre a svantaggio delle donne. Infatti, nelle fasce d'età fino a 49 anni la percentuale di donne si attesta tra il 30% e il 35% circa. Tra di queste, la percentuale più alta è raggiunta nella fascia d'età tra i 30 e i 39 anni. Dai 50 anni in su, la proporzione di donne diminuisce: nella fascia 50-59 si attesta al 25,31%, nella fascia d'età 60-69 al 16,67%, e sopra ai 69 anni al 18,55%. Dato un tasso di crescita del GLIH nullo negli anni, la strada per la chiusura del gap nel settore dei dispositivi medici sembra lunga. A fronte di una situazione progressivamente più vantaggiosa per le giovani donne leader, l'auspicio è che il divario tra leader donne e leader uomini si chiuderà con un progressivo ricambio generazionale.

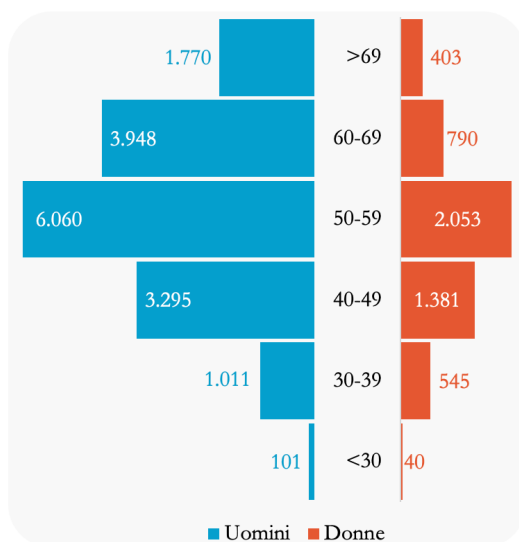


Figura 4.55. Piramide dell'età dei leader per genere del settore dei dispositivi medici (2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)

4.3 Formazione e Conoscenza

Università

L'area disciplinare analizzata è l'**Area 06 – Scienze Mediche**, che comprende diversi settori scientifico-disciplinari, tra cui medicina, chirurgia, genetica, statistica medica, scienze infermieristiche, scienze dietetiche e altri ambiti affini. Nel periodo compreso tra il 2012 e il 2023, il personale appartenente a quest'area ha registrato una diminuzione di circa 1.000 unità, passando da 12.103 a 11.161 accademici di ruolo (Figura 4.56). Parallelamente, si è osservato un incremento della componente femminile, che è passata dal 38,69% al 43,23% del totale del personale accademico di ruolo. Nel 2023, dunque, il quadro complessivo evidenzia una quasi parità di genere tra gli accademici strutturati dell'Area delle Scienze Mediche nelle università italiane, segnalando un progressivo riequilibrio nella distribuzione tra uomini e donne.

Tra gli accademici di ruolo dell'area disciplinare delle scienze mediche, il 19,65% occupa il ruolo di professore ordinario (Tabella 4.10). Il numero di professori ordinari è aumentato proporzionalmente agli occupati.

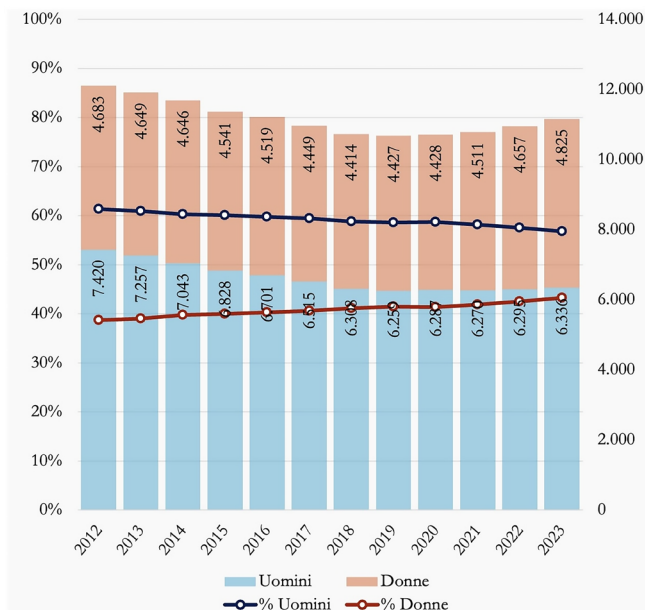


Figura 4.56. Personale Universitario delle Scienze Mediche (2012-2023)

Fonte – Elaborazione sui dati del Ministero dell’Università, dell’Istruzione e della Ricerca (2025)

Tabella 4.10 – Personale Universitario delle Scienze Mediche (2012-2023)

Fonte – Elaborazione dell’Osservatorio sui dati del Ministero dell’Università, dell’Istruzione e della Ricerca (2025)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	PROF. ORDINARI	
2012	12.103	2.031	16,78%
2013	11.906	1.918	16,11%
2014	11.689	1.823	15,60%
2015	11.369	1.788	15,73%
2016	11.220	1.835	16,35%
2017	10.964	1.798	16,40%
2018	10.722	1.818	16,96%
2019	10.686	1.877	17,57%
2020	10.715	1.945	18,15%
2021	10.781	2.085	19,34%
2022	10.952	2.133	19,48%
2023	11.161	2.193	19,65%

Osservando la distribuzione per ruoli nel 2023 (Figura 4.57), si osserva che donne sono sempre meno rappresentate man mano che si cresce nel ruolo. Anche le donne ricercatrici sono in numero maggiore rispetto agli uomini (12.882 – 56,25 % donne, 2.242 – 43,75% uomini). Lo stesso si verifica se si confrontano i professori associati con i professori ordinari: tra i professori associati le donne sono poco più del 38,11%, mentre tra i professori ordinari poco meno del 22%.

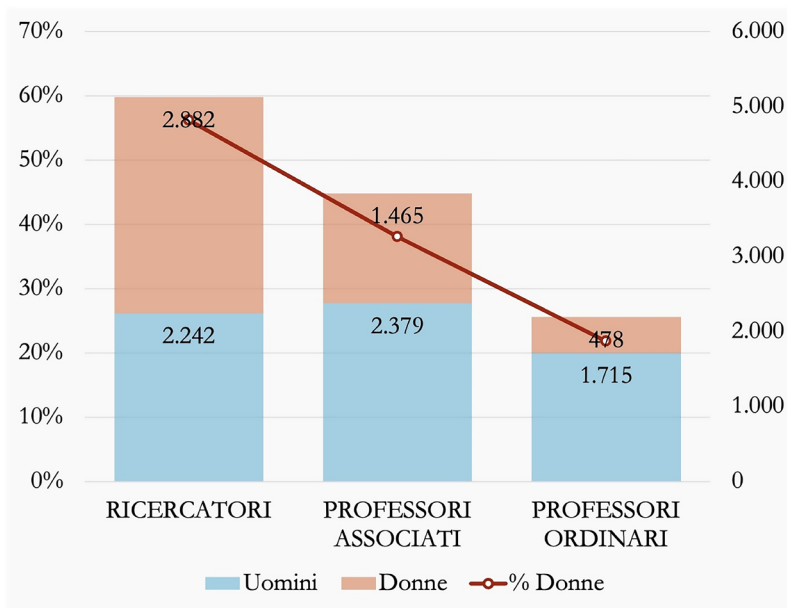


Figura 4.57 Personale universitario delle Scienze Mediche per categorie (2023)
Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sui dati del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2025)

Concentrando l'analisi sulle posizioni apicali, come illustrato in Figura 4.58, il numero delle professoressse ordinarie dal 2012 al 2023 è quasi raddoppiato, passando da 266 (13,10% del totale dei professori ordinari) a 478 (21,80%). Sembra quindi che le nuove posizioni di professori ordinari sia riconducibili ad un maggiore accesso delle donne a questo livello.

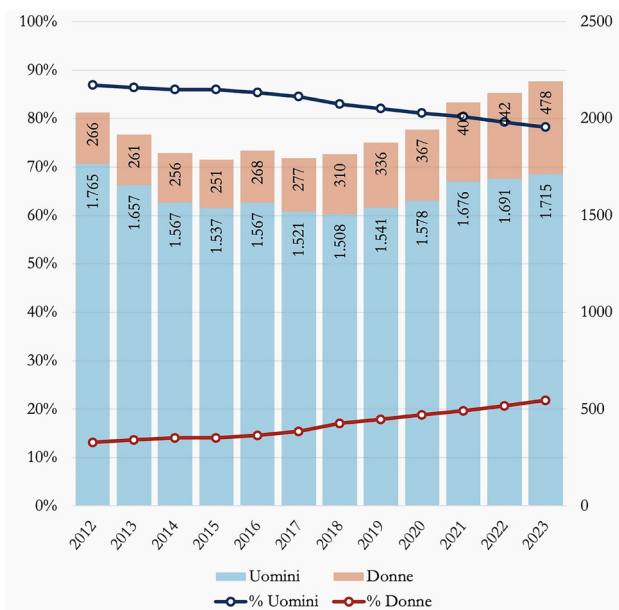


Figura 4.58. Professori e professoressse ordinarie delle Scienze Mediche (2012-2023)

Fonte – Elaborazione sui dati del Ministero dell'Università, dell'Istruzione e della Ricerca (2025)

Il GLIH calcolato sui professori ordinari dell'area disciplinare delle scienze mediche mette in luce una situazione di sottorappresentanza per le donne che, seppure in leggero miglioramento dal 2012 (0,19), rimangono significativamente sottorappresentate ancora nel 2023 (0,27) (Figura 4.59). Per quanto sembrerebbe intrapresa la strada verso un maggiore riequilibrio, dato il tasso di crescita annuo medio del numero di professoressesse ordinarie pari a 5,55% e il tasso di decrescita annuo medio del numero di professori ordinari pari allo 0,12%, si stima che la parità verrà raggiunta non prima del 2046.

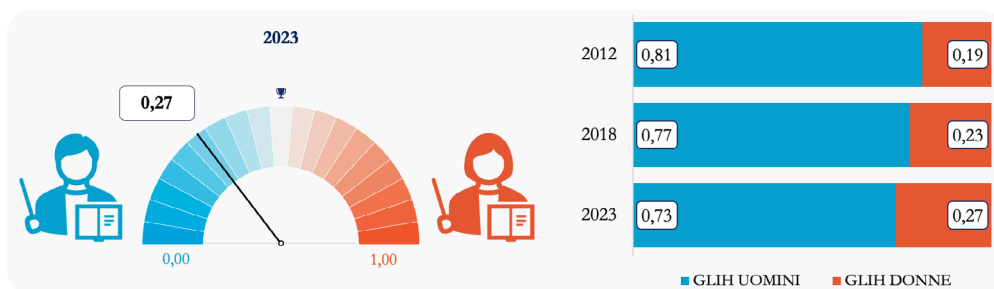


Figura 4.59. GLIH professori ordinari del personale universitario (2012, 2018 e 2023)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio su dati del Ministero dell'Università e della Ricerca (2025)

5. Come sostenere l'equità di genere nella leadership nel settore sanitario?

5.1 La visione del Comitato Scientifico e dell'Advisory Board dell'Osservatorio

Il divario significativo tra la presenza femminile nella forza lavoro sanitaria, dove le donne rappresentano la maggioranza, e la loro effettiva partecipazione ai livelli più alti della governance aziendale, come restituito dai dati, è il risultato di un insieme di fattori di natura culturale, organizzativa e manageriale. Persistono stereotipi di genere, barriere implicite e dinamiche di carriera che ostacolano l'accesso delle professioniste ai ruoli apicali. Per raggiungere l'equa rappresentanza è dunque necessario un approccio sistemico, che miri a rimuovere le barriere ancora presenti.

In questa prospettiva, si ritiene fondamentale analizzare le esperienze e le pratiche che hanno dimostrato di favorire un incremento della rappresentanza femminile in posizioni di leadership. Lo studio di tali esperienze virtuose, già implementate con successo in enti di diversa natura, costituisce un punto di partenza strategico per elaborare interventi replicabili in altri contesti.

A tal fine, sono state condotte 17 interviste semi-strutturate con i membri del Comitato Scientifico e dell'Advisory Board dell'Osservatorio o con professionisti dagli stessi indicati come responsabili dei temi di equità e sostenibilità all'interno dell'ente.

Il coinvolgimento del Comitato Scientifico permette di restituire una lettura dal punto di vista delle determinanti o delle barriere, delle politiche e delle leve strategiche per la promozione della leadership femminile ai vertici delle organizzazioni sanitarie e del settore salute. Il contributo dell'Advisory Board consente di individuare le buone pratiche e le linee guida operative adottate nei contesti organizzativi, fornendo un quadro integrato e multilivello del fenomeno.

Determinanti, politiche e leve nella visione del Comitato Scientifico

Il paradosso della rappresentanza numerica inversa si manifesta principalmente nel settore pubblico e nelle federazioni ordinistiche, accentuandosi progressivamente nei ruoli di top management.

La questione della leadership femminile nel settore sanitario italiano si manifesta attraverso un paradosso della rappresentanza numerica inversa: la preponderanza numerica delle donne nella forza lavoro non si traduce in una

proporzionale rappresentanza nei ruoli di leadership. Ciò è particolarmente evidente nel caso della FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche), che rileva come su 460.000 infermieri, il 76% degli iscritti agli albi sia di genere femminile, mentre delle 102 presidenze degli ordini provinciali e interprovinciali in Italia, solo circa 22 sono ricoperte da donne.

Anche nel caso della FOFI (Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani) oltre il 70% delle iscritte è di genere femminile, ma solo 10 presidenze su 100 ordini professionali sono ricoperte da donne. FOFI ha istituito nel 2021 una Commissione Pari Opportunità, scegliendo significativamente la figura di un “coordinatore” al posto di un “presidente”, per sottolineare l’approccio collaborativo. La Commissione ha condotto un’analisi sistematica della composizione di tutti i 100 ordini professionali, mappando la presenza femminile sia nei consigli sia nei ruoli esecutivi (presidente, vicepresidente, segretario, tesoriere). La FOFI ha inoltre promosso la partecipazione all’Osservatorio Pari Opportunità di Genere nelle Professioni Ordinarie, un’iniziativa di rete che ha consentito il confronto con altre professioni e l’individuazione di criticità comuni e specifiche.

Il fenomeno del “soffitto di cristallo” si accentua progressivamente salendo nella gerarchia organizzativa, come anche nel caso del Ministero della Salute, dove la presenza di donne è significativa a livello intermedio ma più rarefatta nei vertici decisionali.

Le politiche del settore pubblico sono meno efficaci per l'esigenza di bilanciare la trasparenza e l'equità come caratteristiche fondanti la pubblica amministrazione.

Diversamente dal settore privato, le aziende sanitarie pubbliche – in quanto pubbliche amministrazioni soggette ad obblighi di trasparenza e di equità – non prevedono riserve di genere né nell’ingresso del personale né negli avanzamenti di carriera. La riserva di genere è ammessa solo nelle commissioni di concorso e nelle liste elettive per le rappresentanze sindacali (un terzo devono essere donne). Questa apparente neutralità formale, tuttavia, non garantisce un’equità sostanziale tra i generi.

La questione della neutralità istituzionale nel caso delle Federazioni ordinistiche è particolarmente delicata in quanto i rappresentanti nei ruoli di leadership sono votati dalla base.

Da un altro punto di vista, il confronto internazionale è descritto come punto di partenza significativo, e, in seguito, motore di trasformazione, per comprendere il forte ritardo nell’equità di genere nel contesto della pubblica amministrazione italiana. Il Ministero della Salute descrive l’influenza dell’Unione Europea con il PNRR come uno degli strumenti per creare equità di genere, ad esempio per l’attenzione alle quote di giovani ricercatrici. Anche l’Organizzazione Mondiale della Sanità gioca un ruolo di riferimento, producendo report dedicati alla leadership femminile che forniscono benchmark internazionali e

raccomandazioni basate sulle evidenze. Tuttavia, la loro traduzione in politiche nazionali rimane parziale.

La costituzione dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) a partire dal 2011 ha rappresentato il primo tentativo sistematico di affrontare le pari opportunità e promuovere un cambiamento culturale anche attraverso corsi di formazione, ma l'efficacia di questi organismi appare disomogenea tra enti e la loro visibilità limitata.

Il divario nell'equità della leadership è multi-causale: da un lato, nasce da una visione, ancora preponderante, del ruolo centrale della donna nel carico familiare e di caregiving; dall'altro, da meccanismi culturali che vedono le caratteristiche e le capacità dei due generi come differenziali.

Le interviste riportano diverse cause di segregazione, ma ne emergono due in particolare: una più dettata dal ruolo storico della donna nella società, l'altra da meccanismi culturali e da stereotipi che si focalizzano sulle soft skills femminili come punti di debolezza e non di forza.

La questione del doppio carico, professionale e familiare, emerge trasversalmente come la principale barriera all'accesso femminile ai ruoli di leadership. Le caratteristiche intrinseche dell'organizzazione del lavoro sanitario, quali turni obbligati, disponibilità continua richiesta nei ruoli di responsabilità, mobilità geografica per avanzamenti di carriera, diventano spesso barriere insormontabili per la conciliazione tra vita familiare e lavoro, facendo scattare preferenze auto-imposte per percorsi professionali meno intensi e scarsa partecipazione ai concorsi per ruoli apicali. Tali vincoli sociali sono interiorizzati dalle donne che effettuano scelte di carriera che appaiono come dettate da una propria auto-determinazione, ma in realtà sono profondamente condizionate dalle barriere di contesto. L'auto-esclusione ha una seconda conseguenza rilevante, in quanto gli enti hanno una estrema difficoltà nel costruire gruppi dirigenti equilibrati per genere, diminuendo l'efficacia delle strategie e delle azioni.

Parallelamente, stereotipi radicati possono svalutare le caratteristiche peculiari della leadership femminile rispetto a quella maschile, con maggiore difficoltà di accesso delle donne ai ruoli di responsabilità. Mentre le conoscenze oggettivabili riducono gli spazi per bias impliciti, le capacità e le soft skills delle donne sono comunque meno considerate come punto di forza.

Le politiche delle federazioni ordinarie e delle associazioni di categoria puntano sulla raccolta di evidenze sulle disuguaglianze di genere e sulla formazione come elementi chiave per sviluppare la nuova leadership in sanità.

La raccolta di dati e di evidenze è al centro degli sforzi degli enti per garantire una base solida alle politiche e alle iniziative proposte, cercando di agire sulle cause delle disuguaglianze di genere in sanità.

La FNOPI ha avviato collaborazioni con fondazioni esterne, come la Fondazione Ossicini, per condurre indagini sulla questione del genere nella professione infermieristica. Queste survey hanno fornito dati utili per comprendere le motivazioni che portano le donne a non candidarsi per ruoli di leadership.

Dal 2019 ANAAO Toscana ha sviluppato – in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna – un percorso di ricerca e innovazione volto a misurare, monitorare e correggere le disuguaglianze di genere nel sistema sanitario pubblico, con particolare riferimento alla dirigenza medica e sanitaria. Il progetto ha portato allo sviluppo di un sistema di indicatori di genere, pensati per essere integrati nei sistemi ufficiali di misurazione delle performance aziendali, con un impatto diretto sulla governance e sulla promozione della parità. Il principale indicatore è quello relativo al “Soffitto di Cristallo”, che misura la rappresentanza femminile nelle posizioni apicali delle aziende sanitarie. Tale indicatore è stato integrato nel sistema di valutazione toscano (Bersaglio MeS) e successivamente incluso nel network delle Regioni come indicatore di osservazione e, successivamente, di valutazione, secondo un approccio che trasforma la misurazione in leva di governance: in questo caso ha spostato la concezione della parità di genere da aspirazione a criterio di accountability. Il sistema comprende anche due indicatori sulle dinamiche di assenteismo (percentuale di assenza e indice di assenza di genere) e quattro nuovi indicatori di osservazione: Indicatore di Equità di Genere, Indicatore di Assenza per Legge 104, Indicatore di Assenza per Malattia, Indicatore di Assenza per Malattia per Genere.

