



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI MILANO

# Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

Rapporto Annuale 2025

*Working Paper*

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

# Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership nel Settore Sanitario

## Rapporto Annuale 2025

*Working Paper*

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

Il presente documento rappresenta una versione preliminare del Rapporto di Ricerca che sarà rivisto e integrato alla luce della sua presentazione il 24/10/2025 presso il Ministero della Salute, raccogliendo i contributi dei diversi stakeholder istituzionali che interverranno.

Ogni riproduzione dei dati contenuti in questo documento deve riportare la seguente dicitura “Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità: Rapporto Annuale 2025 – Working Paper”.

## Table of Contents

<i>L'Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità.....</i>	<i>4</i>
Storia e obiettivi.....	4
Il Gender Leadership Index in Health.....	5
Il gruppo di lavoro .....	8
Il Comitato Scientifico.....	9
I sostenitori dell'Osservatorio e l'Advisory Board.....	11
<i>1. La Gender Equality e Leadership nel settore Health &amp; Life Sciences .....</i>	<i>13</i>
Qualche dato sulla leadership femminile.....	13
La leadership femminile e i suoi impatti sulle performance delle aziende .....	19
La leadership femminile in sanità: sfide, impatti, soluzioni.....	21
Approcci per favorire l'equità di genere nelle posizioni apicali in sanità .....	23
<i>2. I flussi informativi e la definizione di leadership dell'Osservatorio.....</i>	<i>26</i>
<i>3. L'Equità di Genere nella Leadership nel Settore Sanitario Pubblico e Privato in Italia.....</i>	<i>31</i>
Organizzazioni sanitarie.....	31
Imprese .....	81
Formazione e Conoscenza .....	89
<i>4. Come sostenere l'equità di genere nella leadership nel settore sanitario?.....</i>	<i>93</i>
La visione del Comitato Scientifico e dell'Advisory Board dell'Osservatorio.....	93
Determinanti, politiche e leve per la leadership femminile in sanità nella vision del Comitato Scientifico.....	93
Le buone pratiche emerse dall'Advisory Board .....	100
PROCESSI ORGANIZZATIVI.....	101
AWARENESS AND ENGAGEMENT.....	106
MENTORING E NETWORKING .....	108
FORMAZIONE E SVILUPPO DELLA LEADERSHIP .....	110

STRUMENTI DI SUPPORTO .....	112
<i>Ringraziamenti</i> .....	125

# L'Osservatorio sull'Equità di Genere della Leadership in Sanità

## 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 la parità nella rappresentatività di genere della leadership 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 Health & Life Sciences 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 mondo Health & Life Sciences, 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 abilitino un maggiore accesso del genere meno rappresentato 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.

### **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 di diventare leader dei colleghi uomini, o di incontrare un loro superiore che sia donna. Questo è importante sia alla luce della oramai estensiva letteratura su come la diversità nel management contribuisca alla migliore performance delle organizzazioni caratterizzate da leadership equilibrata nel genere, 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 delle donne.

Per tradurre questo concetto, il GLIH non si limita a rappresentare le figure di leader per genere 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 calcolo del GLIH è dato quindi dal rapporto fra il numero di leader donna e il numero totale di leader rispetto al rapporto fra dipendenti donna e il totale. Lo stesso indicatore è stato costruito anche per gli uomini e il numeratore è stato diviso per la somma di questi due indici.

Questa è la formula di calcolo del GLIH:

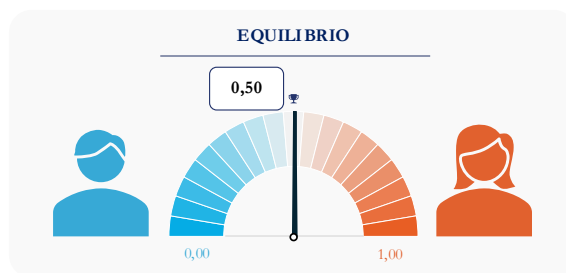
$$\Delta l = \frac{\frac{L_d}{O_d}}{\frac{L_d}{O_d} + \frac{L_u}{O_u}}$$

$$= \frac{\frac{L_d}{\frac{\# leader\ donne}{\# leader}}}{\frac{L_d}{\frac{\# leader\ donne}{\# leader}} + \frac{L_u}{\frac{\# leader\ uomini}{\# leader}}} = \frac{\frac{O_d}{\frac{\# occupati\ donne}{\# occupati}}}{\frac{O_d}{\frac{\# occupati\ donne}{\# occupati}} + \frac{O_u}{\frac{\# occupati\ uomini}{\# occupati}}}$$

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.

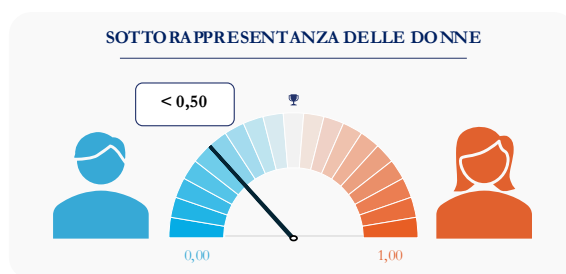
Il punto di equilibrio è quello dello 0.5 (equa-rappresentanza dei due generi nella corrispondente forza lavoro), in cui per ogni genere vi è corrispondenza proporzionale fra occupati e leader (Figura 1).

**Figura 1** - Esempio di rappresentazione del punto di equilibrio del GLIH



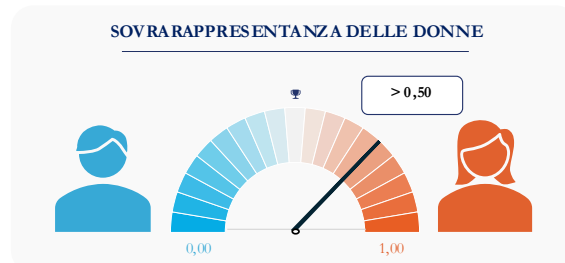
Se l'indicatore è inferiore a 0,5 (<50%), significa che le donne sono sottorappresentate nei ruoli di leadership del settore rispetto agli uomini in quella determinata composizione di forza lavoro (Figura 2).

**Figura 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 3).

**Figura 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.



## 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

## **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 le 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.



**Lucetta 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



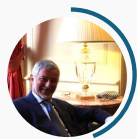
**Francesco Bruno Arturo Blasi**  
Presidente Del Comitato Di Direzione - Medicina e Chirurgia e Prorettore Ai Rapporti Con Il Sistema Sanitario, Università degli Studi di Milano



**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 Ravaoli**  
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

## I sostenitori dell'Osservatorio e l'Advisory Board

Le attività dell'Osservatorio sono sostenute dal contributo incondizionato di 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 4** riporta i loghi dei sostenitori dell'Osservatorio.

**Figura 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 BDI, 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



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

## 1. La Gender Equality e Leadership nel settore Health & Life Sciences

### Qualche dato sulla leadership femminile

La parità di genere è uno dei 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile dell'agenda 2030 delle Organizzazioni delle Nazioni Unite (ONU) (**Figura 5**). 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 5** - Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile dell'Agenda ONU 2030



Fonte – Organizzazione delle Nazioni Unite (2015)

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 a 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 di raggiungere ruoli di vertice nella leadership. Inoltre, secondo il WEF, in alcuni settori tra cui sanità e assistenza, laddove vi è una maggiore partecipazione delle donne ai ruoli di vertice viene promossa una maggiore partecipazione nei ruoli di medio livello.