Anche la formazione alla leadership o a specifiche tematiche di genere è un obiettivo comune alle diverse federazioni ordinistiche. La FNOPI sta sviluppando percorsi formativi per sviluppare le capacità manageriali dei coordinatori infermieristici, per la maggior parte di genere femminile, e sta attivando nuovi temi di sviluppo e benessere delle risorse umane (ad esempio, *compassionate leadership* o *magnet hospital*). La FNOPI, inoltre, ha identificato la leadership dei propri ordini provinciali come priorità strategica, sviluppando iniziative specifiche come l'istituzione della Scuola di Politica Professionale.

La FOFI sta lavorando su percorsi formativi riguardanti temi che necessitano maggiore diffusione date le dinamiche sociodemografiche contemporanee, come la crioconservazione degli ovuli (*egg freezing*). Quest'ultimo è un tema che interseca la salute riproduttiva con le scelte di carriera delle giovani professioniste: offrire informazione e supporto su queste possibilità può consentire alle professioniste di pianificare più consapevolmente il proprio percorso di vita, riducendo la pressione di dover scegliere precocemente tra maternità e carriera.

Il Ministero della Salute, con il Dipartimento della funzione pubblica e il supporto di Formez PA, ha proposto una survey nazionale sulla sostenibilità in salute (“SoStenibilità in salute – Sviluppo sostenibile ed impatto sulla salute”) durante il lockdown del 2020, dove sono stati declinati alcuni degli Obiettivi di

Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030, compreso il Goal 5, nell'ambito del gender. I questionari, rivolti alle Pubbliche Amministrazioni e ai cittadini adottano la metodologia del *nudging*: attraverso le domande stesse viene data una "spinta gentile" per generare un cambiamento virtuoso.

Le rappresentanze associative dell'industria farmaceutica hanno raggiunto risultati significativi, facendo leva sulle normative e sulle politiche per il bilanciamento rispetto al genere e garantendo supporto allo sviluppo virtuoso di iniziative aziendali.

L'industria farmaceutica rappresenta un'eccezione significativa in questo panorama. Secondo i dati presentati da Farindustria, il 45% degli addetti è costituito da donne e il 46% delle posizioni apicali è ricoperto da rappresentanti di genere femminile. Inoltre, il 40% del fatturato del settore è generato da imprese con leadership strategica femminile.

Questi risultati derivano da un approccio strutturato che integra diversi strumenti. Dal 2017, Farindustria promuove un evento dedicato alle donne che prevede la presenza di esperti istituzionali, leader d'impresa e figure del mondo del lavoro e della sanità, per affrontare temi quali l'importanza del welfare aziendale per la partecipazione al lavoro, la medicina di genere, la prevenzione, la natalità e la genitorialità, il benessere femminile.

Lo strumento più efficace, secondo Farindustria, è stata la certificazione per la parità di genere, rispetto alla quale Farindustria ha fornito supporto alle imprese fin dal concepimento della norma. Questa certificazione valuta le aziende su equità salariale, opportunità di crescita professionale, politiche di bilanciamento vita-lavoro, presenza femminile in ruoli apicali, misure adottate contro le discriminazioni di genere. Attualmente il 75% delle imprese del settore farmaceutico ha ottenuto la certificazione. L'adesione al Codice di autodisciplina in favore della maternità (Codice Roccella) ha ulteriormente rafforzato l'attenzione delle imprese su temi come le opportunità di carriera, l'adattamento dei tempi e delle modalità di lavoro delle madri e il tema di equità salariale.

Le politiche di welfare aziendale nel settore sono particolarmente articolate. Farindustria riporta che sono ampiamente concessi: permessi retribuiti (84%), flessibilità in ingresso e uscita (96%), utilizzo del part-time (80%) e smart-working (89%); congedi e aspettative di maternità/paternità (49%); asili nido e rimborsi alle spese di istruzione dei figli (44%), oltre che la cessione solidaristica di permessi e ferie (37%). La diffusione di progetti nell'ambito Diversity Equity and Inclusion per favorire una cultura inclusiva che valorizzi la diversità di genere (71%), oltre che iniziative per contrastare la violenza e le molestie di genere (60%), testimonia come il tema sia stato integrato nelle strategie aziendali.

L'associazione enfatizza il fatto che il settore farmaceutico, agevolando la creazione di ambienti di lavoro flessibili che supportano la genitorialità, voglia incidere sulla creazione di sempre maggiori opportunità di carriera al femminile, dando anche dei segnali positivi al mondo dell'industria con politiche

responsabili e contemporanee che consentano di coniugare produttività, partecipazione al lavoro e crescita delle pari opportunità.

Un risultato significativo riguarda il gap salariale tra i generi: Farindustria sottolinea che il settore, grazie a policy e contratti aziendali, è riuscito a renderlo sostanzialmente inesistente tra gli addetti con età compresa fra 30 e 49 anni, come confermano anche i dati Istat. Questo risultato deriva dalla contrattazione di secondo livello, per la quale Farindustria ha sviluppato Linee Guida, nell'ambito dell'ultimo rinnovo del CCNL chimico e farmaceutico, ispirate alle migliori pratiche già sperimentate da alcune imprese, per orientare l'intero sistema verso una maggiore equità ed inclusione.

Le rappresentanze associative dell'industria dei dispositivi medici hanno garantito evidenze a supporto delle aziende del settore, mettendo al centro sostenibilità e bilanciamento rispetto al genere.

Confindustria Dispositivi Medici ha sviluppato un approccio sistematico per supportare le imprese associate attraverso il proprio Centro Studi. L'enfasi sui dati come punto di partenza è stata fondamentale per una cognizione reale, concreta e fondata sulle evidenze su qual è lo stato dell'arte dei fenomeni e quali sono le tendenze, in modo da migliorare la presa di decisioni.

L'associazione ha fatto delle scelte strategiche significative, lavorando attivamente sui pilastri ESG (Environment, Social, Governance), di cui la parità di genere fa parte, che sono stati inseriti nello Statuto in coerenza con gli obiettivi SDG e il paradigma One Health. Nel 2025 è stata presentata per la prima volta una relazione di impatto dove un ampio spazio è stato riservato proprio alle risorse umane, ponendo l'attenzione sulla composizione di genere dell'associazione e della sua società di servizi.

Il 72,5% degli occupati sono donne con un rapporto tra la retribuzione delle impiegate donne, rispetto agli impiegati uomini, di 0,95, a testimonianza dell'impegno nell'assicurare parità di retribuzione tra collaboratori. Il leadership team è inoltre quasi completamente al femminile.

Questo processo di istituzionalizzazione si è tradotto in strumenti operativi: corsi di formazione interni, l'elaborazione di un vademecum sulla sostenibilità per le imprese associate, la trasformazione in Società Benefit della società di servizi e l'apertura del Forum per la Sostenibilità delle imprese associate.

Il superamento del gender gap è uno dei temi che l'associazione sta approfondendo. Quest'anno è stato dedicato un momento di formazione alle aziende sulle opportunità della certificazione per la parità di genere ed è stato strutturato un servizio di accompagnamento alle imprese nell'ottenimento della certificazione. Questi sono i primi step di un percorso più ampio di sensibilizzazione su diversity, equity e inclusion nella gestione delle risorse umane, che andrà a toccare diversi temi, fra cui quello della trasparenza delle retribuzioni, sulla scia

della spinta normativa europea, della genitorialità e della misurazione dell'impatto delle diverse azioni.

L'attenzione sul fronte del bilanciamento rispetto al genere è alta da tempo. Come punto di partenza, attraverso il proprio Centro Studi, l'enfasi è stata posta sui dati per una ricognizione reale, concreta e fondata sulle evidenze relative all'occupazione femminile. Nelle diverse edizioni del rapporto annuale sul settore è stato mappato l'indicatore dell'occupazione femminile, che si attesta al 46%. Dal 2021 è stato aggiunto l'approfondimento sull'occupazione femminile nelle posizioni apicali a supporto nell'individuazione delle tendenze e nel miglioramento della presa di decisioni. Inoltre, la diffusione dei dati viene utilizzata per celebrare momenti come la Giornata internazionale della donna, per sensibilizzare la promozione di buone pratiche del settore.

L'associazione promuove una leadership collaborativa e non gerarchica, con attenzione alla fiducia, all'ascolto, alla corresponsabilità, al costruire insieme, allo scopo di far emergere il contributo delle donne alla presa di decisioni sia ai livelli apicali sia nelle attività in team.

Tuttavia, anche in questo settore virtuoso persiste una significativa discrepanza in termini di progettualità tra la grande impresa e la piccola e media impresa (PMI), con quest'ultima che costituisce il 94% delle associate di Confindustria Dispositivi Medici. Nel futuro l'associazione intende stimolare l'attività delle PMI su questi temi, grazie ad una maggiore formazione anche in contesti di imprese familiari dove il gender bias potrebbe essere dovuto al numero di donne presenti in una determinata famiglia proprietaria. Discorso a parte invece per le start-up, che nascono in contesti più dinamici dove contano maggiormente la qualifica professionale e le competenze specialistiche, elementi che potrebbero riequilibrare naturalmente il gender gap.

Gli attori istituzionali propongono di agire sull'integrazione strutturale di evidenze sul disequilibrio di genere, sulla promozione di una cultura della diversità e sul supporto al ruolo delle donne grazie ad iniziative di welfare aziendali e sociali.

Gli attori intervistati convergono su alcune raccomandazioni strategiche fondamentali, proponendo di:

- integrare stabilmente gli indicatori di genere nei sistemi di valutazione, nei bilanci e nei piani strategici delle aziende, anche quando ancora non previsto dalla normativa o dalle politiche pubbliche;
- promuovere politiche di welfare aziendale e sociale mirate, come flessibilità oraria, smartworking, servizi di supporto alla genitorialità e alla cura degli anziani, diritto alla ripresa lavorativa della donna (post maternità o altre tipologie di assenza) senza penalizzazioni di carriera;
- supportare la consapevolezza culturale dell'importanza della presenza femminile nelle aziende e il valore strategico della diversità grazie a:
- formazione su leadership inclusiva e collaborativa;

- contrasto alle discriminazioni, agli stereotipi e ai bias culturali, anche con la costruzione di percorsi di partecipazione in cui le donne si sentano libere di esprimere le proprie esigenze e i propri disagi;
- nel caso della medicina, promozione di una reale medicina di genere.

5.2 Le buone pratiche emerse dall'Advisory Board

La letteratura scientifica riscontra che gli interventi organizzativi più efficaci per favorire l'equità di genere si dividono in cinque categorie principali (Mousa et al., 2021): 1) processi organizzativi, che includono politiche di bilanciamento lavoro-famiglia, 2) consapevolezza e coinvolgimento, 3) attività di mentoring e networking dedicate alle donne per aumentare il loro livello di influenza sulle decisioni, 4) formazione e sviluppo della leadership, e 5) strumenti di supporto.

Sulla base di tale classificazione vengono riportate le risultanze delle interviste, sintetizzate nella Figura 5.1.

Processi organizzativi

La diversità e l'inclusione devono diventare parte delle strategie aziendali, con l'allocazione di budget dedicati, per potersi trasformare da iniziative singole a trasformazione dell'intero sistema aziendale.

L'integrazione della diversità e dell'inclusione nelle strategie aziendali rappresenta un passaggio primario e fondamentale per l'avvio di progetti sistemici in questi ambiti, richiedendo un impegno che va oltre le iniziative singole o temporanee. **L'approccio sistemico** richiede che ogni processo aziendale, dalla definizione degli obiettivi alla valutazione delle performance, dall'organizzazione del lavoro alla comunicazione interna ed esterna, tenga conto delle implicazioni di genere e dell'impatto sulle opportunità di crescita professionale delle donne.

L'allocazione dedicata di risorse costituisce un elemento fondamentale per trasformare gli impegni strategici in azioni concrete. La destinazione di budget dedicati alla diversità e inclusione crea le condizioni operative per implementare programmi continuativi e strutturati.

Quando l'equità di genere è un pilastro strategico, ogni decisione relativa alle promozioni, agli incarichi, alla formazione e allo sviluppo professionale viene **valutata anche attraverso la lente dell'inclusione**. Questo meccanismo non significa applicare quote rigide o favorire automaticamente le donne, ma assicurarsi che tutti i processi siano strutturati in modo da eliminare bias inconsci e barriere sistemiche.

Il commitment dei vertici aziendali verso le politiche di genere garantisce una maggiore enfasi ed efficacia dei progetti aziendali a sostegno delle donne.

Le esperienze aziendali riportate dall'Advisory Board sono convergenti nel ritenere il **sostegno autentico e visibile dei vertici aziendali** come elemento determinante per il successo delle strategie di promozione della parità di genere, in quanto fattore abilitante che trasforma le dichiarazioni di principio in cambiamenti concreti e sostenibili, fornendo ai progetti **la legittimità necessaria** per superare resistenze organizzative e inerzie culturali consolidate nel tempo. Senza tale commitment, gli interventi rischiano di rimanere confinati nell'ambito delle politiche delle risorse umane, o interpretati come adempimenti normativi o come iniziative di immagine, oppure come distrazioni rispetto alle priorità cliniche e operative, perdendo di conseguenza la forza sistemica necessaria per generare trasformazioni durature.

L'adozione in prima persona di un **ruolo catalizzatore**, in presenza di una posizione di autorità e influenza, permette al vertice aziendale di:

- **superare rapidamente ostacoli burocratici** e resistenze che potrebbero rallentare o compromettere l'implementazione dei programmi;
- **dare l'esempio**, ispirando direttamente con le proprie azioni o legittimando comportamenti di promozione della parità di genere, a tutti i livelli dell'organizzazione;
- **comunicare** inequivocabilmente **l'attenzione strategica** al tema a tutta l'azienda, ad esempio attraverso la partecipazione agli eventi di diversity o il rimando al tema nei discorsi ufficiali;
- **creare opportunità** e occasioni per valorizzare il talento delle donne, quali incarichi di responsabilità, partecipazioni a progetti strategici, opportunità di visibilità o percorsi di sviluppo.

Box 5.1 Alcuni esempi di buone pratiche di definizione di strategie e processi organizzativi per l'inclusione

BD ha implementato un approccio strutturato con un programma di diversity & inclusion che ogni anno sponsorizza con una parte dei budget delle business unit. Boehringer Ingelheim è impegnata a promuovere attivamente l'importanza di un lavoro diversificato, aperto, collaborativo, senza discriminazioni, fondato sul rispetto e sull'equo accesso alle opportunità, garantendo anche un buon bilanciamento con la vita privata.

Medtronic considera la diversità e l'inclusione come parte integrante del proprio DNA e come vera e propria strategia di business. L'azienda ha definito l'obiettivo globale di raggiungimento del 45% di donne in posizioni manageriali entro aprile 2027, obiettivo costantemente monitorato attraverso report dedicati. Il commitment è confermato anche dalla presenza di un Chief Officer Inclusion, Diversity & Equity a livello globale.

La conciliazione vita-lavoro assume forme diversificate e impegno sistemico da parte delle aziende, dal sostegno pratico alla genitorialità in tutte le fasi della crescita familiare, al sostegno psicologico, al lavoro flessibile.

La conciliazione vita-lavoro rappresenta uno degli ambiti più strategici e al contempo complessi per la promozione della leadership femminile nel settore sanitario. L'analisi delle pratiche aziendali rivela come questo tema richieda un approccio sistemico che integri diverse dimensioni di supporto.

Il **sostegno pratico alla genitorialità** rappresenta un pilastro fondamentale di qualsiasi strategia efficace di conciliazione vita-lavoro, perché opera attraverso politiche che non si limitano a supportare le madri lavoratrici, ma che rivoluzionano completamente i paradigmi tradizionali della genitorialità nei contesti organizzativi.

Questo tipo di supporto si manifesta, ad esempio, attraverso la possibilità di concedere a entrambi i genitori, con particolare riferimento ai padri, un **periodo esteso di congedo parentale**. Tale misura rappresenta un'opportunità per ripensare le politiche a favore della genitorialità, al fine di generare effetti sistemici sull'equità di genere, oltre a riconoscere la varietà delle attuali configurazioni familiari. Questa politica attacca alla radice uno dei meccanismi più pervasivi di discriminazione indiretta delle donne nel mercato del lavoro: la percezione che la genitorialità rappresenti primariamente una responsabilità femminile che inevitabilmente interferisce con i percorsi di carriera. Quando i congedi parentali vengono estesi significativamente anche ai padri, si innesca un processo di riequilibrio dei carichi familiari che ha conseguenze profonde su più dimensioni dell'esperienza lavorativa. A livello individuale, le donne che diventano madri non vengono più percepite come le uniche responsabili della cura dei figli, riducendo il rischio di penalizzazioni in termini di opportunità di crescita professionale, assegnazione di progetti strategici o considerazione per ruoli di leadership. A livello organizzativo, l'estensione dei congedi ai padri normalizza l'assenza dal lavoro per motivi familiari, trasformandola da "problema femminile" a esperienza condivisa che riguarda tutti i genitori indipendentemente dal genere.

Il riconoscimento che le esigenze di conciliazione vita-lavoro non si limitano ai primi mesi o anni di vita dei figli, ma si **estendono lungo tutto l'arco della crescita familiare**, ha portato a diverse soluzioni operative che illustrano anche come le politiche di sostegno alla genitorialità possano assumere forme creative e innovative oltre gli schemi tradizionali.

Il concetto di **wellbeing** abbraccia una visione olistica che considera non solo gli aspetti economici e contrattuali del rapporto di lavoro, ma anche le dimensioni psicologiche, sociali e relazionali che contribuiscono alla realizzazione professionale e personale. Questa evoluzione è particolarmente significativa per le donne, che spesso si trovano a gestire carichi di cura familiare e responsabilità che richiedono forme di supporto più articolate e personalizzate rispetto ai benefit

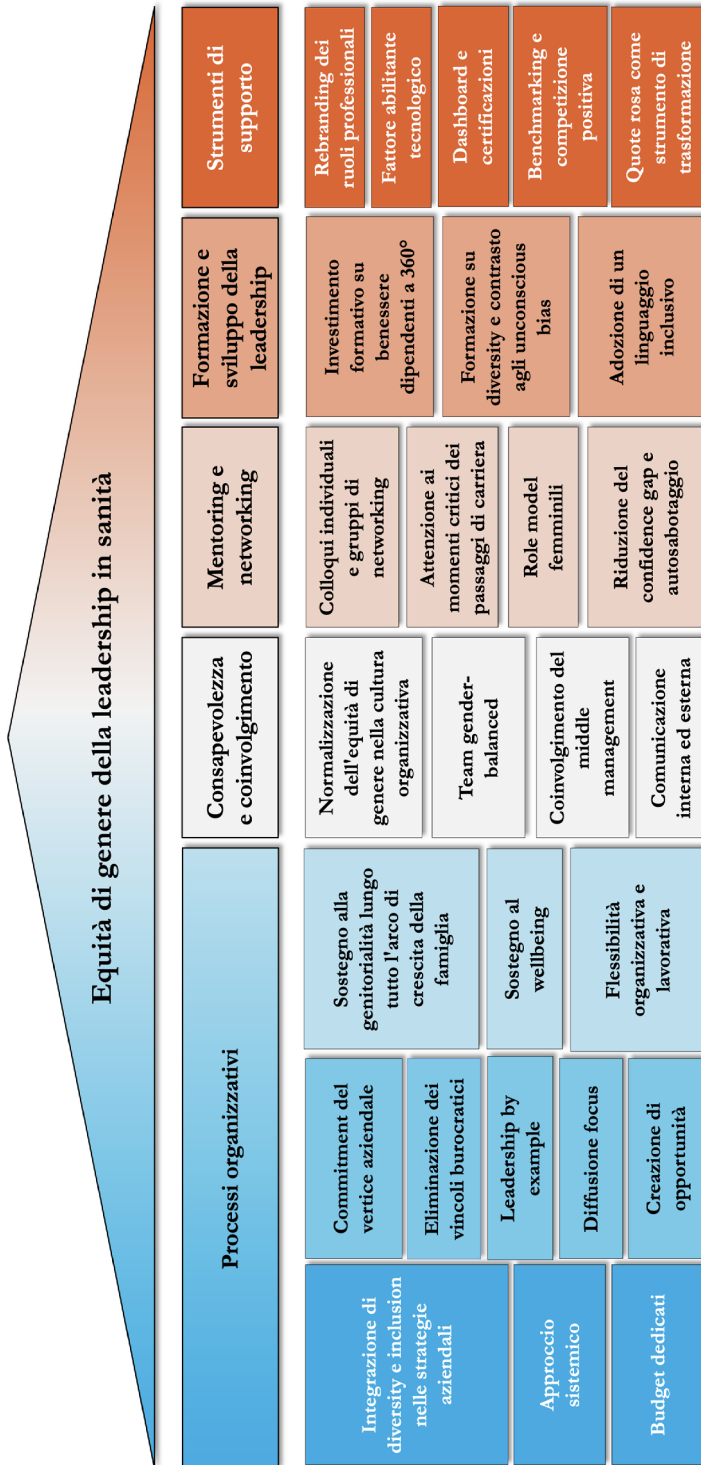


Figura 5.1. Le buone pratiche per sostenere l'equità di genere della leadership emerse dalle interviste
 Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sulle interviste all'Advisory Board

tradizionali. In questo caso, il **sostegno psicologico** rappresenta una dimensione fondamentale delle strategie di conciliazione vita-lavoro, affrontando gli aspetti emotivi, relazionali e mentali che accompagnano l'esperienza del dipendente e che possono influenzare significativamente la capacità delle persone di mantenere e sviluppare i propri percorsi professionali. Inoltre, è rilevante anche un **orientamento rispetto ai benefit** e alle iniziative disponibili a livello organizzativo. Spesso, infatti, le difficoltà nell'utilizzo delle politiche di conciliazione non derivano dalla loro inadeguatezza, ma dalla difficoltà delle persone di orientarsi tra le opzioni disponibili, soprattutto in momenti di stress e necessità urgente.

La **flessibilità organizzativa** rappresenta forse la dimensione più trasformativa delle politiche di conciliazione vita-lavoro, perché non si limita a fornire supporti aggiuntivi ai modelli lavorativi tradizionali, ma ripensa radicalmente i paradigmi dell'organizzazione del lavoro per adattarli alle esigenze contemporanee. La sostenibilità delle politiche di flessibilità dipende dalla loro capacità di generare benefici reciproci per individui e organizzazioni. Se la flessibilità è progettata e implementata correttamente, non rappresenta un costo, ma un investimento che migliora il coinvolgimento, riduce il turnover, attrae talenti qualificati e contribuisce alla costruzione di culture organizzative più resilienti e adattive. La transizione da pratiche informali a politiche strutturate riflette una maturazione nella comprensione dell'importanza strategica della flessibilità e della necessità di garantire equità e trasparenza nell'accesso a questi benefici. Dalle interviste con le aziende emerge che la disponibilità di strumenti adeguati a supportare il lavoro flessibile rappresenta una condizione necessaria ma spesso trascurata nell'implementazione di queste politiche. È necessario fornire tecnologie, competenze e adattare i processi per garantire che il lavoro remoto sia efficace quanto quello in presenza. L'investimento in strumenti tecnologici adeguati si accompagna poi alla flessibilità negli orari di ingresso, che riconosce che non tutti i dipendenti hanno le stesse esigenze di conciliazione e che offrire opzioni diversificate può massimizzare l'efficacia di queste politiche. La possibilità di adattare gli orari lavorativi agli orari scolastici, agli impegni di cura familiare o ad altre necessità personali può fare la differenza tra la possibilità di mantenere un impegno professionale stabile e la necessità di fare scelte difficili tra carriera e famiglia.

Box 5.2 Alcuni esempi di buone pratiche di conciliazione vita-lavoro

Gli esempi di buone pratiche sulla conciliazione vita-lavoro sono particolarmente numerosi e interessanti nel caso delle interviste all'Advisory Board e rispecchiano le logiche e le finalità descritte. Il passaggio da un focus esclusivamente femminile a un approccio inclusivo riflette una comprensione crescente delle dinamiche di genere.

Larga parte delle aziende dell'Advisory Board prevede un allungamento del congedo genitoriale per il secondo genitore (solitamente il padre) pagato al 100% dall'azienda. Ad esempio: Lundbeck prevede un congedo genitoriale maschile di 12 settimane; Boston Scientific garantisce almeno 18 settimane a tutti i dipendenti; Sanofi prevede 14 settimane per il secondo genitore; Takeda ha esteso i congedi genitoriali a 16 settimane.

Diverse sono le iniziative che estendono il supporto alla genitorialità lungo tutto il ciclo di vita familiare.

Boehringer Ingelheim ha sviluppato iniziative come il "Summer camp" che fornisce supporto durante i periodi di chiusura scolastica. Takeda prevede la possibilità, per i genitori che lavorano negli stabilimenti, di accedere ad un bonus welfare per ogni figlio iscritto al baby parking estivo. Sanofi ha sviluppato un set di strumenti all'interno di un programma di supporto per genitori, tra i quali: percorsi formativi volti a fornire una guida sui modi per supportare i figli nelle scelte e orientarli nel percorso di studi e lavoro (per la fascia d'età 0-18+), un bonus bebè di € 1.000 e 1 giorno/anno di permesso per figlio fino a 14 anni.

Inoltre, il sostegno non si esaurisce solo nella parte di vita "pratica" ma emerge un'attenzione particolarmente elevata sul benessere psicologico di chi ha una famiglia.

Lundbeck attraverso le "campagne di awareness sulla salute mentale" riconosce che la genitorialità, pur essendo un'esperienza naturale e desiderata, comporta inevitabilmente stress, cambiamenti identitari e sfide psicologiche. Queste campagne operano su più livelli: contribuiscono a normalizzare le difficoltà psicologiche legate alla genitorialità, creano un clima di apertura e supporto, trasformano la percezione della genitorialità da questione privata a tematica di rilevanza organizzativa.

Sanofi garantisce la presenza di una figura professionale dedicata al benessere psico-sociale all'interno dell'organizzazione, allo scopo di fornire maggiore accessibilità, continuità e conoscenza del contesto organizzativo specifico (ad esempio, anche garantendo il collegamento con benefit e iniziative disponibili a livello aziendale), e supporto strutturato e continuativo. A questo si affianca l'Employee Assistance Program (EAP) Global, che offre un servizio gratuito, riservato e volontario di assistenza psicologica, legale e finanziaria, oltre a informazioni e strumenti online, disponibile 7 giorni su 7, accessibile ai dipendenti e al loro nucleo familiare. UCB sostiene la massima flessibilità, in una battuta: "nessuno timbra il cartellino". È consentito organizzare la giornata lavorativa a seconda delle esigenze, e questo aspetto viene chiaramente comunicato a tutti i lavoratori, in modo da garantire un alto livello di comfort.

Tutte le aziende hanno implementato politiche di smartworking, anche migliorative dei contratti collettivi del settore.

Le buone pratiche di conciliazione vita-lavoro sono state messe in luce anche durante le interviste agli enti che compongono il Comitato Scientifico. Ad

esempio, il Ministero della Salute dispone di servizi che facilitano concretamente questo aspetto: il giardino per i bambini in struttura, l'asilo nido, la mensa con orari flessibili. Lo smartworking rappresenta un'altra leva significativa, la cui diffusione durante la pandemia ha aperto diverse possibilità: oggi c'è la possibilità per funzionari e dirigenti di lavorare al 50% in sede e al 50% da remoto, riducendo la necessità di spostamenti.

Consapevolezza e coinvolgimento

La normalizzazione dell'equità di genere deve essere elemento fondante della cultura organizzativa, in quanto garantisce alle donne maggiore propensione ad assumere ruoli di leadership e all'organizzazione strumenti di autoregolazione per annullare i comportamenti discriminatori.

La **cultura organizzativa** rappresenta il substrato fondamentale su cui sviluppare la leadership femminile, che si rivelerà in artefatti e pratiche organizzative. In particolare, un principio culturale fondamentale è rappresentato dalla **normalizzazione dell'equità**, fenomeno osservato particolarmente nelle aziende con radici culturali nordeuropee e nordamericane. Le aziende che operano in contesti culturali già sensibili a questi temi beneficiano di un vantaggio significativo perché possono costruire le proprie politiche interne su fondamenta culturali già consolidate.

Se l'equità di genere è percepita come "normale", si eliminano molte delle tensioni e delle resistenze che spesso accompagnano le politiche di diversity, perché le donne non si sentono destinatarie di trattamenti speciali, ma beneficiarie di un sistema meritocratico che riconosce effettivamente il valore delle competenze. In questo modo, le professioniste sviluppano una maggiore fiducia nelle proprie capacità e mostrano una propensione più elevata ad assumere ruoli di leadership. Questo fenomeno è particolarmente importante perché affronta una delle barriere più significative: l'auto-selezione negativa, che porta molte donne competenti a non candidarsi per posizioni di maggiore responsabilità a causa di dubbi sulle proprie capacità o timori riguardo alle reazioni dell'ambiente di lavoro.

Il supporto della cultura organizzativa crea una situazione in cui non esistono più zone grigie dove i comportamenti discriminatori possano nascondersi o giustificarsi e, di conseguenza, la *peer pressure* e le aspettative condivise diventano strumenti di autoregolazione più efficaci delle politiche imposte dall'alto. In questi contesti, le persone sono più propense a segnalare situazioni problematiche, a proporre miglioramenti e a contribuire attivamente alla costruzione di un ambiente ancora più inclusivo. Si crea così un processo di autoregolazione e miglioramento che non dipende esclusivamente dalle decisioni del management, ma è sostenuto dalla partecipazione attiva di tutti i membri dell'organizzazione.

Il principio della neutralità di genere non significa ignorare le specificità, ma creare condizioni in cui il genere non costituisca un fattore limitante per l'accesso alle opportunità di crescita e sviluppo professionale. Le organizzazioni più avanzate stanno sviluppando framework relativi alla leadership che valorizzano competenze tradizionalmente associate alle donne, come l'intelligenza emotiva, la capacità di collaborazione, l'approccio partecipativo alla gestione dei team e l'attenzione alle dinamiche relazionali. Come riconosciuto da molti degli intervistati, **i team con leadership gender-balanced** ottengono risultati superiori in termini di innovazione, problem-solving e performance finanziarie, confermando il valore strategico della diversità di genere.

Un potenziale elemento di rischio emerge dal fatto che, mentre il top management è generalmente coinvolto nella definizione delle strategie di diversity & inclusion e i singoli collaboratori partecipano a iniziative formative e di sensibilizzazione, **i middle manager possono risultare insufficientemente coinvolti** nel processo di trasformazione. È pertanto responsabilità delle aziende identificare strumenti e modalità efficaci per promuovere attivamente il coinvolgimento di questa categoria di dipendenti.

La **comunicazione interna ed esterna** rappresenta un altro elemento strategico fondamentale. Le organizzazioni che hanno integrato con successo la diversity & inclusion nella propria strategia hanno sviluppato narrative coerenti che comunicano i valori di inclusività sia ai dipendenti che agli stakeholder esterni. Questa comunicazione non si limita alla celebrazione dei risultati raggiunti, ma include anche la trasparenza sui percorsi di miglioramento e sulle sfide ancora da affrontare. La coerenza tra comunicazione interna ed esterna rafforza la credibilità dell'impegno aziendale e contribuisce a costruire una reputazione di *employer of choice* per i talenti femminili. Questa reputazione diventa a sua volta un vantaggio competitivo nell'attrazione e nella retention dei migliori profili, creando un circolo virtuoso di crescita e innovazione.

Box 5.3 Alcuni esempi di buone pratiche di consapevolezza e coinvolgimento

Lundbeck ha sviluppato un approccio strutturato che prevede la comunicazione tramite newsletter e un coinvolgimento attivo del middle management attraverso la nomina di "ambassador" che fungono da moltiplicatori del messaggio inclusivo.

Medtronic ha un Employee Resource Group (ERG Medtronic Women's Network), focalizzato sulla valorizzazione e crescita del talento femminile, attivo sia a livello globale che italiano. L'azienda inoltre realizza un Inclusion, Diversity & Equity report annuale a livello globale che include, ad esempio, messaggi della leadership, mission e commitment, consuntivazioni delle attività formative e dell'impatto sulla comunità esterna, dati sulla composizione di

genere, misurazione del livello di inclusione e coinvolgimento attraverso survey interne svolte due volte l'anno, monitoraggio della pay equity. L'azienda lavora attivamente anche con presentazioni nelle scuole per incentivare le donne a intraprendere percorsi STEM.

Mentoring e networking

Percorsi di mentoring strutturati e soluzioni che stimolano il networking professionale permettono di colmare il confidence gap delle donne e facilitare la loro promozione a ruoli di leadership, anche in aree tradizionalmente a predominanza maschile.

Le soluzioni per l'empowerment femminile mirano a creare all'interno dell'azienda spazi di aggregazione e confronto che permettono alle donne di sviluppare competenze di leadership, costruire reti professionali e identificare opportunità di crescita. Gli approcci di mentoring e networking, in particolare, riconoscono che esistono **momenti critici nella progressione di carriera** che richiedono supporto mirato e interventi specifici. La focalizzazione sui passaggi di livello è importante per le dinamiche di sviluppo professionale: spesso le competenze tecniche sono già presenti, ma mancano gli strumenti, la visibilità e la rete di supporto necessari per compiere il salto verso ruoli di maggiore responsabilità.

Non tutte le professioniste necessitano dello stesso tipo di supporto, e l'efficacia del mentoring e del coaching dipende dalla capacità di identificare con precisione le esigenze individuali.

La previsione di percorsi strutturati di mentoring e coaching, con assessment iniziale e finale, rappresentano un approccio che affronta diverse dimensioni dello sviluppo della leadership femminile. L'assessment iniziale permette di identificare con precisione i punti di forza e le aree di miglioramento specifiche di ciascuna partecipante, personalizzando il percorso di crescita. Il mentoring offre una guida esperta e una prospettiva strategica sui percorsi di carriera, mentre il coaching lavora sullo sviluppo di competenze specifiche e sulla rimozione di barriere comportamentali o cognitive. L'assessment finale garantisce la misurazione oggettiva dei progressi ottenuti e la validazione delle competenze acquisite. L'elemento fondamentale risiede nella capacità di creare un ponte tra sviluppo delle competenze e accesso alle opportunità.

Il **confidence gap** rappresenta una delle barriere più pervasive e difficili da affrontare nella crescita professionale femminile, e si manifesta attraverso la tendenza delle donne a sottovalutare le proprie competenze e ad auto-escludersi da opportunità di crescita. L'**autosabotaggio**, spesso inconsapevole, può portare a comportamenti che limitano le possibilità di successo professionale. In questo caso, il mentoring può essere utilizzato per affrontare sfide settoriali specifiche, con particolare focus su aree tradizionalmente a predominanza

maschile. I programmi di mentoring che creano opportunità di interazione tra donne a diversi livelli di carriera facilitano l'identificazione in **role model** e, di conseguenza, le donne percepiscono come più raggiungibili gli obiettivi di crescita professionale.

Inoltre, emerge l'importanza dei **colloqui individuali strutturati** che permettono di individuare aspettative di crescita e comprendere le ambizioni professionali delle persone, di riconoscere le potenzialità individuali e le competenze emergenti. I colloqui individuali svolgono anche una funzione diagnostica importante, consentendo di mappare le aree di sviluppo e identificare gap formativi o esperienziali su cui lavorare, a volte richiedendo degli interventi personalizzati. La raccolta di suggerimenti e feedback attraverso questo tipo di incontri crea uno spazio di ascolto che favorisce il miglioramento reciproco. L'approccio partecipativo è essenziale per garantire che le strategie di promozione della leadership femminile siano realmente allineate con i bisogni e le aspettative delle persone coinvolte.

Il mentoring diventa particolarmente efficace se vengono selezionati partecipanti che garantiscono la creazione di **gruppi di networking**, trasformandolo da relazione diadica a ecosistema di supporto. Inoltre, la collaborazione con istituzioni esterne permette di accedere a reti professionali più ampie.

Box 5.4 Alcuni esempi di buone pratiche di mentoring e networking

BD con il programma "Wempower" seleziona annualmente donne all'interno del proprio gruppo e ha creato gli ex alumni di Wempower per l'attività di networking.

Boehringer Ingelheim partecipa attivamente ad un programma di cross mentoring con la Camera di Commercio italo-tedesca dedicato ai giovani talenti.

Boston Scientific attraverso il programma "WeLead" offre un esempio di mentoring strutturato rivolto alle donne nella fascia della middle leadership, per far loro fare il passo successivo. La struttura integrata del programma combina un percorso di mentoring, di coaching, di formazione vero e proprio, con un assessment iniziale e un assessment finale. Le partecipanti vengono informate quando effettivamente si vengono a creare delle opportunità lavorative. Inoltre, il programma "D-Power" ha identificato talent donne italiane con un focus particolare su leader donne in ambito sales e in ambito commerciale. Il programma include un laboratorio realizzato con una psicologa esperta sul tema del confidence gap e sulle tematiche femminili e un laboratorio sull'autosabotaggio, integrando dimensioni psicologiche e comportamentali nel percorso di sviluppo. Medtronic organizza l'iniziativa "Role Model", con incontri nel corso dell'anno in cui invita donne manager a raccontare la propria esperienza. Le manager condividono come sono riuscite a conciliare vita lavorativa e familiare, qual è stato il loro percorso, le difficoltà incontrate e come le hanno superate. L'azienda

dispone inoltre di un programma di mentoring interno con particolare attenzione ai talenti femminili, e collabora con “Valore D” partecipando a tutte le occasioni di mentoring cross-aziendale, con un focus particolare nel coinvolgimento delle professioniste di talento. L'azienda partecipa anche all'iniziativa #IAMRemarkable, sempre rivolta alle donne ad alto potenziale, con professioniste certificate come facilitatrici.

Sanofi supporta i colleghi con un mentor per approcciare i colloqui interni per promozioni, attraverso manager senior che affiancano candidati su come posizionarsi e presentarsi. Inoltre, per quanto riguarda il networking, Sanofi ha sviluppato un approccio strutturato che prevede il coinvolgimento attivo delle dipendenti attraverso Employee Resource Group (ERG). Questi gruppi fungono anche da ponte tra le esigenze delle dipendenti e le decisioni del management, contribuendo a orientare le politiche aziendali verso una maggiore inclusività. Il supporto aziendale agli ERG non si limita al riconoscimento formale, ma include il sostegno operativo e strategico necessario per realizzare iniziative concrete. Questo approccio collaborativo genera un effetto moltiplicatore: le iniziative nate dal basso acquisiscono legittimità e risorse, mentre l'azienda beneficia di idee innovative e di una maggiore adesione ai programmi di diversity & inclusion. Le donne che partecipano attivamente a questi gruppi sviluppano competenze trasversali, visibilità interna e consapevolezza delle proprie potenzialità, elementi essenziali per l'accesso a ruoli di maggiore responsabilità.