A livello internazionale esistono dei sistemi di misurazione dell'equità di genere nei Paesi o nelle aziende proposti da diversi attori istituzionali. La Tabella 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.

Tabella 1 – Indicatori internazionali

Indice	Istituto	Anno	Dimensione	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Partecipazione economica e opportunità;</li> <li>□ Istruzione;</li> <li>□ Salute e sopravvivenza;</li> <li>□ Rappresentanza politica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A livello globale è stata raggiunta il 68,8% di parità di genere.</li> <li>□ 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%).</li> <li>□ 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.</li> </ul>
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Lavoro;</li> <li>□ Denaro;</li> <li>□ Conoscenza;</li> <li>□ Tempo;</li> <li>□ Potere;</li> <li>□ Salute;</li> <li>□ Violenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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.</li> <li>□ In generale, si sta registrando un 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.</li> <li>□ 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.</li> </ul>
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Accesso e partecipazione all'istruzione al mercato del lavoro;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A livello OCSE, la presenza femminile nei ruoli dirigenziali è aumentata leggermente, dal 33,5% al 34,1% tra il 2016 e il 2024.</li> </ul>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Condizioni economiche e familiari;</li> <li>□ Equilibrio tra vita professionale e familiare;</li> <li>□ Rappresentanza in posizioni manageriali e nei consigli di amministrazione;</li> <li>□ Rappresentanza politica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ I Paesi con le quote più alte 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.</li> <li>□ 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%).</li> <li>□ 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%.</li> </ul>
Bloomber Gedner 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Leadership e sviluppo dei talenti;</li> <li>□ Parità salariale;</li> <li>□ Cultura inclusiva;</li> <li>□ Politiche contro le molestie sessuali;</li> <li>□ Percezione esterna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Il 62% delle aziende ha almeno il 30% di donne nei Consigli di Amministrazione.</li> <li>□ 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.</li> </ul>
Gender Diversity Index	European Women on Board	2024	1378 Grandi aziende dell'UE	Si tratta di un indice che considera quattro diversi elementi: 1) la quota di donne in tutte le posizioni di leadership;	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Rappresentanza in posizioni manageriali e nei consigli di amministrazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ La percentuale complessiva di donne nei Consigli di Amministrazione presenta un trend complessivo di</li> </ul>

- 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.).

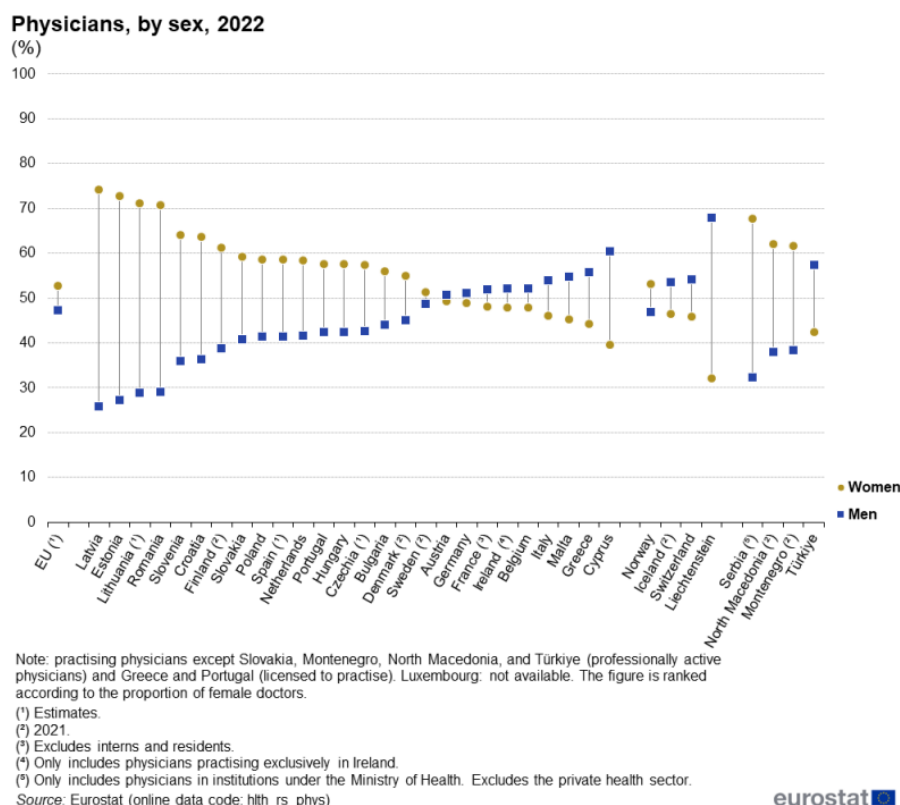
crescita dal 2019, passando dal 15,1% al 30,1% nel 2024.

- 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.

Secondo la World Health Organization (WHO), le donne rappresentano 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 6). 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.

**Figura 6 - Genere dei medici nei paesi UE**



**Fonte – Eurostat, 2023**

## **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 (Naciti et al., 2022; Opstrup & Villadsen, 2015), dimostrando 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).

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.

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). Ciò è riconducibile non solo alla propensione 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 (Garcia-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 & Singhania, 2018).

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 abilitante, capace di generare effetti virtuosi sulla cultura aziendale, sulla composizione della forza lavoro e sulle prospettive di carriera delle donne.

## **La leadership femminile in sanità: sfide, impatti, soluzioni**

### **Le sfide per la parità di genere in sanità**

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 (Moghim 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).

### **Gli impatti delle donne leader in sanità**

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 (Arena et al., 2020b) e la capacità di innovazione (Arena et al., 2020b).

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, secondo Tunyi et al. (2023) le CEO donne hanno una maggiore propensione a migliorare l'esperienza interpersonale delle cure, grazie alle relazioni osservate rispetto a due componenti fondamentali delle organizzazioni sanitarie: (a) il personale infermieristico e (b) la reattività in situazioni di emergenza.

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).

### **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 ed engagement, 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 mentor 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'inequità 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).

## 2. I flussi informativi e la definizione di leadership dell'Osservatorio

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 i livelli istituzionali a livello nazionale (Ministero della Salute e Agenzie ad esso correlato), a livello regionale e le Aziende Sanitarie Pubbliche e Private.
- *Imprese*: di questo ambito fanno parte le imprese operanti nei settori farmaceutico e dispositivi medici.
- *Formazione e conoscenza*: questo ambito, di nuova istituzione rispetto ai rapporti precedenti, considera 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.

### *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 Sistema Sanitario Nazionale (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 il personale dirigente come ruoli di leadership come riportati 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 anche per le aziende sanitarie pubbliche del SSN. 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 leader delle 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, nei casi in cui i leader non corrispondano a tale definizione, 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 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, 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 sanitario. 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.

### *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 Farindustria<sup>1</sup>. 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 Medici<sup>2</sup> ha, invece, fornito i dati relativi all'occupazione nel settore dei dispositivi medici. I dati relativi al settore 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).

### *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,

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

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.

La Figura 7 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 8 riporti gli incarichi considerati come apicali per ciascuno di questi ambiti.