Takeda ha implementato le “Quality conversations” con l'obiettivo di individuare aspettative di crescita e comprendere le ambizioni professionali delle persone, permettendo di riconoscere potenzialità individuali e competenze emergenti.

UCB propone un approccio molto attivo per quanto riguarda il role modeling, favorendo una cultura in cui sono i manager stessi a comunicare con naturalezza e attivamente ai team le proprie modalità di conciliazione vita-lavoro.

Formazione e sviluppo della leadership

Una formazione efficace deve supportare diversi ambiti di intervento a tutti i livelli gerarchici: dalla consapevolezza degli unconscious bias alla promozione di un linguaggio inclusivo, fino alla traduzione in azioni che hanno un impatto sulle pratiche organizzative.

La formazione rappresenta uno degli strumenti principali per diffondere cultura, strumenti e competenze per normalizzare l'equità di genere in azienda.

Esiste una relazione tra benessere personale ed efficacia professionale, e la formazione volta a creare consapevolezza sul benessere psicologico, mentale e sulle tematiche della diversità di genere può dare un contributo a rinforzare il primo per ottenere la seconda. La scelta di **investire nella dimensione psicologica** non rappresenta un accessorio rispetto alla formazione tecnica, ma riconosce che la leadership efficace richiede consapevolezza di sé e capacità

di gestire la complessità relazionale che caratterizza i ruoli di responsabilità. La creazione di consapevolezza attraverso la formazione sul benessere psicologico opera su più livelli: aiuta le professioniste a riconoscere e valorizzare le proprie competenze, facilita la gestione delle dinamiche relazionali complesse che caratterizzano i contesti di leadership, e contribuisce a modificare la cultura organizzativa, sensibilizzando tutti i membri dell'organizzazione sulle specificità dei percorsi di sviluppo femminili.

Importante tema di formazione è quello degli **unconscious bias**, che rappresentano una delle barriere che ostacolano l'accesso delle donne ai ruoli di leadership, non derivando da discriminazioni esplicite o intenzionali, ma influenzando inconsciamente percezioni, giudizi e decisioni che riguardano (potenziali) candidate donne. I *bias* di genere nel settore sanitario, caratterizzato da culture professionali e alto grado di competenza tecnica, possono manifestarsi in forme sottili ma pervasive: dalla tendenza a sottovalutare l'autorevolezza delle donne, alla propensione a interpretare comportamenti assertivi femminili come aggressivi, dalla percezione che siano meno adatte a ruoli di alta responsabilità alla convinzione che mettano al centro la famiglia rispetto alla carriera.

I manager che partecipano a questi programmi non acquisiscono semplicemente conoscenze teoriche sui bias cognitivi, ma sviluppano una consapevolezza del loro ruolo attivo nel contrastare le discriminazioni e nel promuovere comportamenti equi. Questa responsabilizzazione trasforma ogni manager in un agente di cambiamento culturale, moltiplicando l'impatto della formazione oltre i partecipanti diretti. Ad esempio, un manager che ha sviluppato consapevolezza sui bias di genere sarà più attento a garantire che le donne del suo team abbiano pari opportunità di contribuire ai progetti strategici, di acquisire visibilità, di accedere a reti professionali e di ricevere feedback costruttivi per la loro crescita. La formazione per la leadership femminile raggiunge la sua massima efficacia quando viene integrata sistematicamente nei processi organizzativi di gestione del talento, superando la logica degli interventi episodici per diventare componente strutturale delle strategie di sviluppo delle risorse umane.

Inoltre, la formazione sul **linguaggio inclusivo** mira a sviluppare una sensibilità linguistica che permetta di utilizzare la comunicazione come strumento di coinvolgimento femminile. Tale formazione sul *wording* non dovrebbe imporre un sistema di comunicazione rigido e artificiale, ma sviluppare la capacità di distinguere tra forme di comunicazione che favoriscono un clima inclusivo e quelle che, pur non essendo intenzionalmente offensive, possono contribuire a perpetrare dinamiche escludenti.

Tradurre l'inclusione in azioni quotidiane costituisce una delle principali sfide dei programmi formativi. È comune ottenere accordo sull'importanza della diversity & inclusion, mentre risulta più complesso applicare tali principi nella gestione delle riunioni, nell'assegnazione dei ruoli e delle responsabilità, nella creazione di opportunità di parola e nella valutazione delle performance. La

formazione mirata dovrebbe fornire strumenti pratici per affrontare queste sfide operative.

Box 5.5 Alcuni esempi di buone pratiche di formazione

BD ha sviluppato un approccio incisivo con corsi sul *wording* che pongono l'attenzione sull'impatto del linguaggio nei comportamenti quotidiani. Lundbeck ha sviluppato corsi sul benessere psicologico che vogliono creare un substrato di consapevolezza sul benessere mentale e sulle tematiche della diversità di genere, organizza il programma "Responsabilmente leader", che include un training sugli *unconscious bias*, e tiene un corso sul tema delle molestie. I programmi formativi si propongono di garantire una lente critica attraverso cui i partecipanti imparano a esaminare le proprie percezioni, decisioni e comportamenti, identificando potenziali bias che altrimenti rimarrebbero inconsci. UCB sostiene l'importanza della formazione per contaminare la cultura aziendale: figlia anche della cultura belga, l'azienda ritiene strategico adottare approcci di contesti culturali più sensibili alle tematiche di genere. Ogni anno l'azienda organizza webinar sui temi di differenza di genere o temi legati all'inclusione, trattando anche i temi delicati della violenza sulle donne per cui è attiva una collaborazione con l'associazione Libellula, del linguaggio discriminatorio, degli *unconscious bias*.

Strumenti di supporto

Il rebranding dei ruoli professionali ridefinisce le posizioni organizzative sulla base delle competenze realmente necessarie e, grazie alle nuove tecnologie e alla virtualizzazione di alcune attività lavorative, crea spazi di opportunità su profili che prima richiedevano la presenza fisica e la mobilità geografica.

Il **rebranding dei ruoli professionali** è un'operazione di trasformazione della posizione organizzativa che vuole ridurre meccanismi consci e inconsci di discriminazione basata sul genere.

La dimensione fondamentale del rebranding dei ruoli consiste nello spostare il focus verso competenze tecniche e scientifiche, creando un terreno di confronto meritocratico che favorisce naturalmente l'emergere dei migliori talenti, indipendentemente dal genere. Inoltre, il processo di rebranding comporta una ridefinizione sostanziale delle modalità operative, degli strumenti utilizzati e delle soft skills necessarie, creando nuovi spazi di opportunità accessibili a tutti.

L'elemento più significativo di questa evoluzione è il passaggio da modelli organizzativi basati sulla presenza fisica dei professionisti verso sistemi che valorizzano l'efficacia, i risultati e il contributo strategico delle persone. La **dimensione tecnologica** rappresenta un fattore abilitante fondamentale: strumenti digitali avanzati, piattaforme di comunicazione, sistemi di gestione remota e tecnologie di automazione permettono di ripensare molte posizioni professionali, eliminando i vincoli geografici e di orari che potrebbero costituire barriere per

specifici segmenti della forza lavoro. Ad esempio, i ruoli commerciali vengono ripensati per enfatizzare competenze relazionali, capacità analitiche, expertise settoriale e utilizzo di tecnologie avanzate, anziché la disponibilità alla mobilità geografica e alla presenza fisica costante.

Questo tipo di trasformazione genera effetti a cascata che vanno oltre l'immediato incremento della partecipazione femminile, perché l'intera organizzazione beneficia di processi di selezione più accurati, performance migliori e maggiore innovazione derivante dalla diversità di approcci e prospettive. Inoltre, il rebranding efficace richiede anche la capacità di anticipare e guidare cambiamenti nel mercato del lavoro e nelle aspettative dei professionisti per rimanere attrattivi per i talenti. A livello di settore, quando le organizzazioni leader iniziano a implementare strategie di rebranding efficaci, si crea un effetto di benchmarking che spinge altre aziende ad adottare approcci simili per non perdere competitività nel recruitment.

Box 5.6 Alcuni esempi di buone pratiche di rebranding dei ruoli

BD ha spostato il focus verso le competenze tecniche e scientifiche, creando un terreno di confronto meritocratico e distinto dalle specificità di genere.

Boston Scientific ha affrontato stereotipi professionali radicati nel settore commerciale, come la continua mobilità sul territorio. Il processo di rebranding ha ridefinito in modo sostanziale le modalità operative, gli strumenti digitali utilizzabili e il tipo di competenze da valorizzare.

Medtronic riconosce che il ruolo commerciale è evoluto nel corso del tempo. A livello globale è stato lanciato il programma "Aspire", focalizzato nel far crescere i talenti femminili specificamente in ambito commerciale. Nel settore sanitario la presenza fisica rimane fondamentale, ma l'esperienza della pandemia ha aperto nuove possibilità: durante quel periodo l'azienda ha intensificato il supporto ai clienti attraverso la tecnologia. La sfida rimane nel colmare il gap tecnologico: senza investimenti tecnologici adeguati da parte sia del mondo pubblico sia del privato si torna a forme tradizionali di ruoli.

Il monitoraggio della parità di genere attraverso certificazioni e dashboard rappresenta la base per definire obiettivi chiari, implementare interventi mirati e valutare l'efficacia delle azioni intraprese.

I sistemi di controllo e di monitoraggio dell'equilibrio di genere nei ruoli sono necessari per analizzare le disparità esistenti all'interno delle organizzazioni, in una logica guidata dai dati. Quando le disparità vengono misurate e monitorate sistematicamente e con metriche oggettive si creano, ex ante, pressioni positive per il cambiamento e per la definizione di obiettivi e azioni mirate, mentre si generano, ex post, le evidenze per valutare l'efficacia degli interventi implementati. Una volta identificate le aree di sottorappresentanza femminile

nella leadership, si possono indagare le cause che le determinano, sviluppando successivamente strategie mirate per affrontarne le barriere.

I cruscotti delle performance o **dashboard** rappresentano uno strumento fondamentale per il monitoraggio efficace della parità di genere. L'utilizzo sistematico di indicatori chiave di performance (KPI) consente alle organizzazioni di avere una visione dinamica e aggiornata della propria situazione, supportando le decisioni strategiche con dati oggettivi. KPI solidi permettono di orientare programmi, iniziative e politiche delle risorse umane verso la diversità, rendendo possibile correggere la rotta tempestivamente quando i dati evidenziano criticità nel perseguimento degli obiettivi. Un approccio particolarmente avanzato integra l'analisi di genere in tutte le fasi rilevanti della gestione delle risorse umane, dal recruiting, all'*on-boarding*, allo sviluppo delle competenze, evitando interventi frammentari o limitati a specifiche fasi del percorso professionale. Grazie al controllo delle performance di genere, l'*accountability* diventa un punto fondamentale nella gestione della diversità. Infatti, il monitoraggio continuo rafforza la cultura della trasparenza, rafforza la credibilità interna ed esterna dell'azienda e garantisce dati necessari a strumenti di *accountability* come il bilancio di sostenibilità.

Le **certificazioni** di parità di genere sono uno strumento fondamentale per il monitoraggio sistematico e il miglioramento delle politiche aziendali e non un mero adempimento formale. L'adozione di standard riconosciuti, come la certificazione UNI/PdR 125, costituisce un meccanismo di verifica e trasparenza che consente alle aziende di valutare il proprio equilibrio di genere. Il processo di autovalutazione costringe l'organizzazione a confrontarsi con le proprie criticità e a identificare aree di miglioramento. La certificazione agisce come leva di cambiamento organizzativo, percepita dalle aziende come uno stimolo concreto per introdurre trasformazioni strutturali e culturali, superando inerzie e zone d'ombra. Il confronto obiettivo con i dati rivela discrepanze significative tra ciò che si crede di essere come organizzazione e ciò che effettivamente si è in termini di equità di genere: la certificazione non è dunque da intendersi come un traguardo finale, ma piuttosto un punto di partenza per un processo di miglioramento continuo, con un approccio proattivo.

Un aspetto particolarmente interessante delle certificazioni è la loro capacità di attivare dinamiche di **competizione virtuosa**. Il meccanismo competitivo genera un effetto emulativo tra organizzazioni, spingendo verso standard sempre più elevati di inclusione. Il processo di **benchmarking** continuo crea un circolo virtuoso in cui le buone pratiche di un'organizzazione diventano lo standard minimo per le altre, innalzando progressivamente il livello generale di attenzione alla parità di genere.

Le certificazioni contribuiscono significativamente al rafforzamento della cultura inclusiva all'interno delle organizzazioni, fornendo la **legittimazione e la pressione necessarie** per implementare cambiamenti che altrimenti potrebbero rimanere solo nelle dichiarazioni di intenti. L'orientamento verso obiettivi

misurabili obbliga le organizzazioni a tradurre la parità di genere da principio astratto a risultati tangibili e verificabili, e questa traduzione ha un impatto sui processi decisionali.

Oltre al valore etico intrinseco, la certificazione è riconosciuta come strumento per accedere a benefici nelle gare pubbliche, agevolazioni e miglioramento della reputazione aziendale. Le certificazioni sono un'opportunità per costruire strategie di lungo termine sulla leadership femminile e sulla valorizzazione del talento. Non si tratta di interventi episodici o di superficie, ma di percorsi di crescita sostenibile che richiedono impegno continuativo e investimenti strutturali.

Il monitoraggio, nelle sue diverse articolazioni, fa quindi da base metodologica per qualsiasi strategia efficace di promozione della leadership femminile nel settore sanitario. La sua implementazione richiede investimenti significativi in termini di risorse umane, tecnologiche e organizzative, ma costituisce la condizione necessaria per trasformare le dichiarazioni di principio in risultati concreti e misurabili.

Box 5.7 Alcuni esempi di buone pratiche di monitoraggio

Diverse aziende dell'Advisory Board hanno conseguito la certificazione UNI/PdR 125 per la parità di genere, utilizzandola come strumento di autovalutazione e miglioramento continuo.

Boston Scientific ha implementato un sistema sofisticato di monitoraggio tramite dashboard e tool informatici con KPI molto specifici per avere obiettivi chiari di dove si è e dove si vuole arrivare, anche numericamente.

Lundbeck attraverso il monitoraggio dei ruoli ha sviluppato consapevolezza *data-driven* delle disparità esistenti. Il processo di certificazione UNI/PdR ha rivelato situazioni specifiche: nel focus fatto sulla popolazione di field, su otto people manager c'era una sola donna sul territorio tra i coordinatori degli informatori. Questo dato ha funzionato come catalizzatore per una riflessione più profonda sulle cause strutturali della sottorappresentanza femminile. L'analisi ha portato a identificare percezioni consolidate sul ruolo che potevano fungere da deterrenti per le candidature femminili, riconoscendo che alcune caratteristiche del ruolo che comportano assenza da casa vengono spesso sovrastimate o mal interpretate.

Medtronic mantiene un focus particolare sui piani di successione, che vengono realizzati o aggiornati ogni anno per le posizioni di vertice. Ogni anno tutti i 95.000 professionisti nel mondo hanno un obiettivo Inclusion, Diversity & Equity nella valutazione della performance, che viene poi consuntivato e valutato a fine anno.

Sanofi ha conseguito diverse certificazioni che attestano l'integrazione del tema della leadership femminile nei processi organizzativi (Uni/PdR 125:2022,

ISO 30415:2021, Winning Women Institute Certification, Healthy Friendly Company, Age Friendly Employer e SA8000).

UCB sottolinea che la certificazione dà una fotografia della situazione esistente e richiama l'attenzione su aspetti normativi ancora perfettabili: ad esempio l'accettazione del range del 5% di retribuzione inferiore per le donne. L'azienda adotta un approccio strutturato al monitoraggio, con attenzione particolare alla crescita nei ruoli apicali, monitorando la percentuale delle professioniste che arrivano a ruoli apicali rispetto al totale delle professioniste.

Le quote di rappresentanza femminile, quando implementate strategicamente, agiscono come catalizzatore di trasformazione organizzativa, innescando processi di identificazione e sviluppo del talento femminile.

L'implementazione di "quote rosa" di rappresentanza femminile nei ruoli di leadership rappresenta uno degli strumenti più discussi per promuovere l'equità di genere nelle organizzazioni sanitarie. L'esperienza delle aziende che hanno adottato questo approccio sottolinea come le quote non costituiscano solo un meccanismo numerico di riequilibrio, ma piuttosto un punto di partenza capace di innescare processi di trasformazione organizzativa più ampi.

La **funzione trasformativa delle quote** emerge come momento di autoconsapevolezza critica perché, quando i manager si trovano di fronte all'obbligo di rispettare determinate percentuali, sono costretti a esaminare criticamente le proprie pratiche di selezione, valutazione e promozione.

La capacità di accelerazione dei percorsi di sviluppo femminile rappresenta un altro aspetto strategico delle quote se esse portano a un processo di ripensamento per i vertici aziendali, che tenderanno a cercare attivamente talenti femminili e a concentrarsi sulla loro formazione, sviluppando percorsi di mentoring più specifici e supportando le lavoratrici nella presa di consapevolezza del proprio potenziale.

Le **quote creano un incentivo strutturale per investire** in programmi di sviluppo che tengano conto delle specificità dei percorsi professionali femminili, incluse le sfide legate alla conciliazione vita-lavoro, alla gestione dell'auto-revolezza, al superamento della sindrome dell'impostore e alla navigazione di culture organizzative tradizionalmente maschili. Questi investimenti mirati non solo facilitano il raggiungimento degli obiettivi numerici nel breve periodo, ma contribuiscono alla costruzione di competenze e consapevolezza che sostengono la leadership femminile nel lungo termine.

Le quote svolgono una funzione compensatoria: nel contesto ideale, non esisterebbero, poiché si avrebbe sempre una situazione implicita di pari opportunità per pari capacità. Tuttavia, in contesti dove la predominanza maschile è strutturalmente consolidata, i meccanismi di selezione basati esclusivamente

sul merito possono perpetuare involontariamente gli squilibri esistenti a causa di bias sistemici difficilmente eliminabili attraverso la sola buona volontà. La necessità di intervento normativo non riflette una sfiducia nella competenza femminile, ma piuttosto un **riconoscimento realistico delle dinamiche di potere** che caratterizzano molte organizzazioni sanitarie. In contesti dove la leadership è storicamente dominata da uomini, si sviluppano naturalmente reti informali, codici culturali e criteri di valutazione che, pur essendo neutrali in apparenza, tendono a favorire profili e stili di leadership tradizionalmente maschili. Le quote intervengono come correttivo strutturale che obbliga l'organizzazione a confrontarsi con talenti e competenze che altrimenti potrebbero rimanere invisibili o sottovalutati.

L'estensione delle quote oltre i livelli apicali rappresenta un aspetto innovativo, con un'attenzione crescente all'equilibrio di genere anche nelle candidature per posizioni che non sono necessariamente di leadership. La leadership femminile si costruisce attraverso percorsi di crescita progressiva che richiedono opportunità di sviluppo a tutti i livelli: l'attenzione all'equilibrio di genere nelle candidature per posizioni intermedie crea una *pipeline* più robusta di talenti femminili che possono aspirare nel tempo a ruoli di maggiore responsabilità.

L'analisi delle candidature introduce anche una dimensione analitica importante nell'applicazione delle quote. Non si tratta semplicemente di imporre percentuali predefinite, ma di comprendere le dinamiche che influenzano la propensione delle donne a candidarsi per opportunità di crescita. Questa comprensione può rivelare barriere nascoste (come la formulazione delle descrizioni dei ruoli, i requisiti impliciti, le aspettative culturali) che scoraggiano la partecipazione femminile e che richiedono interventi correttivi specifici.

La sostenibilità delle quote come strumento di trasformazione dipende dalla loro capacità di generare cambiamenti che si mantengono anche quando i vincoli numerici vengono rimossi. Le quote efficaci innescano processi di apprendimento organizzativo che modificano stabilmente i criteri di valutazione, i processi di selezione e le culture manageriali, e quando questi cambiamenti si consolidano, la rappresentanza femminile può mantenersi a livelli elevati anche senza imposizioni esterne.

Box 5.8 Alcuni esempi di buone pratiche di implementazione delle quote

Diverse aziende hanno integrato obiettivi di diversity nelle valutazioni delle performance manageriali, traducendo il commitment verso la parità di genere in risultati tangibili e verificabili.

L'esperienza di BD offre una prospettiva sulla funzione compensatoria delle quote in contesti organizzativi caratterizzati da forti squilibri di genere. L'azienda riconosce che “nel mondo ideale, le quote rosa non esisterebbero: si avrebbe

sempre una situazione implicita di pari opportunità per pari capacità. Oggi in alcuni contesti rimane la necessità di un'imposizione, soprattutto in aziende che hanno una leadership maschile molto forte”.

Lundbeck descrive come l'implementazione delle quote rosa abbia innescato un processo di ripensamento proattivo delle strategie di talent development: “questo può far nascere delle riflessioni nel vertice a cercare talenti donne e a concentrarsi sulla loro formazione, per sviluppare percorsi di mentoring più specifici e dare un aiuto alle lavoratrici nella presa di consapevolezza del proprio potenziale”.

Medtronic, in ambito di selezione, si è data come obiettivo di avere almeno una candidata donna, sia interna sia esterna, e, a parità di competenze e di profilo, la linea guida è quella di dare la preferenza alla candidata di genere femminile. L'azienda porta anche avanti il programma interno di master “Make”, aperto ai talenti dell'organizzazione, con l'obiettivo di avere almeno il 50% di partecipanti donne. Il programma seleziona professioniste all'interno dell'organizzazione per sviluppare competenze in ambito finance, marketing, stakeholder management, gestione dei dati e procurement.

6. Conclusioni

Il Rapporto Annuale 2025 dell'Osservatorio conferma che l'ecosistema sanitario italiano evidenzia un'evoluzione positiva rispetto alla parità di genere nelle posizioni apicali, ma con ambiti di forte disparità in alcuni degli ambiti esaminati.

La rappresentanza femminile rimane ancora significativamente bassa al vertice delle aziende sanitarie del SSN: solo il 23,7% dei Direttori Generali e il 23% dei Direttori di Struttura Complessa sono donne. Anche nel mondo accademico emerge una situazione di disequilibrio, dove solo il 22% del personale docente con ruolo di ordinario è donna. Infine, nel settore privato, nonostante i risultati positivi e incoraggianti dell'industria farmaceutica, vi sono ancora ampi margini di miglioramento nel comparto dei dispositivi medici.

Nel complesso, la distanza tra la forte presenza femminile nella forza lavoro sanitaria e la debole rappresentanza nei ruoli di leadership evidenzia un disallineamento strutturale che richiede, a parità di condizioni e trend, molti anni per essere superato. L'equità di genere nel settore sanitario non costituisce soltanto una questione di giustizia o di diritti, ma rappresenta un fattore determinante essenziale della qualità del sistema, incidendo sulla capacità decisionale delle organizzazioni, sulla produttività dei gruppi di lavoro e, in ultima istanza, sugli esiti per i pazienti. Di conseguenza, è necessario promuovere iniziative che siano in grado di incidere strutturalmente sulla condizione evidenziata, riducendo la tempistica per il raggiungimento di un maggiore equilibrio.

L'approccio multidimensionale dell'Osservatorio ha consentito di avviare un dibattito e un confronto tra stakeholder istituzionali e aziendali per l'individuazione delle criticità ancora aperte e delle possibili soluzioni, attraverso l'adozione di azioni sistemiche e coordinate. Le criticità e le soluzioni individuate attraverso il confronto con gli stakeholder trovano riscontro nelle dimensioni che la letteratura utilizza per inquadrare le buone pratiche per promuovere la leadership femminile in sanità: processi organizzativi, che includono politiche di bilanciamento vita-lavoro; consapevolezza e coinvolgimento; attività di mentoring e networking; formazione e sviluppo della leadership; e strumenti di supporto. In questo modo, mentre la letteratura ha offerto un quadro teorico di riferimento utile a ordinare il dibattito, il confronto con gli stakeholder ha permesso di tradurre tale cornice in esperienze concrete, rendendo efficace il passaggio dal piano teorico a quello operativo.

L'equità non progredisce in modo spontaneo, ma richiede decisioni intenzionali da parte dei decisori pubblici e dei leader aziendali. È necessario intervenire sulla configurazione delle regole che governano il mercato del lavoro nel settore sanitario, sui processi di selezione e avanzamento professionale e

sui meccanismi che ancora oggi riproducono barriere culturali e organizzative. Solo attraverso un insieme coerente di politiche, strumenti contrattuali e scelte manageriali sarà possibile promuovere un riequilibrio effettivo e duraturo nella leadership sanitaria.

Emerge in particolare la necessità di intervenire sul settore pubblico, dove si concentrano le criticità più marcate. La costruzione di percorsi di carriera sostenibili per le donne richiede una revisione dei modelli di lavoro, dei meccanismi valutativi e degli strumenti di conciliazione, con particolare attenzione alle professioni infermieristiche e ai livelli intermedi di responsabilità, che rappresentano un potenziale bacino di nuova leadership femminile.

Tra gli strumenti necessari a un approccio sistemico volto a favorire l'equità di genere nei ruoli apicali del settore sanitario pubblico rientrano l'adozione di indicatori di performance, sistemi di premialità e modelli di valutazione orientati ai risultati. Questi meccanismi costituiscono un volano di cambiamento nelle aziende sanitarie, poiché consentono di integrare criteri oggettivi nei processi di selezione, valutazione e avanzamento di carriera.

Anche le tecnologie digitali, la telemedicina e le forme di lavoro flessibile costituiscono fattori abilitanti di rilievo. Questi, infatti, da un lato permettono di migliorare l'equilibrio vita-lavoro, e dall'altro costituiscono opportunità concrete per rendere sostenibili carriere ad alta intensità lavorativa. Tuttavia, senza adeguate politiche di accompagnamento e formazione, questi strumenti rischiano di creare nuove asimmetrie, con una possibile femminilizzazione dei ruoli da remoto e una maggiore distanza dalle posizioni decisionali.

L'esperienza del settore privato, in particolare dell'industria farmaceutica, rappresenta un esempio virtuoso, capace di generare risultati tangibili in termini di parità di genere (44,9% donne occupate, 49,1% donne con incarico di quadro, 37,7% donne dirigenti). Tali progressi derivano da un contesto caratterizzato da elevati livelli di innovazione, apertura internazionale, politiche di welfare avanzate e modelli organizzativi basati sulla valutazione oggettiva: elementi che favoriscono la valorizzazione della leadership femminile. Tra gli strumenti di valutazione oggettivi vi sono anche indicatori di performance standardizzati per valutare le aziende anche rispetto alla parità di genere, premialità collegate ai risultati ottenuti nella promozione della leadership femminile, e un sistema di valutazione che privilegia la qualità degli output.

Affinché equità e innovazione procedano in modo sinergico, risultano determinanti il commitment dei ruoli di governance aziendale, la definizione di processi chiari e strutturati e l'aggiornamento degli strumenti contrattuali e organizzativi. Maggiore innovazione, apertura internazionale e modelli di governance evoluti sono infatti associati a una più ampia presenza di donne nei ruoli decisionali.

Il tema della parità di genere è stato inserito dai policy-maker come requisito, per esempio, per accedere a concorsi, bandi e gare di appalto. Tuttavia, sebbene

questo rappresenti un cambiamento significativo, persiste il rischio che tali prescrizioni siano interpretate dalle imprese come meri adempimenti formali, finalizzati unicamente a soddisfare la normativa, senza affrontare il nodo culturale e strutturale alla base della disparità di genere. Questo tema è particolarmente rilevante nei settori caratterizzati da un elevato numero di piccole-medie imprese, per lo più a direzione familiare, come nel caso del settore dei dispositivi medici, in cui l'accesso delle donne sia alla forza lavoro (28,5%) che ai ruoli apicali (24,3%) rimane ancora marginale.

Per promuovere una reale equità di genere non è sufficiente introdurre obblighi formali, è necessario un approccio sostanziale, radicato nei processi interni e nelle strategie aziendali. Ciò richiede un intervento sistemico che coinvolga in modo coordinato il mondo delle imprese, la sanità pubblica e il sistema formativo universitario, rafforzando le interconnessioni tra questi ambiti. Solo un allineamento strategico tra produzione, servizi sanitari e formazione potrà incidere in modo significativo e duraturo sui livelli di equità di genere nel settore sanitario italiano.

Le disparità di genere nell'accesso ai ruoli di leadership del settore sanitario si intrecciano con i temi della qualità e della sicurezza delle cure. In un sistema in cui sanità digitale, terapie digitali e intelligenza artificiale assumono un ruolo crescente, mentre permane la sottorappresentanza femminile nei processi decisionali, il rischio è di amplificare *bias* nei dati, nei trial clinici e negli algoritmi, compromettendo l'efficacia delle soluzioni sviluppate per le donne. Questo richiama la responsabilità dell'intero ecosistema nel garantire la presenza di competenze femminili nei nodi strategici dell'innovazione.

Quella verso la parità è una strada che va ancora percorsa. È evidente che si è avviato un processo di cambiamento che è importante sostenere, a maggior ragione in un momento di grande evoluzione verso una sanità più vicina ai cittadini. La leadership femminile porta con sé nuove prospettive, una maggiore attenzione alla dimensione relazionale della cura, una visione inclusiva del lavoro di squadra: questi sono valori fondamentali per una sanità più inclusiva e sostenibile. Il superamento del gender gap in sanità richiede un impegno integrato che combini evidenze, cultura inclusiva e supporto operativo. Solo attraverso un approccio sistemico sarà possibile tradurre la preponderanza numerica femminile nella forza lavoro in un'equa rappresentanza ai vertici decisionali, valorizzando pienamente il talento e le competenze delle professioniste che lavorano in sanità. Strumenti come questo Rapporto e, in generale, iniziative come quelle promosse dall'Osservatorio mirano ad offrire un aiuto concreto nella diffusione di un approccio culturale e nella definizione di politiche che riconoscano la competenza e il valore della leadership femminile nell'ambito sanitario.

Bibliografia

- Abelson, J. S., Chartrand, G., Moo, T.-A., Moore, M., & Yeo, H. (2016). The climb to break the glass ceiling in surgery: trends in women progressing from medical school to surgical training and academic leadership from 1994 to 2015. *The American Journal of Surgery*, 212(4), 566-572.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.06.012>
- Ali, M., & Konrad, A. M. (2017). Antecedents and consequences of diversity and equality management systems: The importance of gender diversity in the TMT and lower to middle management. *European Management Journal*, 35(4), 440–453. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2017.02.002>
- Allan, J. M., Kim, J. L., Ralston, S. L., Paradise Black, N. M., Blankenburg, R., Shaughnessy, E. E., & Fromme, H. B. (2020). Gender Distribution in Pediatric Hospital Medicine Leadership. *Journal of Hospital Medicine*, 16(1), 31–33. <https://doi.org/10.12788/jhm.3555>
- Arena, C., Catuogno, S., Saggese, S., & Sarto, F. (2020b). Female Directors and Innovation in Public Hospitals. *Springer Proceedings in Business and Economics*, 1–10. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46874-3_1
- Bannò, M., Filippi, E., & Trento, S. (2023). Women in top echelon positions and their effects on sustainability: a review, synthesis and future research agenda. *Journal of Management and Governance*, 27(1), 181–251. <https://doi.org/10.1007/s10997-021-09604-7>
- Bilimoria, D., & Piderti, S. K. (1994). Board committee membership: effects of sex based bias. *Academy of Management Journal*, 37(6), 1453–1477. <https://doi.org/10.2307/256795>
- Bismark, M., Morris, J., Thomas, L., Loh, E., Phelps, G., & Dickinson, H. (2015). Reasons and remedies for under-representation of women in medical leadership roles: a qualitative study from Australia. *BMJ Open*, 5(11), e009384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009384>
- Blanco-Oliver, A., Veronesi, G., & Kirkpatrick, I. (2018). Board heterogeneity and organisational performance: The mediating effects of line managers and staff satisfaction. *Journal of Business Ethics*, 152(2), 393–407. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3290-8>
- Bogers, M., Foss, N. J., & Lyngsie, J. (2018). The “human side” of open innovation: The role of employee diversity in firm-level openness. *Research Policy*, 47(1), 218–231. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.10.012>
- Byrne, D. E. (1971). *The attraction paradigm*. Academic Press.
- Carnes, M., Morrissey, C., & Geller, S. E. (2008). Women’s health and women’s leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling? *Journal of Women’s Health*, 17(9), 1453–1462. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0688>

- Chowdhary, M., Chowdhary, A., Royce, T. J., Patel, K. R., Chhabra, A. M., Jain, S., Knoll, M. A., Vapiwala, N., Pro, B., & Marwaha, G. (2020). Women's Representation in Leadership Positions in Academic Medical Oncology, Radiation Oncology, and Surgical Oncology Programs. *JAMA Network Open*, 3(3), e200708. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0708>
- Cohen, P. N., & Huffman, M. L. (2007). Working for the woman? female managers and the gender wage gap. *American Sociological Review*, 72(5), 681–704. <https://doi.org/10.1177/000312240707200502>
- Corwin, E. S., Loncarich, H., & Ridge, J. W. (2022). What's it like inside the hive? managerial discretion drives TMT gender diversity of women-led firms. *Journal of Management*, 48(4), 1003–1034. <https://doi.org/10.1177/01492063211011755>
- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2021). The essentials of nursing leadership: a systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>
- Darmadi, S. (2011). Board diversity and firm performance: The Indonesian evidence. *Corporate Ownership and Control*, 8(2), 450–466. <https://doi.org/10.22495/cocv8i2c4p4>
- Derks, J., Schaller, D., Håkansson, J., Wennström, J. L., Tomasi, C., & Berglundh, T. (2016). Peri-implantitis – onset and pattern of progression. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(4), 383–388. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12535>
- El Arnaout, N., Chehab, R. F., Rafii, B., & Alameddine, M. (2019). Gender equity in planning, development and management of human resources for health: a scoping review. *Human Resources for Health*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0391-3>
- Elleuch Lahyani, F. (2022). Corporate board diversity and carbon disclosure: evidence from France. *Accounting Research Journal*, 35(6), 721–736. <https://doi.org/10.1108/ARJ-12-2021-0350>
- Elliott, J. R., & Smith, R. A. (2001). Ethnic Matching of Supervisors to Subordinate Work Groups: Findings on “Bottom-up” Ascription and Social Closure. *Social Problems*, 48(2), 258–276. <https://doi.org/10.1525/sp.2001.48.2.258>
- Frias-Aceituno, J. V., Rodriguez-Ariza, L., & Garcia-Sanchez, I. M. (2013). The role of the board in the dissemination of integrated corporate social reporting. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 20(4), 219–233. <https://doi.org/10.1002/csr.1294>
- García Martín, C. J., & Herrero, B. (2020a). Do board characteristics affect environmental performance? A study of EU firms. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 27(1), 74–94. <https://doi.org/10.1002/csr.1775>

- García Martín, C. J., & Herrero, B. (2020b). Do board characteristics affect environmental performance? A study of EU firms. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 27(1), 74–94. <https://doi.org/10.1002/csr.1775>
- García-Sánchez, I., Hussain, N., Aibar-Guzmán, C., & Aibar-Guzmán, B. (2022). Assurance of corporate social responsibility reports: Does it reduce decoupling practices? *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 31(1), 118–138. <https://doi.org/10.1111/beer.12394>
- García-Torea, N., Fernández-Feijoo, B., & de la Cuesta-González, M. (2017). The influence of ownership structure on the transparency of CSR reporting: empirical evidence from Spain. *Spanish Journal of Finance and Accounting / Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 46(3), 249–271. <https://doi.org/10.1080/02102412.2016.1267451>
- Gould, J. A., Kulik, C. T., & Sardeshmukh, S. R. (2018). Trickle-down effect: the impact of female board members on executive gender diversity. *Human Resource Management*, 57(4), 931–945. <https://doi.org/10.1002/hrm.21907>
- Griffin, D., Li, K., & Xu, T. (2021). Board Gender Diversity and Corporate Innovation: International Evidence. *Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 56(1), 123–154. <https://doi.org/10.1017/S002210901900098X>
- Guldiken, O., Mallon, M. R., Fainshmidt, S., Judge, W. Q., & Clark, C. E. (2019). Beyond tokenism: How strategic leaders influence more meaningful gender diversity on boards of directors. *Strategic Management Journal*, 40(12), 2024–2046. <https://doi.org/10.1002/smj.3049>
- Hambrick, D. C., & Mason, P. A. (1984). Upper Echelons: The Organization as a Reflection of Its Top Managers. *The Academy of Management Review*, 9(2), 193. <https://doi.org/10.2307/258434>
- Haque, F. (2017). The effects of board characteristics and sustainable compensation policy on carbon performance of UK firms. *The British Accounting Review*, 49(3), 347–364. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2017.01.001>
- Hyun, E., Yang, D., Jung, H., & Hong, K. (2016). Women on boards and corporate social responsibility. *Sustainability*, 8(4), 300. <https://doi.org/10.3390/su8040300>
- Issa, A., & Fang, H.-X. (2019). The impact of board gender diversity on corporate social responsibility in the Arab Gulf states. *Gender in Management: An International Journal*, 34(7), 577–605. <https://doi.org/10.1108/GM-07-2018-0087>
- Jagsi, R., Means, O., Lautenberger, D., Jones, R. D., Griffith, K. A., Flotte, T. R., Gordon, L. K., Rexrode, K. M., Wagner, L. W., & Chatterjee, A. (2020). Women's Representation Among Members and Leaders of National Medical Specialty Societies. *Academic Medicine*, 95(7), 1043–1049. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003038>
- Jamali, D., Safieddine, A. M., & Rabbath, M. (2008). Corporate Governance and Corporate Social Responsibility Synergies and Interrelationships.