Figura 7 - Flussi di dati

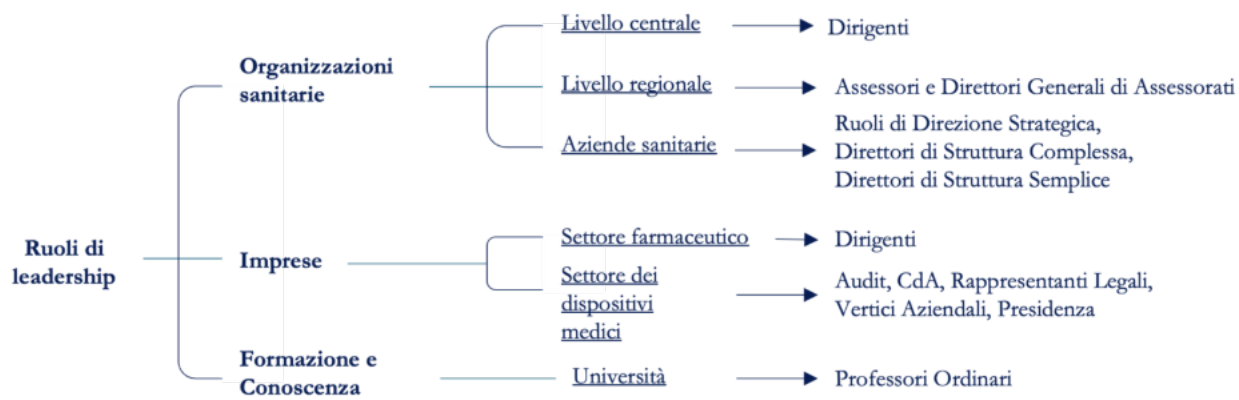
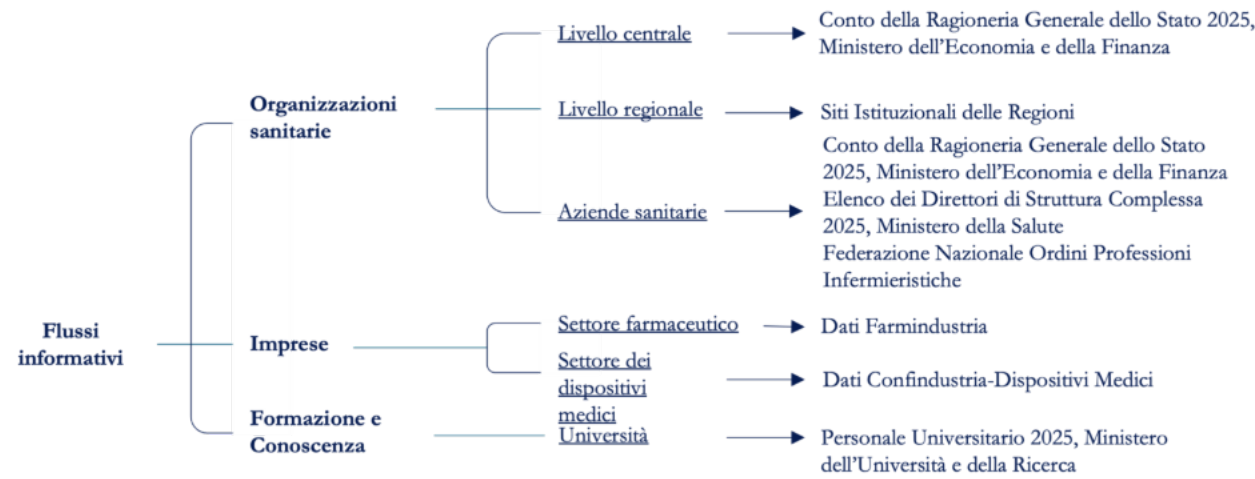


Figura 8 - Incarichi di leadership



### 3. 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.

#### **Organizzazioni sanitarie**

##### *Ministero e agenzie*

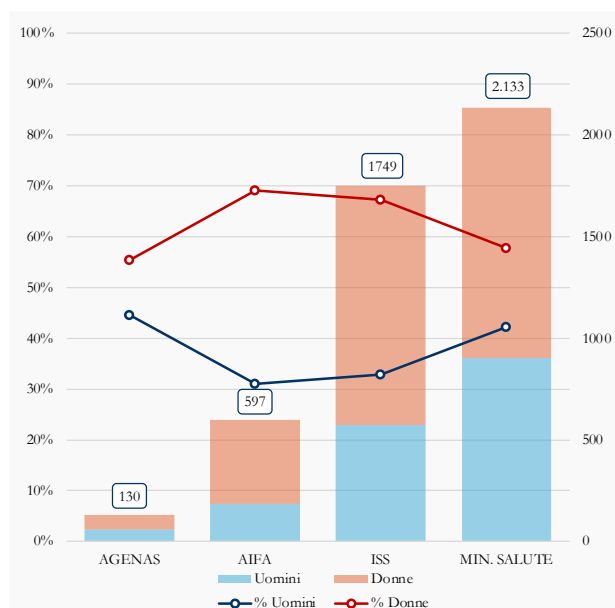
Una prima dimensione di analisi ha riguardato gli enti che caratterizzano l'assetto istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale a livello centrale. Essi sono:

- 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 Provincie 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 9) e dei leader (Figura 10). In tali istituzioni, l'occupazione femminile si attesta tra il 55% e il 70%. Esaminando i ruoli dirigenziali, la percentuale di leader donna è 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.

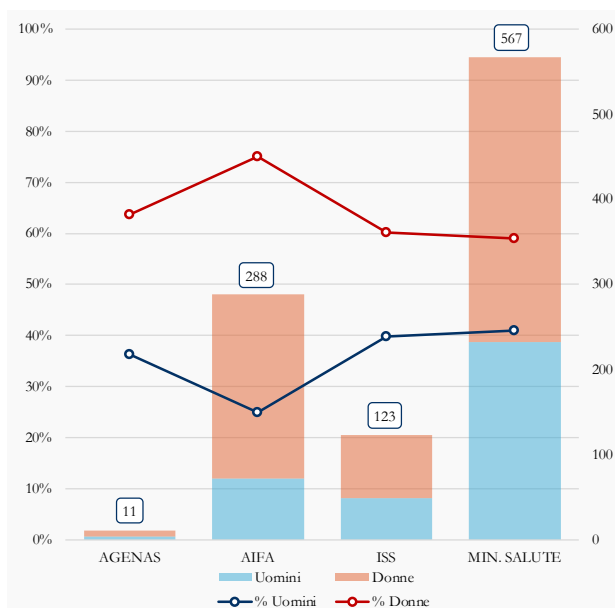


**Figura 9** - Occupati di AGENAS, AIFA, ISS, Ministero della Salute (2023)



Fonte - Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2025

**Figura 10** - 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 Ministero<sup>3</sup> solo il Dipartimento della prevenzione della ricerca e delle emergenze sanitarie ha una direttrice donna. 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 solo 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.

---

<sup>3</sup> 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.