- Corporate Governance: An International Review*, 16(5), 443–459. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8683.2008.00702.x>
- Joecks, J., Pull, K., & Vetter, K. (2013). Gender diversity in the boardroom and firm performance: what exactly constitutes a “critical mass”? *Journal of Business Ethics*, 118(1), 61–72. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1553-6>
- Kalaitzi, S. (2020). Navigating barriers to gender equality in the European Union context: The case of healthcare sector. *South Eastern European Journal of Public Health*, 14, 1–17. <https://doi.org/10.4119/seejph-3492>
- Kanter, R. M. (1977a). Some effects of proportions on group life: skewed sex ratios and responses to token women. *American Journal of Sociology*, 82(5), 965–990. <https://doi.org/10.1086/226425>
- Kanter, R. M. (1977b). *Men and women of the corporation*. Basic Books.
- Khan, I., Khan, I., & Senturk, I. (2019). Board diversity and quality of CSR disclosure: evidence from Pakistan. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 19(6), 1187–1203. <https://doi.org/10.1108/CG-12-2018-0371>
- Lantz, P. M. (2008). Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges. *Journal of Healthcare Management*, 53(5), 291–301.
- Liu, Y., Wei, Z., & Xie, F. (2014). Do women directors improve firm performance in China? *Journal of Corporate Finance*, 28, 169–184. <https://doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2013.11.016>
- Lu, J., & Herremans, I. M. (2019). Board gender diversity and environmental performance: An industries perspective. *Business Strategy and the Environment*, 28(7), 1449–1464. <https://doi.org/10.1002/bse.2326>
- Lückerath-Rovers, M. (2013). Women on boards and firm performance. *Journal of Management & Governance*, 17(2), 491–509. <https://doi.org/10.1007/s10997-011-9186-1>
- Mahmood, M., & Orazalin, N. (2017). Green governance and sustainability reporting in Kazakhstan's oil, gas, and mining sector: Evidence from a former USSR emerging economy. *Journal of Cleaner Production*, 164, 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.06.203>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 415–444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>
- Miller, T., & Del Carmen Triana, M. (2009). Demographic Diversity in the Boardroom: Mediators of the Board Diversity–Firm Performance Relationship. *Journal of Management Studies*, 46(5), 755–786. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00839.x>
- Moghimi, S., Khurshid, K., Jalal, S., Qamar, S. R., Nicolaou, S., Fatima, K., & Khosa, F. (2019). Gender Differences in Leadership Positions Among Academic Nuclear Medicine Specialists in Canada and the United States. *American Journal of Roentgenology*, 212(1), 146–150. <https://doi.org/10.2214/AJR.18.20062>

- Mose, J. N. (2021). Representation of Women in Top Executive Positions in General Medical-Surgical Hospitals in the United States. *Women's Health Reports*, 2(1), 124–132. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0111>
- Naciti, V., Noto, G., Vermiglio, C., & Barresi, G. (2022a). Gender representation and financial performance: an empirical analysis of public hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 35(5), 603–621. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2022-0004>
- Ong, T., & Djajadikerta, H. G. (2018). Corporate governance and sustainability reporting in the Australian resources industry: an empirical analysis. *Social Responsibility Journal*, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1108/SRJ-06-2018-0135>
- Opstrup, N., & Villadsen, A. R. (2015). The Right Mix? Gender Diversity in Top Management Teams and Financial Performance. *Public Administration Review*, 75(2), 291–301. <https://doi.org/10.1111/puar.12310>
- Orazalin, N., & Baydauletov, M. (2020). Corporate social responsibility strategy and corporate environmental and social performance: The moderating role of board gender diversity. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 27(4), 1664–1676. <https://doi.org/10.1002/csr.1915>
- Østergaard, C. R., Timmermans, B., & Kristinsson, K. (2011). Does a different view create something new? The effect of employee diversity on innovation. *Research Policy*, 40(3), 500–509. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2010.11.004>
- Peng, X.-Y., Fu, Y.-H., & Zou, X.-Y. (2024). Gender equality and green development: A qualitative survey. *Innovation and Green Development*, 3(1), 100089. <https://doi.org/10.1016/j.igd.2023.100089>
- Pincha Baduge, M. S. D. S., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph, K., Proimos, J., & Teede, H. J. (2024). Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. *EClinicalMedicine*, 67, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>
- Richard, O. C., Barnett, T., Dwyer, S., & Chadwick, K. (2004). Cultural diversity in management, firm performance, and the moderating role of entrepreneurial orientation dimensions. *Academy of Management Journal*, 47(2), 255–266. <https://doi.org/10.2307/20159576>
- Roth, V. R., Theriault, A., Clement, C., & Worthington, J. (2016). Women physicians as healthcare leaders: a qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*, 30(4), 648–665. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2014-0164>
- Saggese, S., Sarto, F., & Viganò, R. (2021). Do women directors contribute to R&D? The role of critical mass and expert power. *Journal of Management and Governance*, 25(2), 593–623. <https://doi.org/10.1007/s10997-020-09513-1>
- Saini, N., & Singhania, M. (2018). Corporate governance, globalization and firm performance in emerging economies. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(8), 1310–1333. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-04-2017-0091>

- Schueller-Weidekamm, C., & Kautzky-Willer, A. (2012). Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*, 9(4), 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002>
- Silvera, G. A., & Clark, J. R. (2021). Women at the helm: Chief executive officer gender and patient experience in the hospital industry. *Health Care Management Review*, 46(3). https://journals.lww.com/hcmrjournal/fulltext/2021/07000/women_at_the_helm__chief_executive_officer_gender.5.aspx
- Skaggs, S., Stainback, K., & Duncan, P. (2012). Shaking things up or business as usual? The influence of female corporate executives and board of directors on women's managerial representation. *Social Science Research*, 41(4), 936–948. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.01.006>
- Soklaridis, S., Kuper, A., Whitehead, C. R., Ferguson, G., Taylor, V. H., & Zahn, C. (2017). Gender bias in hospital leadership: a qualitative study on the experiences of women CEOs. *Journal of Health Organization and Management*, 31(2), 253–268. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0243>
- Stainback, K., & Kwon, S. (2012). Female Leaders, Organizational Power, and Sex Segregation. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 639(1), 217–235. <https://doi.org/10.1177/0002716211421868>
- Stilwell, B., & Newman, C. (2022). Nurses Learning to be Powerful Leaders: What Will it Take? *Creative Nursing*, 28(1), 23–28. <https://doi.org/10.1891/CN-2021-0062>
- Tacheva, Z., Simpson, N., & Ivanov, A. (2020). Examining the Role of Top Management in Corporate Sustainability: Does Supply Chain Position Matter? *Sustainability*, 12(18), 7518. <https://doi.org/10.3390/su12187518>
- Tajfel, H. (1982). *Experimental Studies of Intergroup Behaviour*. Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-009-7612-2_8
- Trinchese, D., Vainieri, M., & Cantarelli, P. (2024). Gender diversity and healthcare performance: A quantitative analysis from the Italian health system. *Health Policy*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105117>
- Ugarte, S. M., & Rubery, J. (2021). Gender pay equity: Exploring the impact of formal, consistent and transparent human resource management practices and information. *Human Resource Management Journal*, 31(1), 242–258. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12296>
- Vitolla, F., Raimo, N., Rubino, M., & Garzoni, A. (2020). The determinants of integrated reporting quality in financial institutions. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 20(3), 429–444. <https://doi.org/10.1108/CG-07-2019-0202>
- Walsh, M. N. (2018). Women as leaders in cardiovascular medicine. *Clinical Cardiology*, 41(2), 269–273. <https://doi.org/10.1002/clc.22920>
- Zelechowski, D. D., & Bilimoria, D. (2006). Characteristics of CEOs and corporate boards with women inside directors. *Corporate Board Role Duties and Composition*, 2(2), 14–21. <https://doi.org/10.22495/cbv2i2art2>

Appendice.

Piramidi dell'età dei Medici con Incarico di Struttura Complessa per disciplina

Allergologia e immunologia

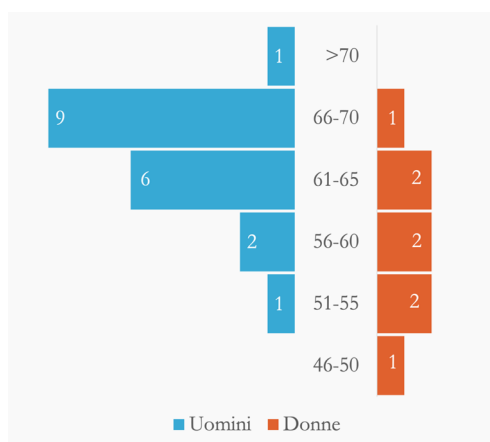


Figura A.1. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Allergologia e immunologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Anatomia patologica

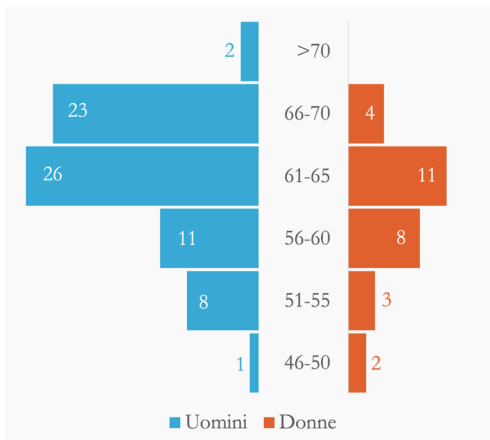


Figura A.2. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Anatomia patologica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Anestesia e rianimazione

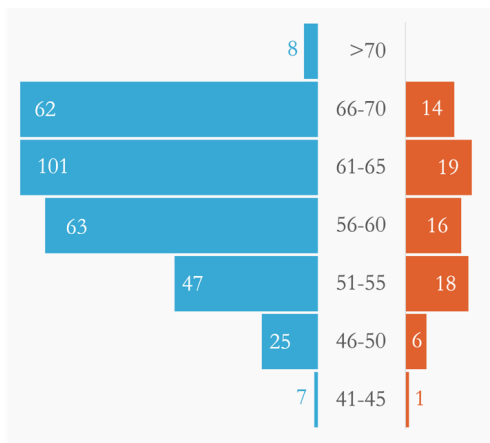


Figura A.3. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Anestesia e rianimazione (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Angiologia

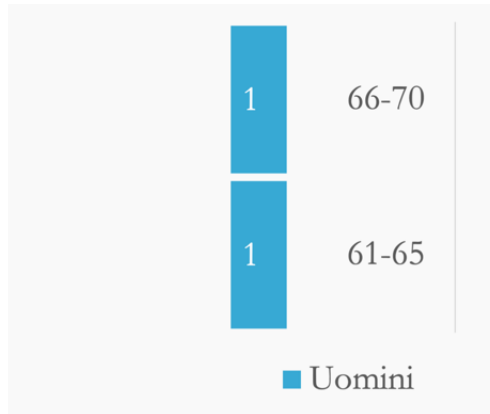


Figura A.4. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Angiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Biochimica Clinica

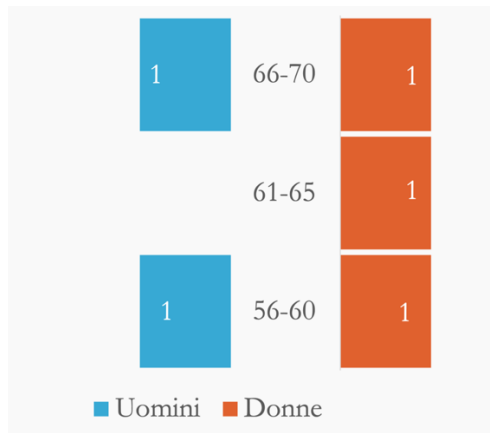


Figura A.5. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Biochimica clinica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Cardiochirurgia

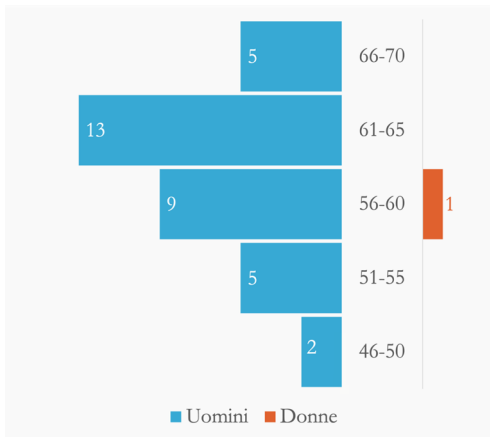


Figura A.6. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Cardiochirurgia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Cardiologia

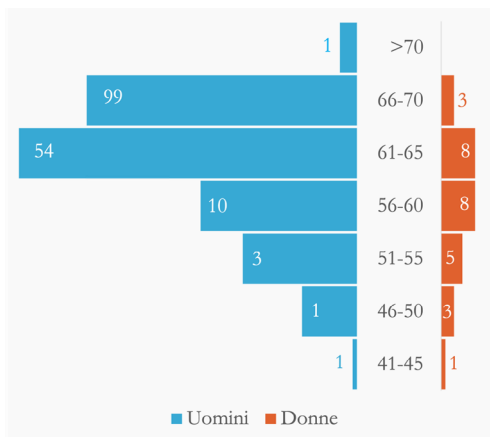


Figura A.7 – Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Cardiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia generale

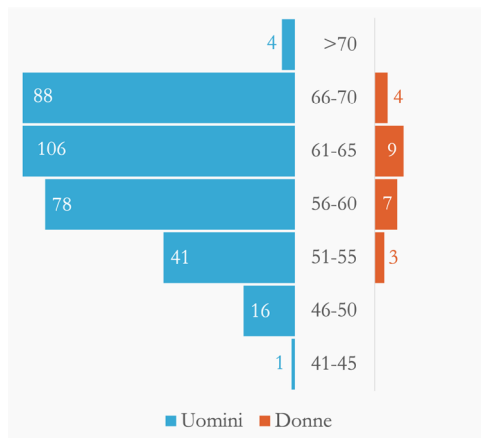


Figura A.8. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Cardiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia maxillo facciale

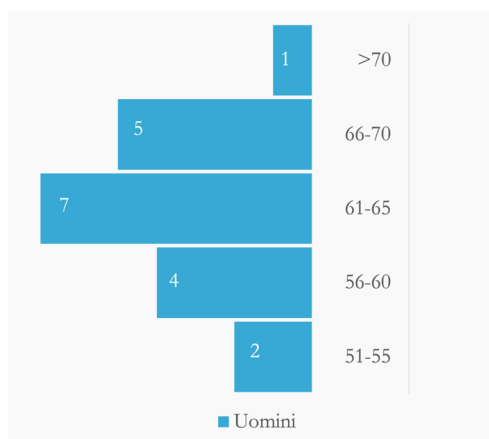


Figura A.9. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Chirurgia maxillo facciale (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia pediatrica

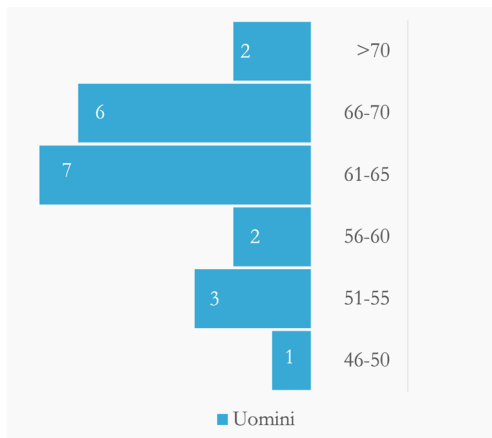


Figura A.10. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Chirurgia pediatrica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia plastica e ricostruttiva

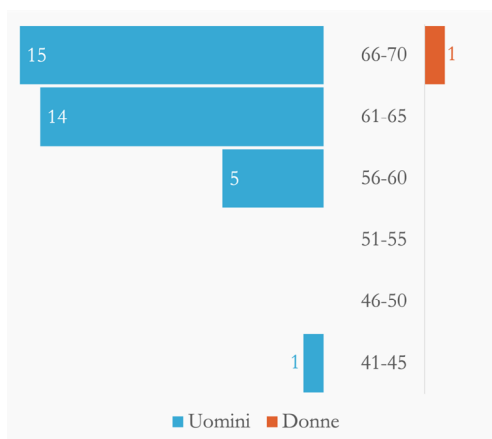


Figura A.11 – Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Chirurgia plastica e ricostruttiva (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia toracica

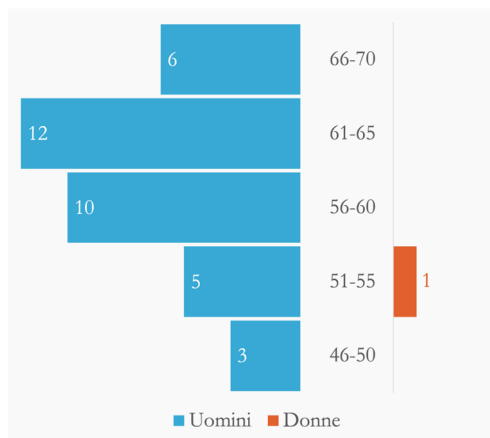


Figura A.12. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Chirurgia toracica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Chirurgia vascolare

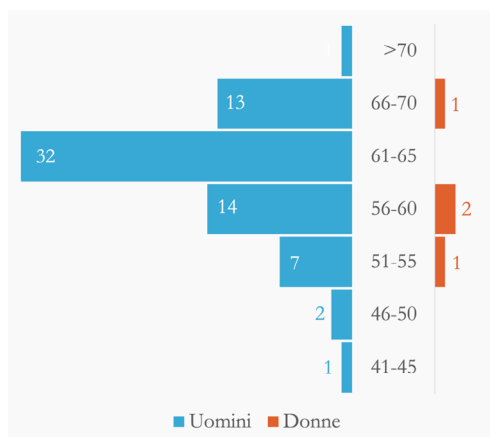


Figura A.13. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Chirurgia vascolare (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Cure palliative

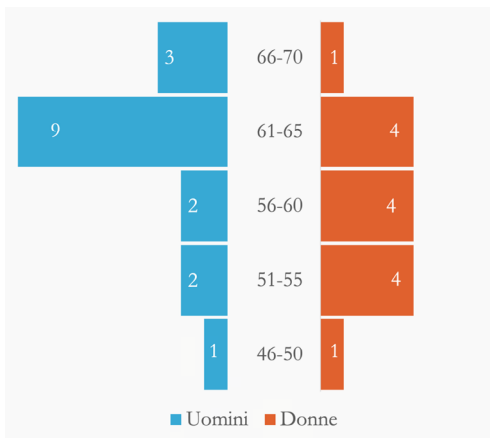


Figura A.14. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina delle Cure palliative (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Dermatologia e venereologia

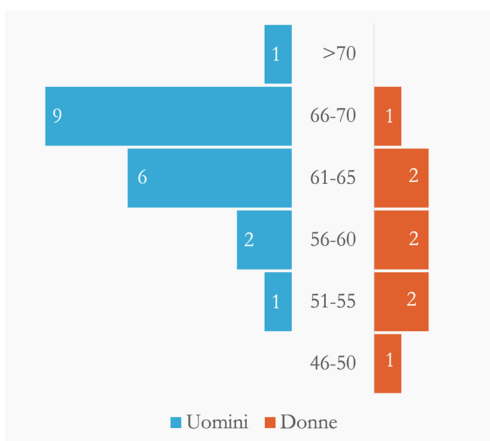


Figura A.15. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina delle Dermatologia e venereologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Direzione medica di presidio ospedaliero

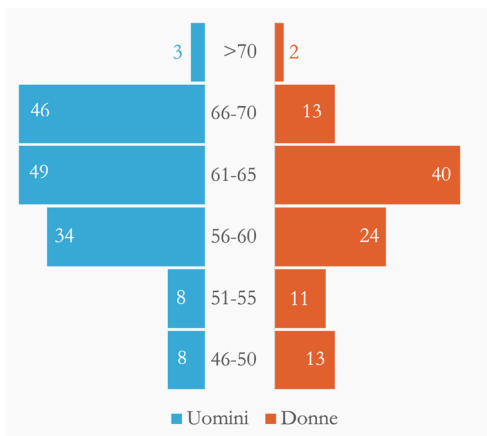


Figura A.16. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Direzione medica di presidio ospedaliero (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Ematologia

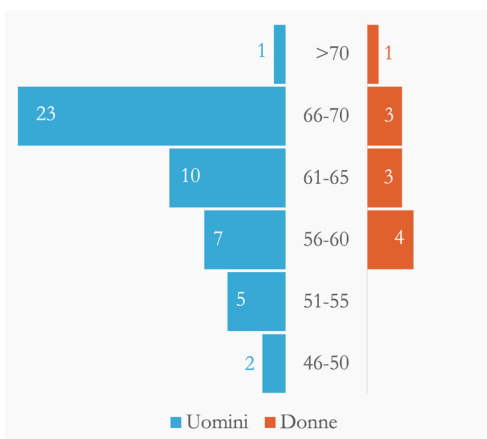


Figura A.17. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Ematologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Endocrinologia