## Regioni

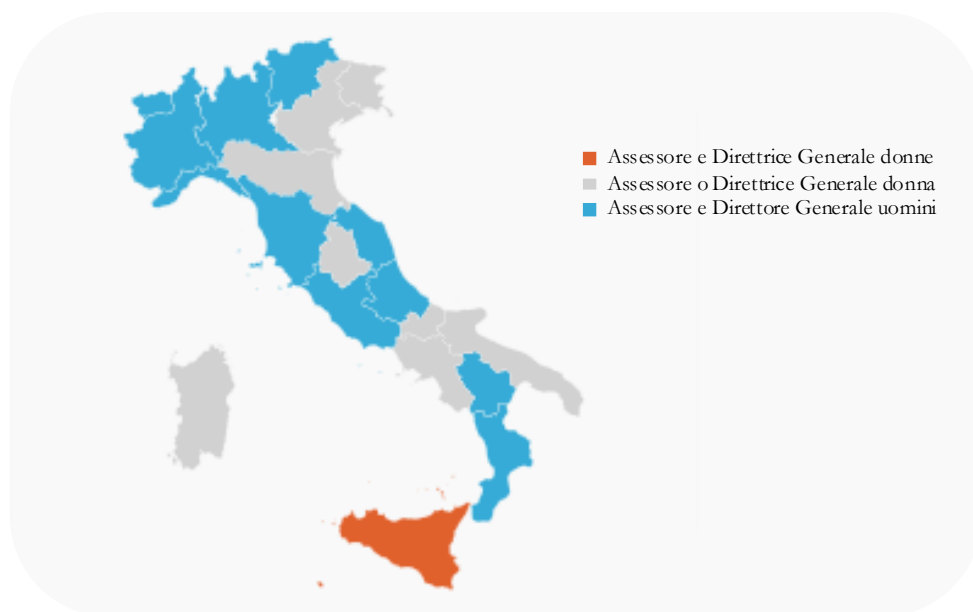
I ruoli di vertice nei SSR sono identificati con gli Assessori alla Salute, alla Sanità, al Welfare, o affini, e i Direttori o le Direttrici delle relative Direzioni Generali. Gli Assessorati sono responsabili dell'indirizzo politico e della definizione delle strategie in materia sanitaria, sociosanitaria e di tutela della salute pubblica, mentre le Direzioni Generali esercitano funzioni di pianificazione, programmazione e governo dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio regionale.

Dalla ricognizione emerge un marcato squilibrio nella rappresentanza di genere ai vertici istituzionali dei SSR (Figura 11 e Tabella 2). Infatti, nella maggior parte delle Regioni (12 su 21), entrambi i ruoli sono ricoperti da uomini.

Sono invece 6 le Regioni in cui si rileva una Direttrice Generale di assessorato, affiancata da un Assessore, e 2 le Regioni in cui la figura politica dell'Assessore è ricoperta da una donna, mentre la Direzione Generale è affidata a un uomo.

Fa eccezione la Sicilia in cui la direzione del sistema di welfare risulta interamente affidata a donne.

**Figura 11** - Assessori e Dir. Generali della sanità e del welfare nelle Regioni (2025)



**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sui dati dei siti istituzionali delle Regioni (2025)

**Tabella 2** - Distribuzione per genere di assessori e Dir. Generali della sanità e del welfare 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 %)

**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sui dati dei siti istituzionali delle Regioni (2025)

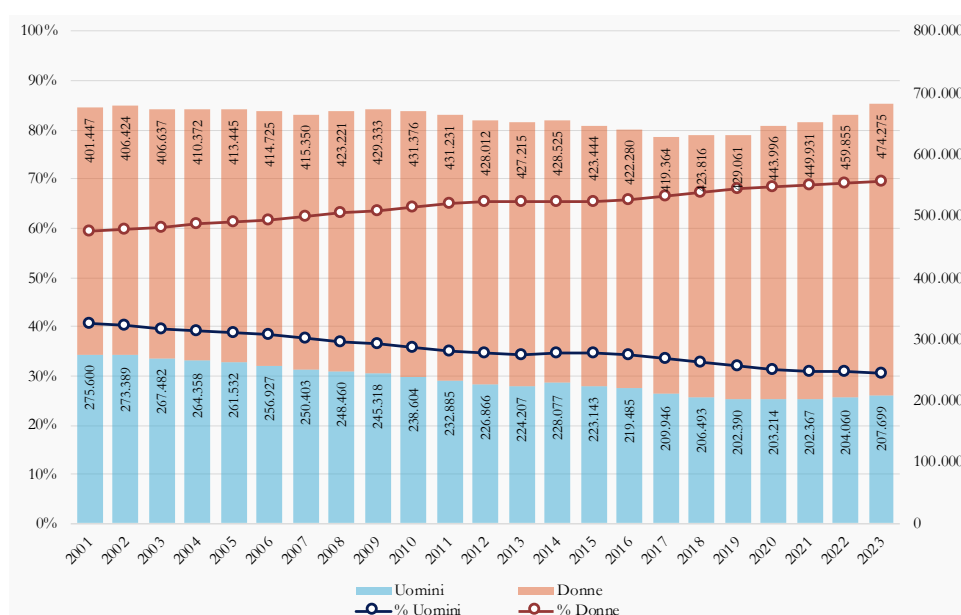
### *Aziende Sanitarie Pubbliche: overview complessiva sul personale*

Il numero complessivo degli occupati del SSN è stato oggetto di trend diversificati nel corso del tempo (Figura 12) 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 riduzione 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 3). 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 12** - Occupati del personale del SSN (2001-2023)



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

**Tabella 3** - Occupati e leader del personale del SSN (2001-2023)

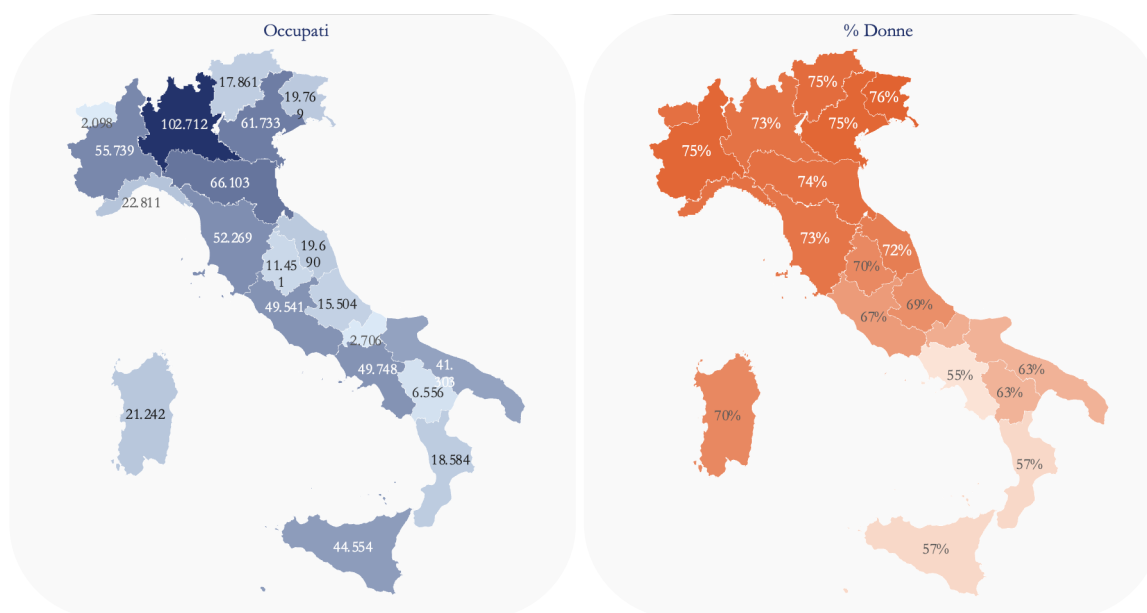
ANNO	OCCUPATI	TOTALE	
		LEADER	
2001	677.047	50.770	7,50%
2002	679.813	51.864	7,63%
2003	674.119	50.234	7,45%
2004	674.730	51.298	7,60%
2005	674.977	36.782	5,45%
2006	671.652	36.907	5,49%
2007	665.753	36.811	5,53%
2008	671.681	37.075	5,52%
2009	674.651	36.364	5,39%
2010	669.980	35.527	5,30%
2011	664.116	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%

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

Il personale del SSN si concentra soprattutto nel Nord Italia (Figura 13), in particolare nelle Regioni Lombardia (102.1712), 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%).

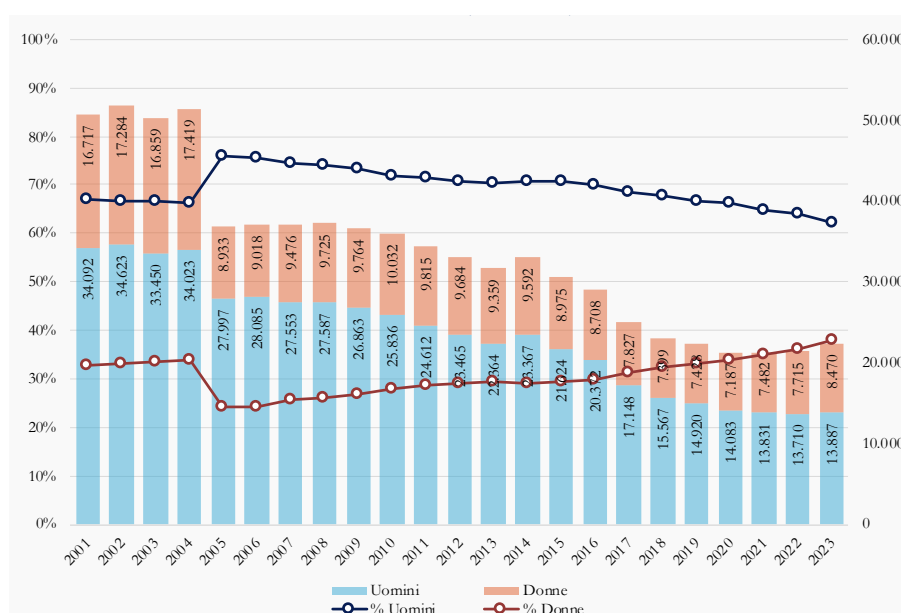
**Figura 13** - Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regione (2023)



**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 14). 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, che rimane ancora ben lontano dalla percentuale di donne occupate sul personale complessivo, ossia il 69,5% nel 2023.

**Figura 14 – Posizioni di leader nel personale del SSN (2001-2023)**



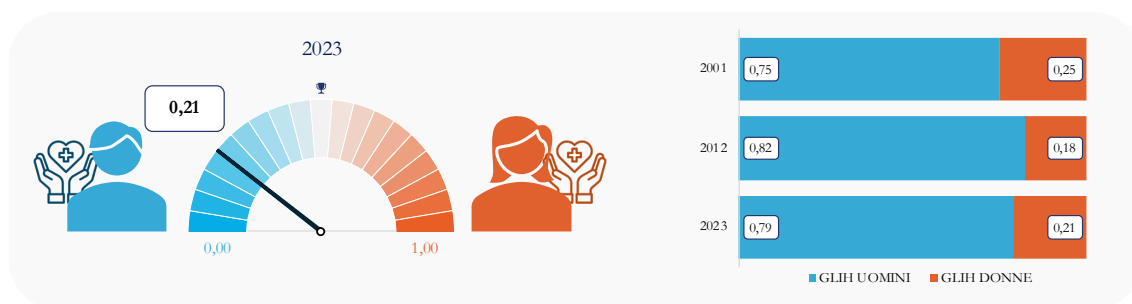
**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

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 15).

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.



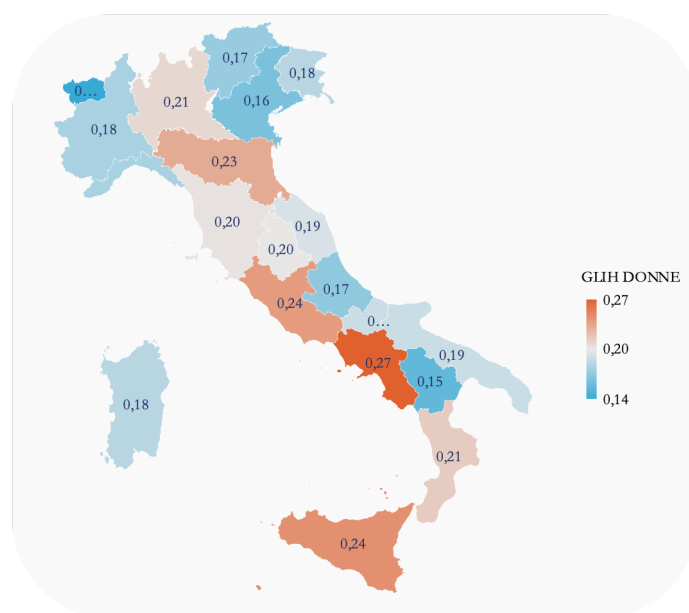
**Figura 15** - GLIH per i leader del personale del SSN (2001, 2012, 2023)



**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, con una media nazionale pari a 0,19, come illustrato in Figura 16. 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 16** - GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)



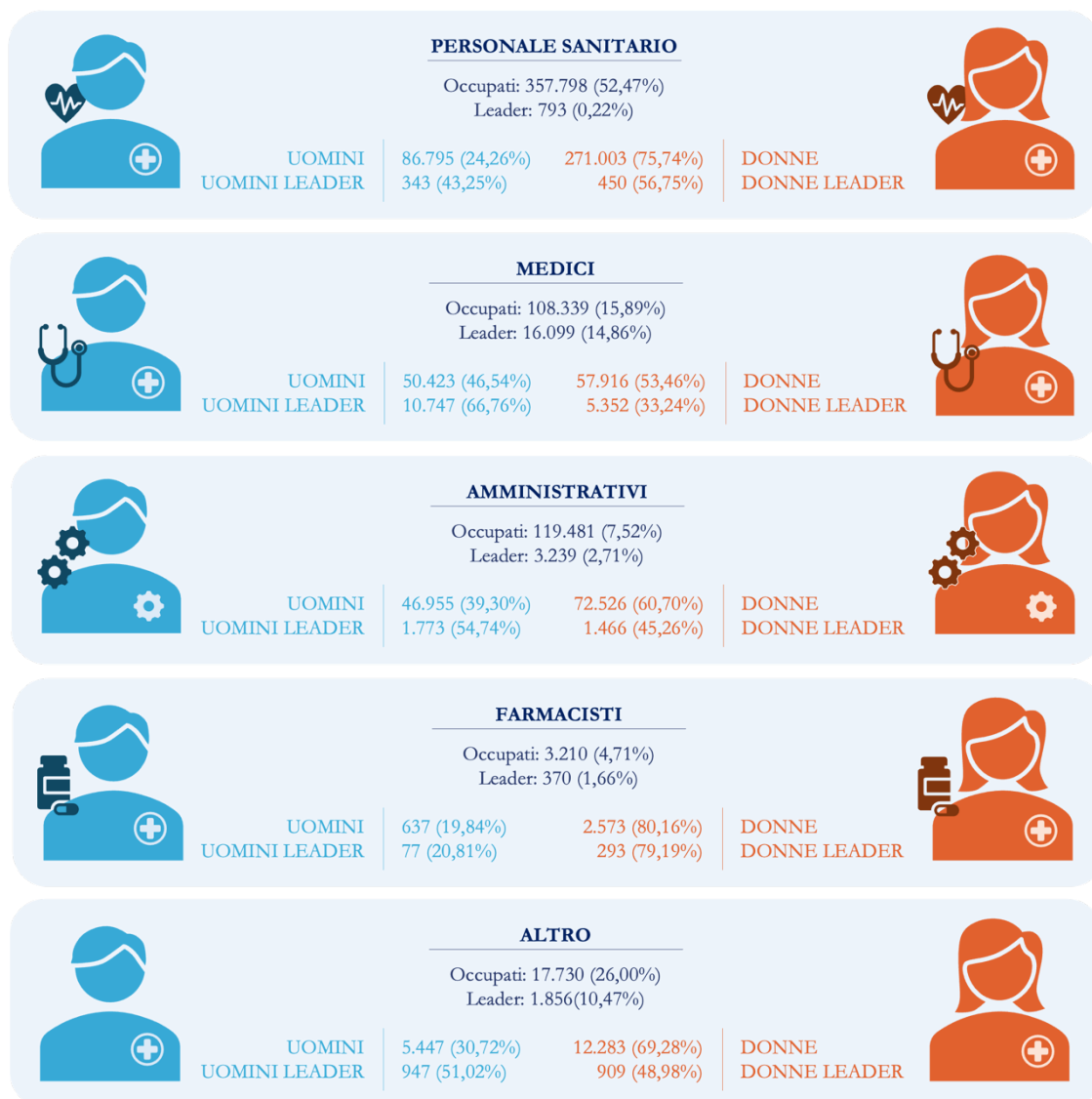
**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

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 (17.730 unità – 26%) (Figura 17).