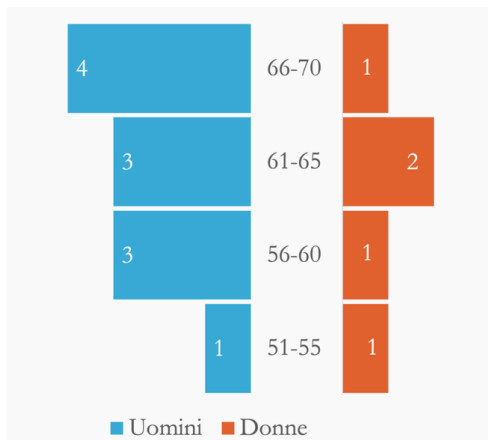


Figura A.18. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Endocrinologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Epidemiologia

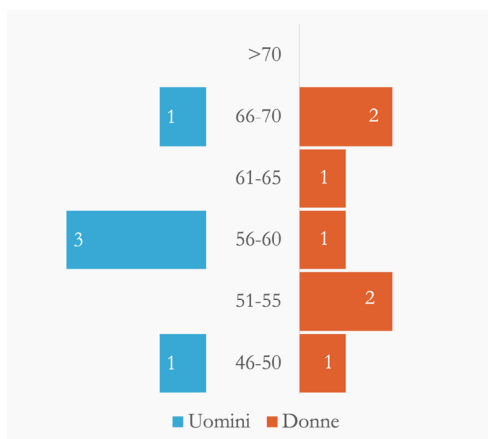


Figura A.19. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Epidemiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Farmacologia e tossicologia clinica

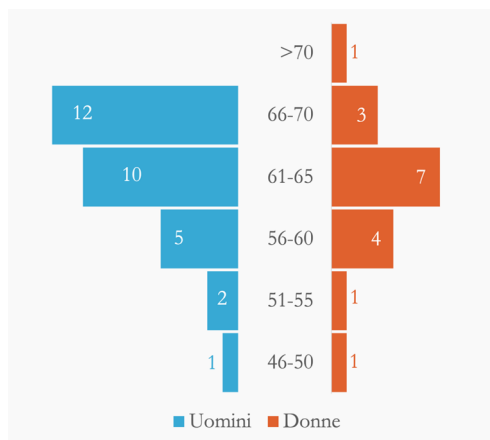


Figura A.20. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Farmacologia e tossicologia clinica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Gastroenterologia

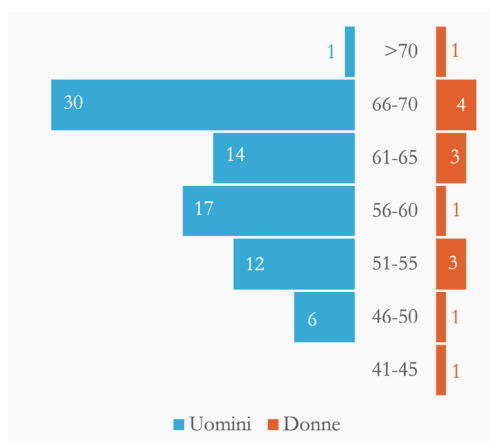


Figura A.21. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Gastroenterologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Genetica medica

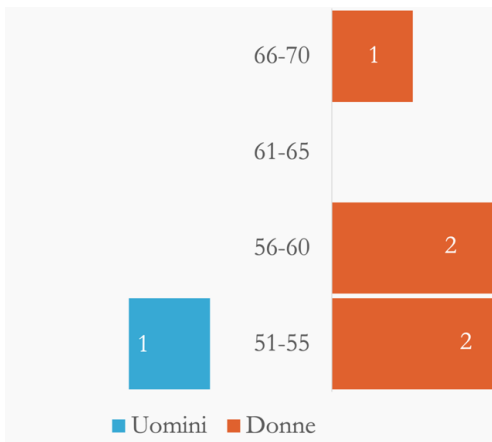


Figura A.22. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Genetica medica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Geriatria

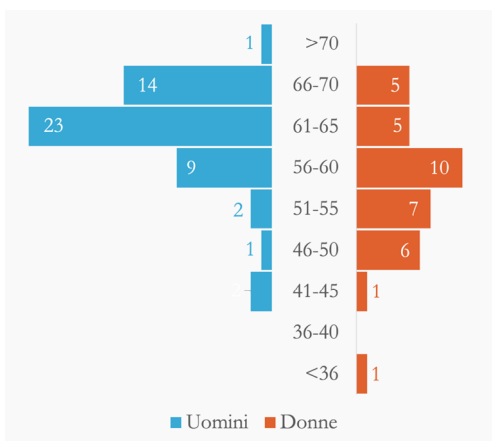


Figura A.23. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Geriatria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Ginecologia e ostetricia

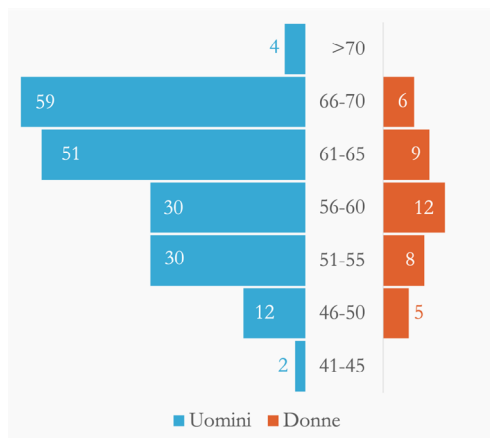


Figura A.24. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Ginecologia e ostetricia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Igiene degli alimenti e della nutrizione

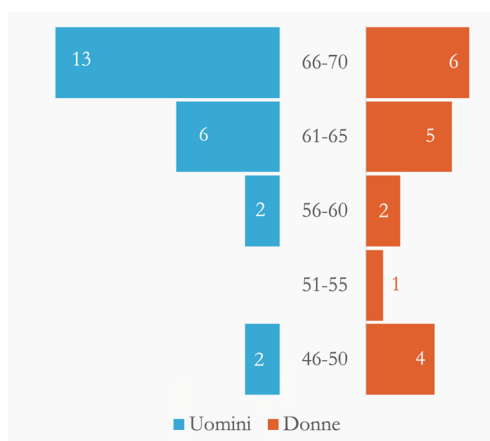


Figura A.25. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Igiene alimentare e della nutrizione (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Igiene, epidemiologia e sanità pubblica

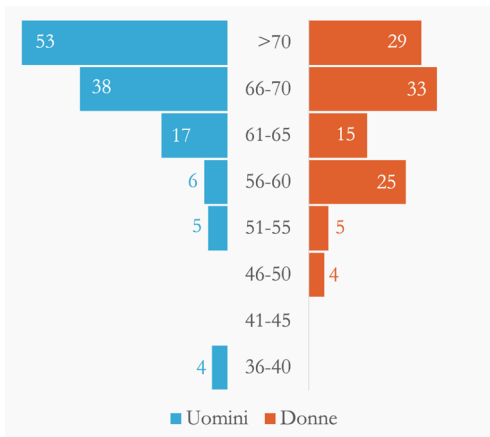


Figura A.26. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Igiene, epidemiologia e sanità pubblica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Laboratorio di genetica medica

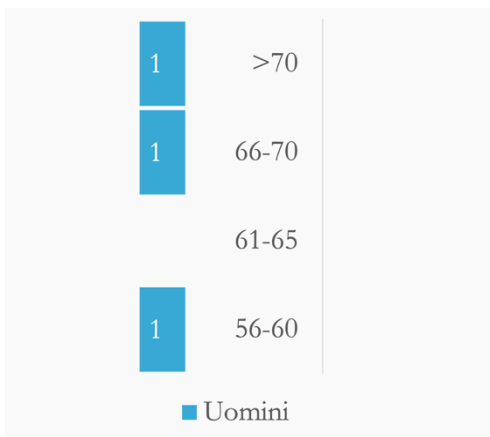


Figura A.27. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Laboratorio di genetica medica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Malattie dell'apparato respiratorio

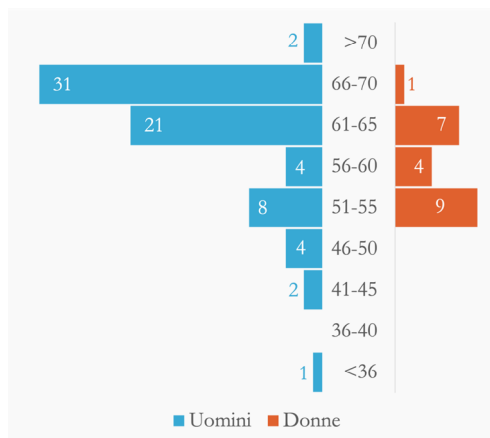


Figura A.28. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Malattie dell'apparato respiratorio (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Malattie infettive

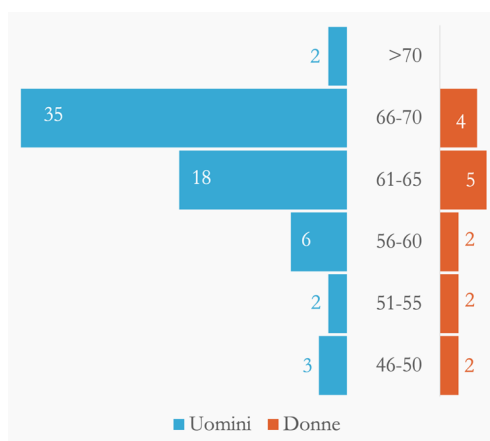


Figura A.29. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Malattie infettive (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Malattie metaboliche e diabetologia

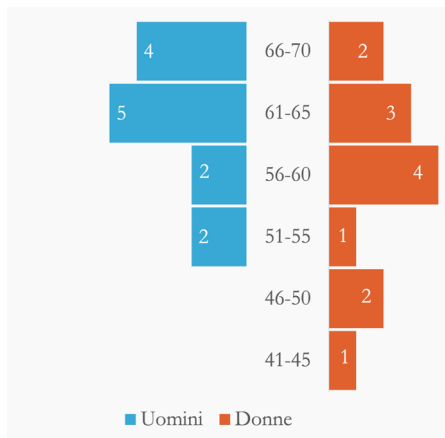


Figura A.30. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Malattie metaboliche (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina del lavoro e degli ambienti di lavoro

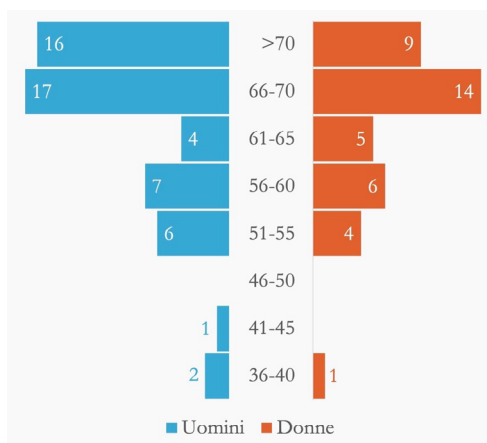


Figura A.31. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina del lavoro e degli ambienti di lavoro (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina dello sport

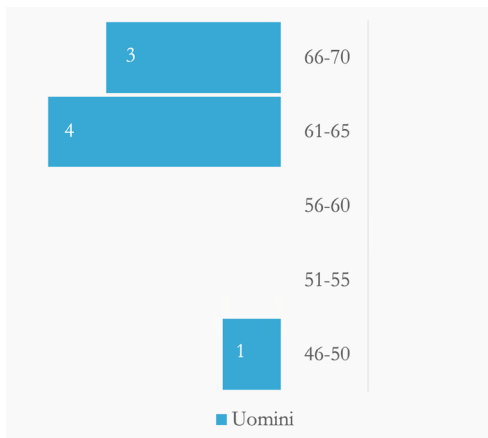


Figura A.32. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina dello sport (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza

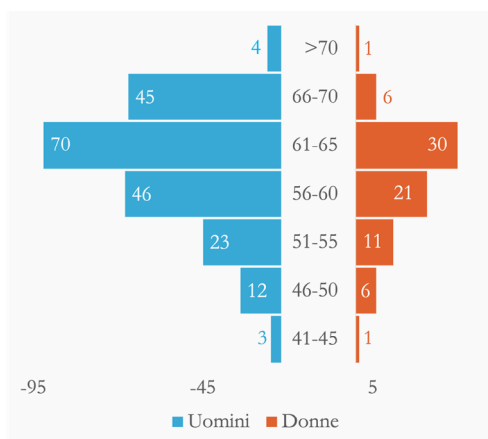


Figura A.33. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina fisica e di riabilitazione

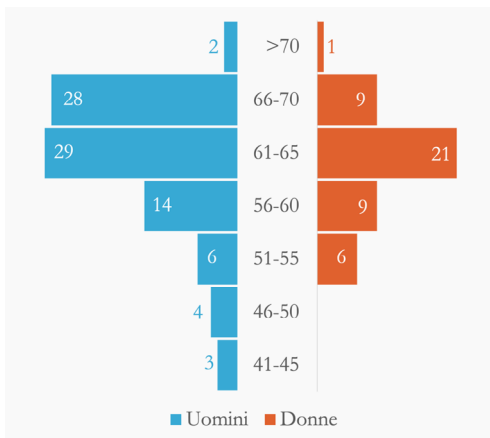


Figura A.34. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina fisica e di riabilitazione (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina interna

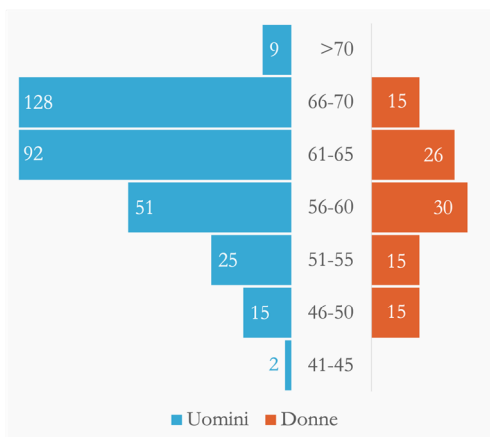


Figura A.35. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina interna (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina legale

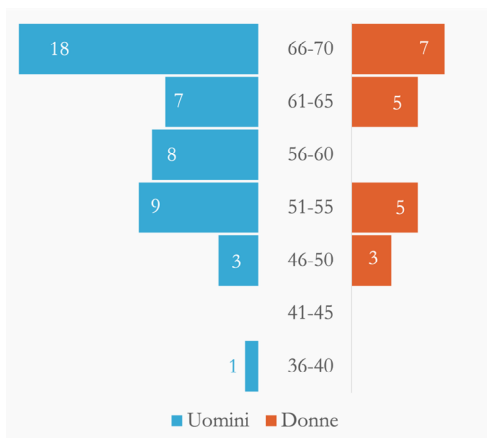


Figura A.36. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina legale (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina nucleare

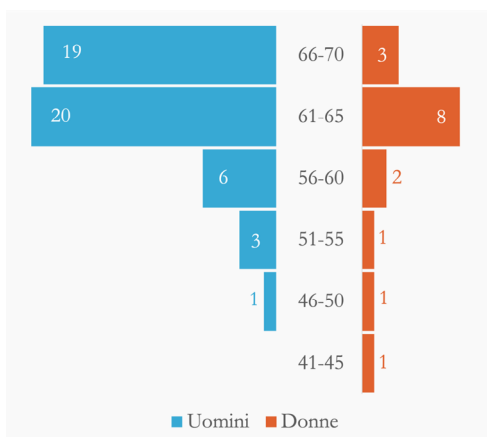


Figura A.37. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina nucleare (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Medicina trasfusionale

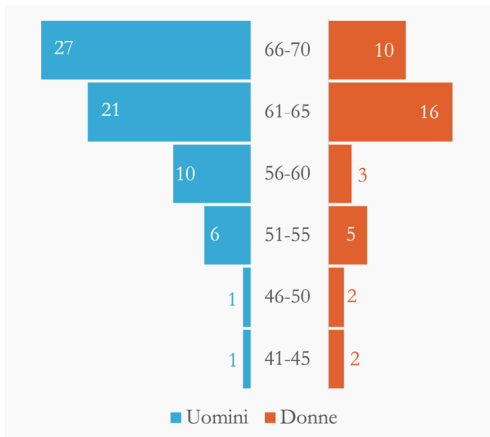


Figura A.38. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Medicina trasfusionale (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Microbiologia

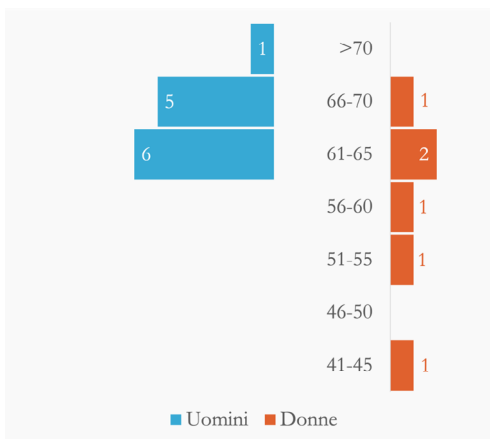


Figura A.39. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Microbiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Nefrologia

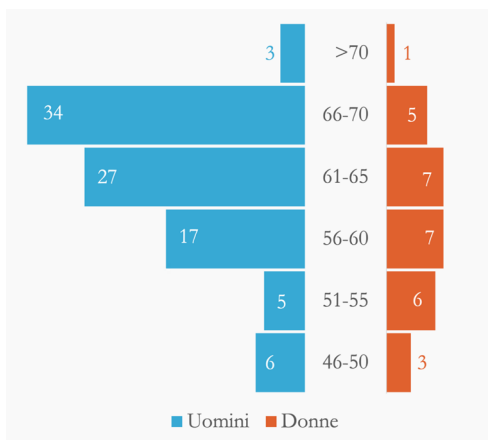


Figura A.40. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Nefrologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neonatologia

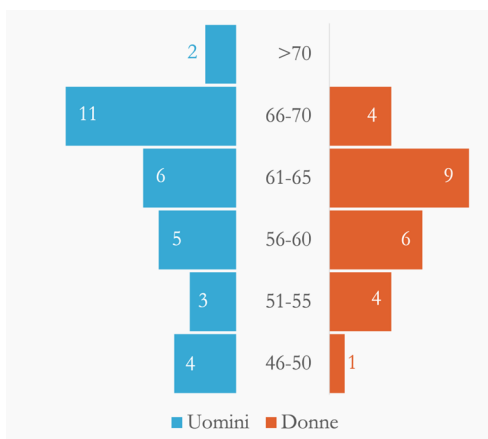


Figura A.41. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neonatologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neurochirurgia

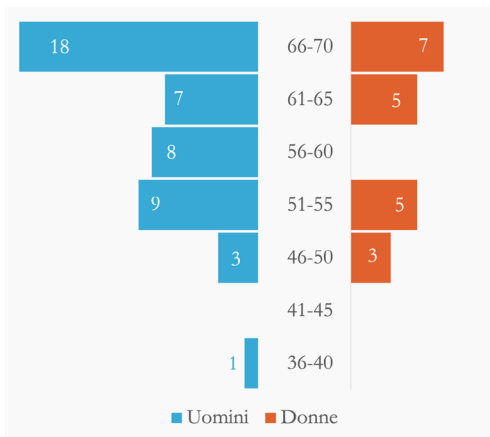


Figura A.42. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neurochirurgia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neurofisiopatologia