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. 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 17** - 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 18 mostra il GLIH nelle singole categorie di professionisti.

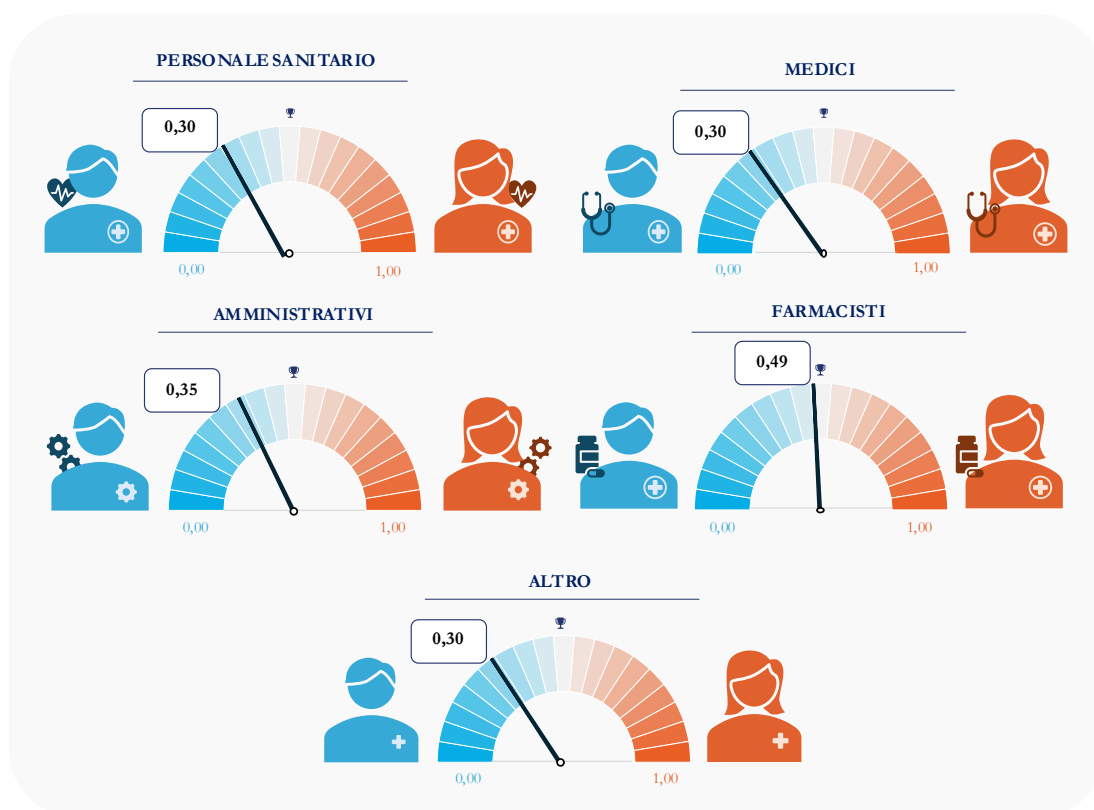
Il GLIH dei farmacisti si attesta a 0,49, indicando un equilibrio quasi perfetto tra farmacisti con incarichi di Struttura Complessa e Semplice donne e uomini.

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 valorizzazione dei ruoli apicali; tra i medici, invece, l'equilibrio di genere nel numero complessivo di medici si accompagna a un ancor più ridotto accesso alle posizioni di vertice.

**Figura 18** - GLIH per i leader del personale del SSN per categorie (2023)



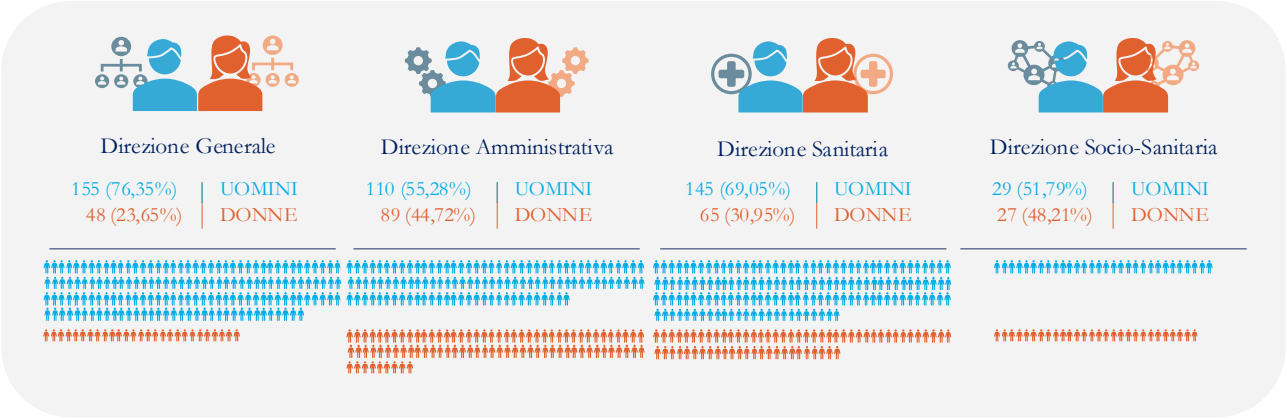
**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

### *Aziende Sanitarie Pubbliche: la direzione strategica*

La composizione della direzione strategica delle aziende sanitarie italiane, come riportato in Figura 19, 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/le 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/le 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/le DA e nei/le 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.

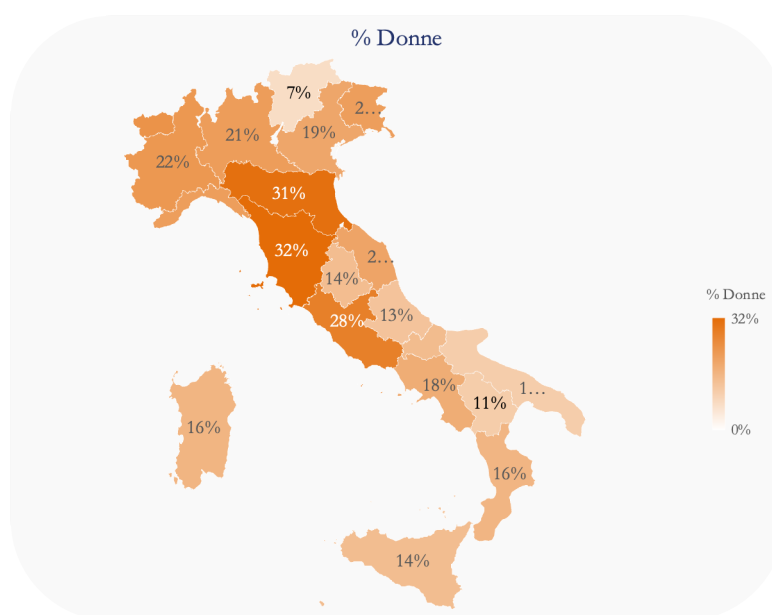
Figura 19 - DG, DA, DS e DSS del SSN (2023)



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

In tutte le Regioni, considerando il totale di tutti i direttori e direttrici, il numero di direttrici donne risulta inferiore rispetto ai direttori uomini, con variazioni più o meno marcate a seconda del territorio (Figura 20). In alcune Regioni si osserva la quasi parità di genere: in Toscana 16 donne e 13 uomini (32%); in Emilia-Romagna, ad esempio, le donne sono 21 e gli uomini 20 (31%); in Lazio 26 donne e 29 uomini (28%). Tuttavia, in molte altre Regioni il divario è ancora rilevante. In Lombardia, ad esempio, le direttrici rappresentano circa un quarto del totale, con 27 donne a fronte di 103 uomini (21), così come in Piemonte. In Sicilia, le direttrici costituiscono solo un terzo del totale (10 donne e 36 uomini), mentre in Puglia la disparità è ancora più marcata: solo 5 donne su un totale di 31 direttori.

**Figura 20** - Direzione Strategica del personale del SSN per Regioni (2023)



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

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 sanitario<sup>4</sup> è rimasto quasi costante negli anni, passando da 332.918 nel 2001 a 357.798 nel 2023 (Figura 21). 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.

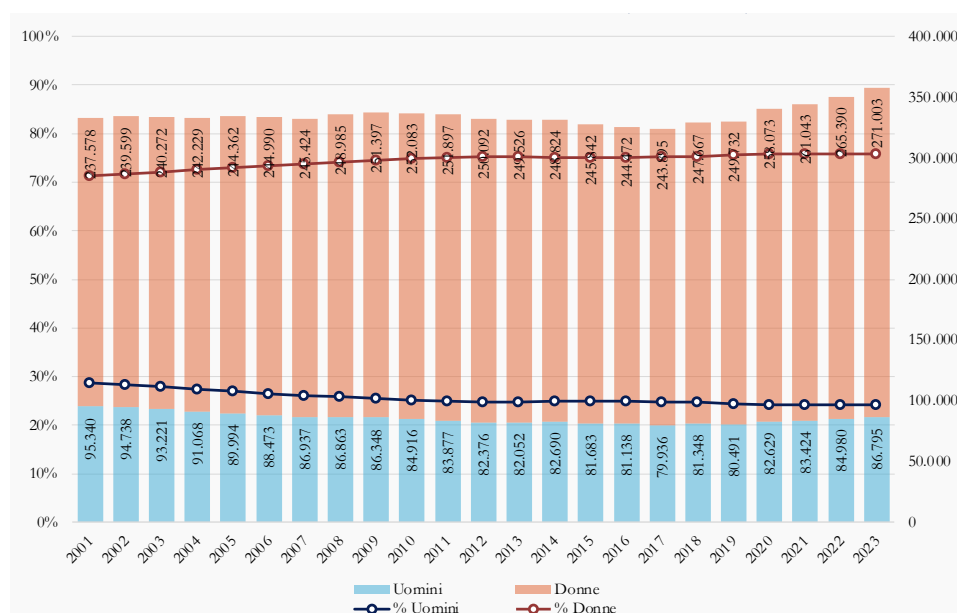
La percentuale di leader è cambiata significativamente negli anni per il personale sanitario. Nel 2001 si registravano solo 39 professionisti con incarichi di struttura complessa o semplice, pari allo 0,01% del totale dei professionisti della categoria (Tabella 4). Negli anni, però questo valore è cresciuto fino ad arrivare a 793 professionisti con incarichi di struttura, pari allo 0,22% del totale della categoria, nel 2023.

---

<sup>4</sup> 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 21** - Personale sanitario - occupati del personale del SSN (2001-2023)



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

**Tabella 4** - Personale sanitario - occupati e leader del personale del SSN (2001-2023)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2001	332.918	39	0,01%
2002	334.337	43	0,01%
2003	333.493	75	0,02%
2004	333.297	144	0,04%
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%

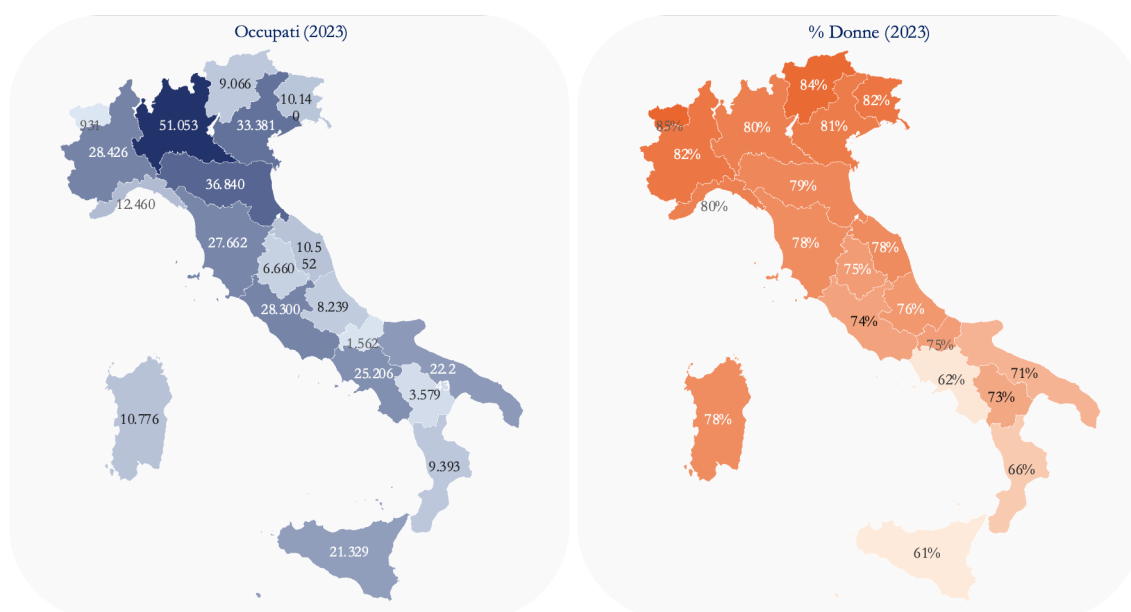
2019	330.223	469	0,14%
2020	340.702	564	0,17%
2021	344.467	629	0,18%
2022	350.370	692	0,20%
2023	357.798	793	0,22%

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

La distribuzione del personale sanitario nelle Regioni italiane è fortemente disomogenea (Figura 22): la Lombardia registra il valore più elevato (51.053), seguita da Lazio (34.000) e Campania (32.000), mentre Valle d'Aosta (931), Molise (1.200) e Basilicata (2.000) 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.