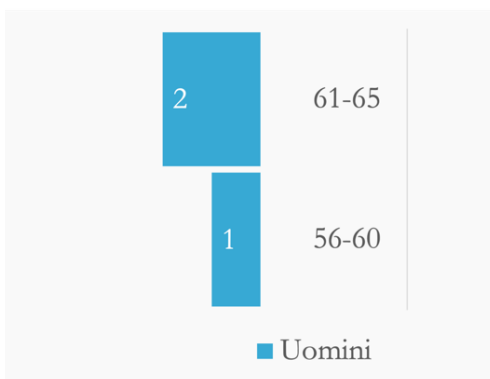


Figura A.43. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neurofisiopatologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neurologia

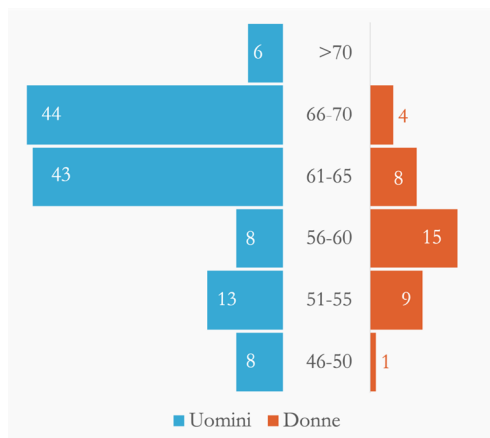


Figura A.44. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neurologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neuropsichiatria infantile

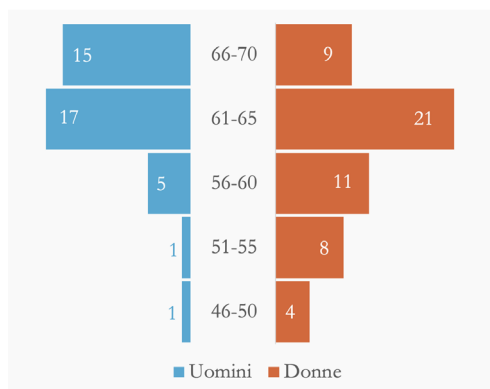


Figura A.45. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neuropsichiatria infantile (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Neuroradiologia

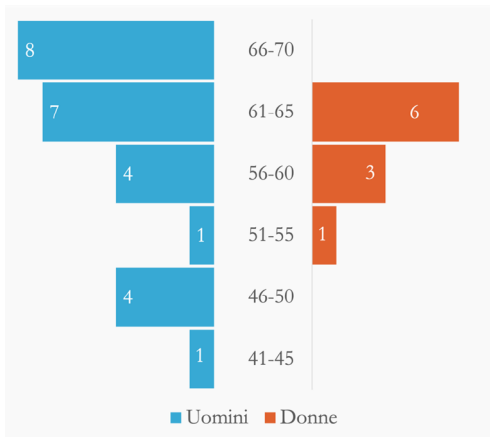


Figura A.46. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Neuroradiologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Odontoiatria

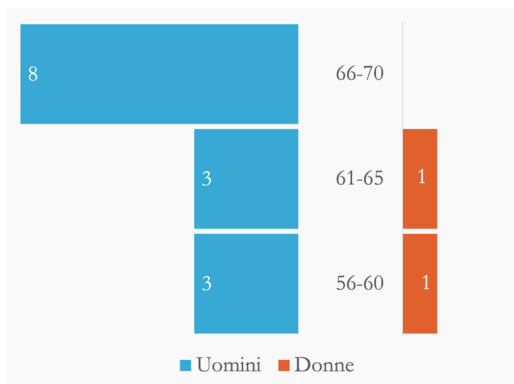


Figura A. 47. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Odontoiatria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Oftalmologia

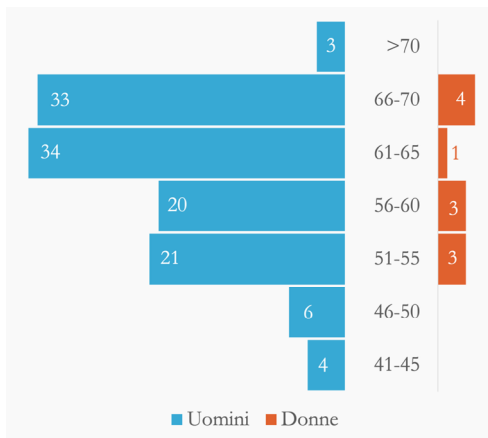


Figura A.48. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Oftalmologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Oncologia

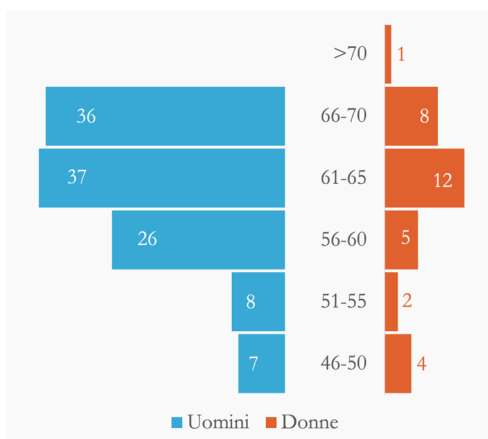


Figura A.49. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Oncologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Organizzazione dei servizi sanitari di base

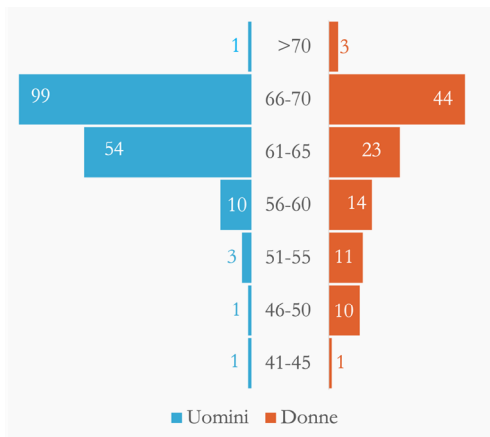


Figura A.50. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Organizzazione dei servizi sanitari di base (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Ortopedia e traumatologia

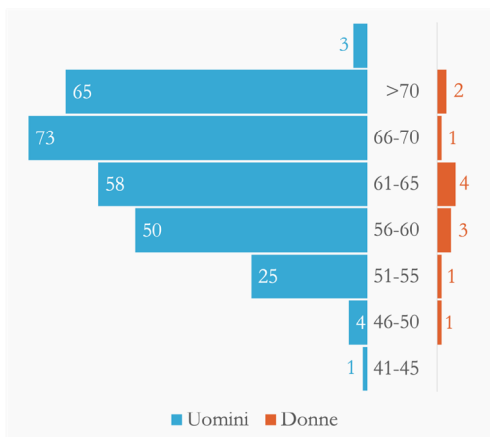


Figura A.51. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Ortopedia e traumatologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Otorinolaringoiatria

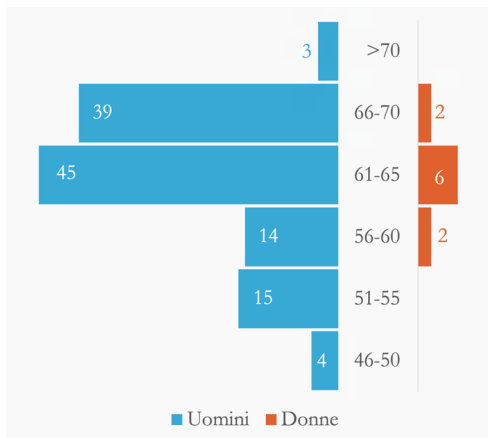


Figura A.52. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Otorinolaringoiatria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)

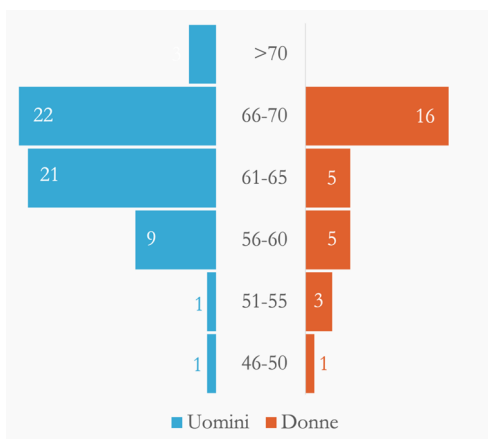


Figura A.53. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Patologia clinica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Pediatria

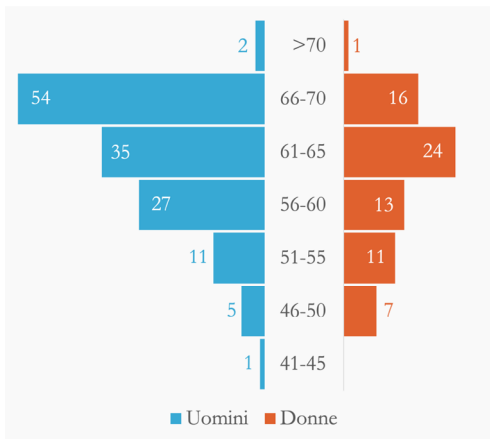


Figura A.54. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Pediatria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Psichiatria

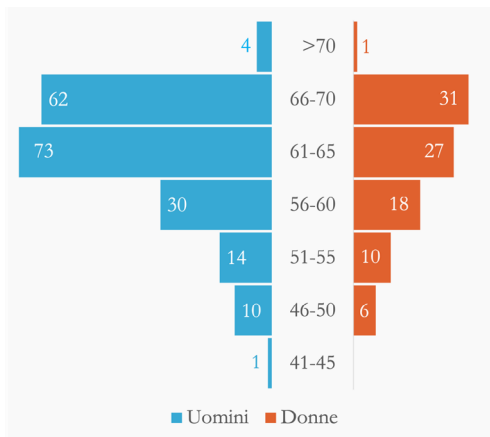


Figura A.55. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Psichiatria (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Psicologia

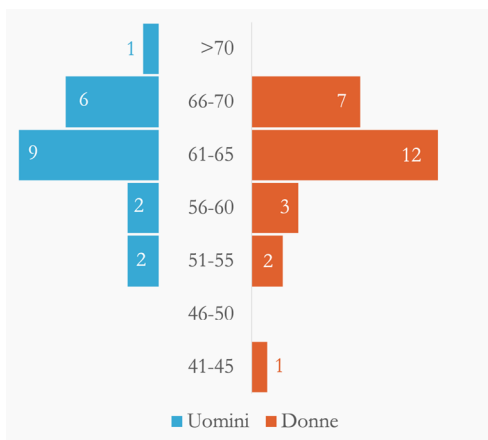


Figura A.56. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Psicologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Psicoterapia

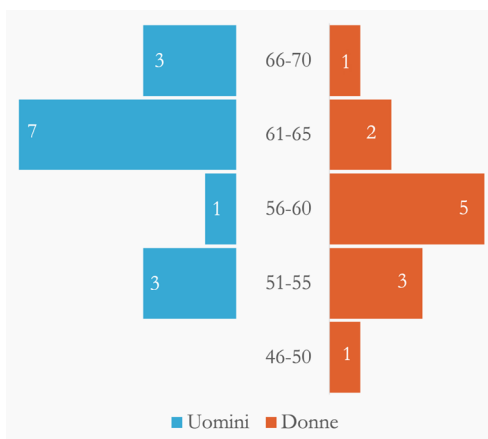


Figura A.57. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Patologia clinica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Radiodiagnostica

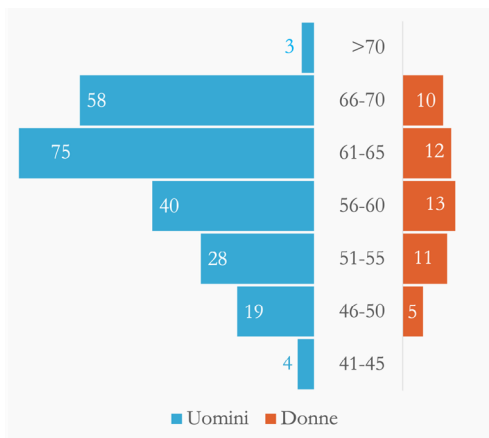


Figura A.58. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Radiodiagnostica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Radioterapia

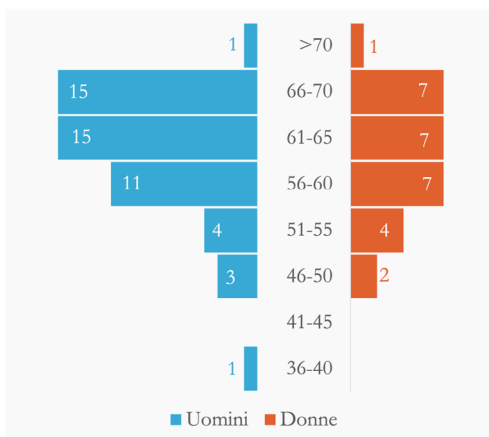


Figura A.59. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Radioterapia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Reumatologia

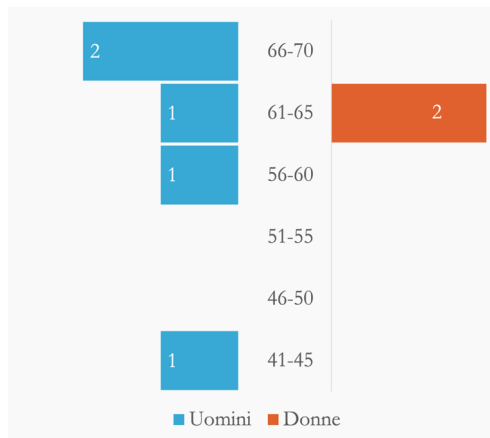


Figura A.60. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Reumatologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Scienza dell'alimentazione dietetica

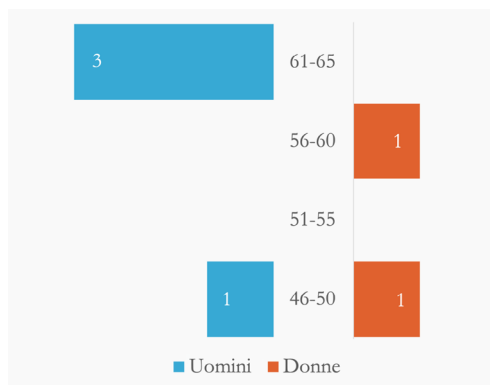


Figura A.61. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Scienze dell'alimentazione dietetica (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Urologia

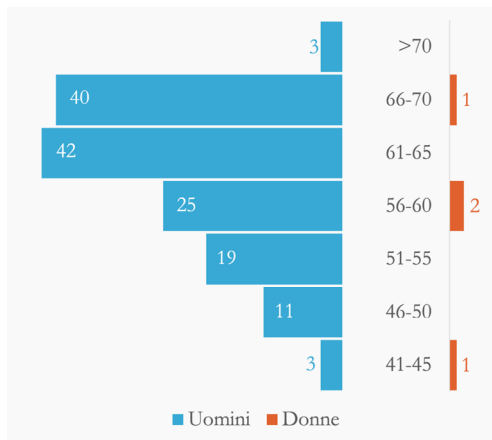


Figura A.62. Piramide dell'età dei Dir. di Struttura Complessa nella disciplina di Urologia (2025)

Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Ringraziamenti

L'Osservatorio rivolge un sincero ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito allo svolgimento dello studio.

Antonio Barge (Boehringer Ingelheim), Guido Beccagutti (Confindustria-Dispositivi-Medici), Laura Bruno (Sanofi), Claudia Russo Caia (Takeda), Fabrizio Cannioto (Confindustria-Dispositivi Medici), Denise Cozzi (Sanofi), Annalisa D'Agostino (Boston Scientific), Nicola D'Erario (Farindustria), Federica Dal Toso (UCB), Elena Foglia (Boehringer Ingelheim), Denise Giacomini (Ministero della Salute), Giovanna Giacalone (Boston Scientific), Silvestro Giannantonio (Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche), Valeria Glorioso (Confindustria-Dispositivi Medici), Elena Paola Lanati (Indicon), Concetta Liberatore (ANAAO Toscana), Raffaella Maderna (Lundbeck), Barbara Mangiacavalli (Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche), Beatrice Mazzoleni (Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche), Angela Daniela Musolino (Federazione Ordini Farmacisti Italiani), Riccardo Pareschi (Farindustria), Alessandra Sama (Medtronic).

Le autrici

Marta Marsilio

Professoressa Ordinaria di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Milano e presidente dell'IRCCS – Istituto Neurologico Carlo Besta. È esperta di management della sanità, performance management, creazione e co-creazione di valore, value based healthcare, e valutazione d'impatto dell'innovazione digitale nelle aziende sanitarie. È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche in riviste scientifiche nazionali e journal internazionali primari nel settore di riferimento. I suoi lavori sono stati presentati in convegni accademici nazionali e internazionali.

<https://orcid.org/0000-0001-9191-7284>

Marina D'Artibale

Vice President di Capgemini Invent e socia fondatrice di Leads – Donne Leader in Sanità. È esperta di gestione aziendale e di programmi di trasformazione organizzativa e digitale nel settore Life Sciences e Healthcare. Ha maturato una lunga esperienza in realtà multinazionali del settore, guidando iniziative di innovazione, integrazione e change management lungo l'intera catena del valore. Ha collaborato con business school nell'area della gestione della salute ed è relatrice in convegni nazionali e internazionali. Ricopre incarichi di governance come consigliere indipendente.

<https://orcid.org/0009-0000-9303-7184>

Anna Prenestini

Professoressa Associata di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università degli Studi di Milano. È presidente del corso di laurea magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute (MASS) e vicepresidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES). È esperta di management delle aziende sanitarie, strategia, performance management, sviluppo organizzativo, change management, governance e logistica dei pazienti. È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche in riviste scientifiche nazionali e journal internazionali primari nel settore di riferimento. I suoi lavori sono stati presentati in convegni accademici nazionali e internazionali.

<https://orcid.org/0000-0003-1334-6476>

Letizia Magnani

Ricercatrice in management sanitario presso il Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università degli Studi di Milano, ha un percorso che unisce tecnologia e gestione dei sistemi sanitari. Formata al Politecnico di Milano e all'Università degli Studi di Milano, la sua attività di ricerca si focalizza su innovazione digitale, sostenibilità e co-creazione di valore pubblico in sanità.

<https://orcid.org/0009-0009-2307-5180>

Alessia Poli

È Dottoranda del Corso di interesse nazionale in “Regulation, Management and Law of Public Sector Organizations” presso l'Università del Salento e collaboratrice scientifica presso l'Università degli Studi di Milano. I suoi interessi di ricerca si concentrano sul management delle aziende sanitarie, sulla creazione di valore pubblico, in particolare sulla governance e leadership femminile.

<https://orcid.org/0009-0008-3429-1711>

Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

Rapporto annuale 2025

Marina D'Artibale, Marta Marsilio, Anna Prenestini, Alessia Poli,
Letizia Magnani

Il Rapporto Annuale 2025 dell'Osservatorio ha la finalità di monitorare e promuovere l'equità di genere della leadership nel settore sanitario pubblico e privato in Italia, attraverso una metodologia che combina strumenti di analisi quantitativa e qualitativa. Emerge un panorama ancora disomogeneo: permangono forti disparità nei ruoli di vertice delle aziende sanitarie pubbliche e nei livelli accademici più elevati delle discipline mediche. Al contrario, il settore privato, in particolare quello farmaceutico, mostra un maggiore equilibrio. La piena valorizzazione del talento femminile richiede un cambiamento culturale profondo e modelli di governance inclusiva: solo così le aziende sanitarie potranno evolvere verso una leadership paritaria, capace di generare valore per la collettività.

ISBN 979-12-5510-368-4 (print)

ISBN 979-12-5510-372-1 (PDF)

ISBN 979-12-5510-374-5 (EPUB)

DOI 10.54103/milanoup.283