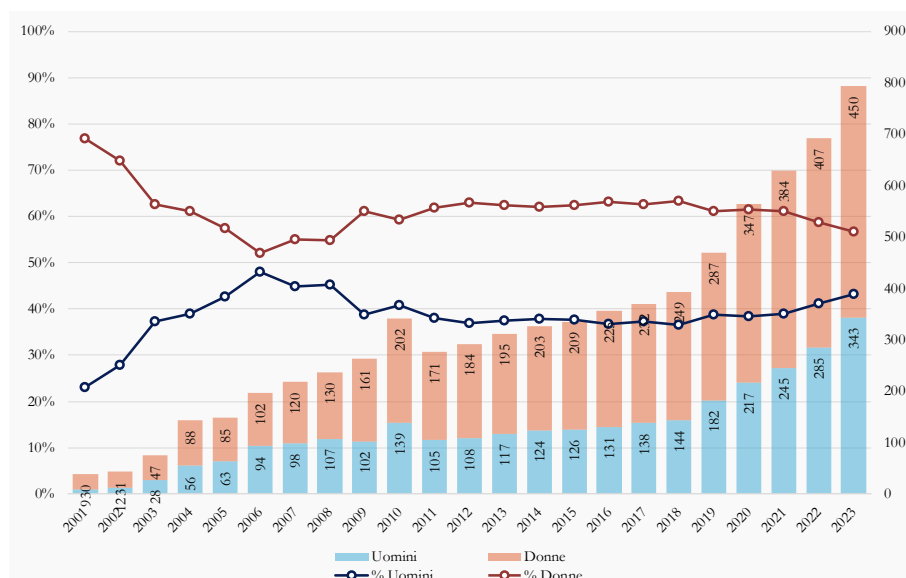
**Figura 22** - Personale Sanitario - Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regione (2023)



**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 23), 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 23** - Personale sanitario - Leader del personale del SSN (2001-2023)

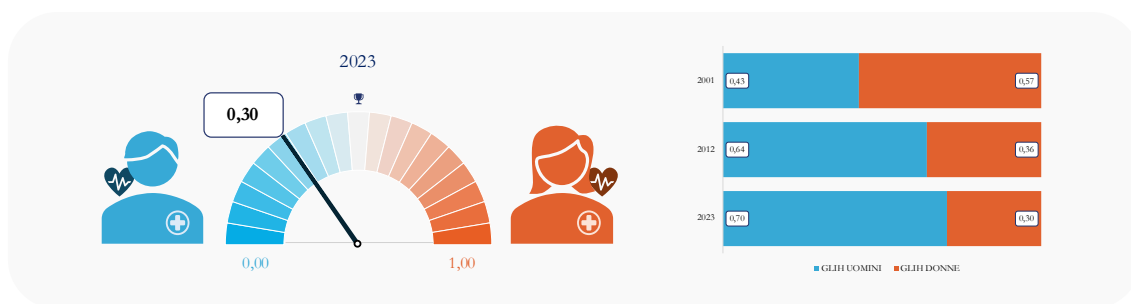


**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Il GLIH del 2001 metteva in luce un vantaggio significativo per le donne della categoria del personale sanitario (Figura 24). Tuttavia, questo valore si è ridotto negli 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 nel breve tempo il gap di donne leader all'interno del personale sanitario.

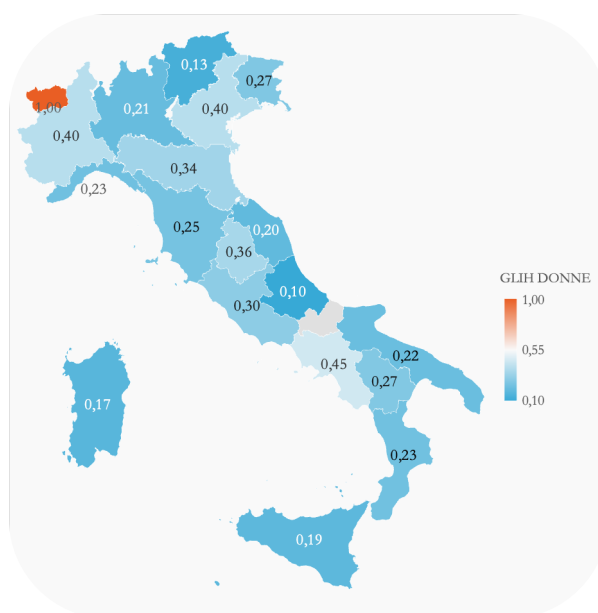
**Figura 24** - Personale sanitario - GLIH per i leader del personale del SSN (2001, 2012, 2023)



**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 25. 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 e 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 25** - Personale Sanitario - GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)

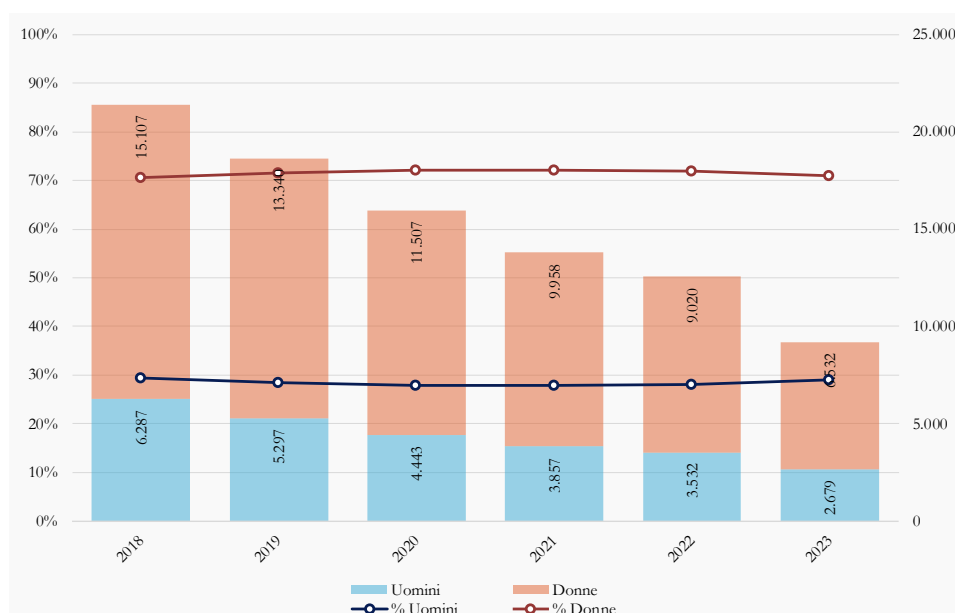


**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

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 un ruolo 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 26). 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.

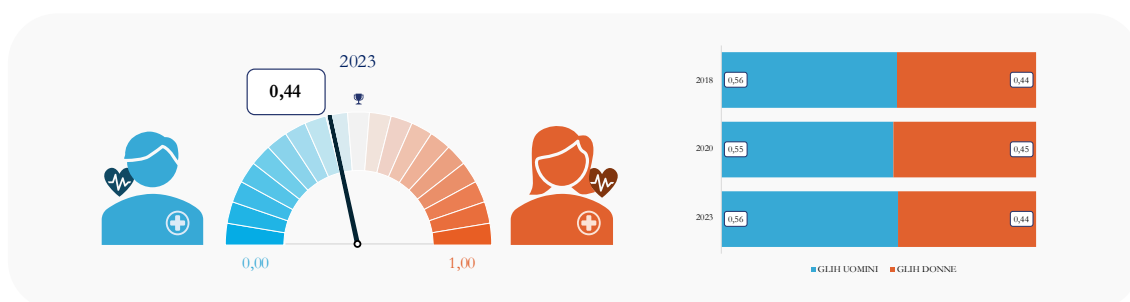
**Figura 26** - Personale sanitario - Leader e personale senior del personale del SSN (2018-2023)



**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 27). 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 27** - Personale sanitario - GLIH per i leader e il pers. senior del personale del SSN (2018, 2020, 2023)

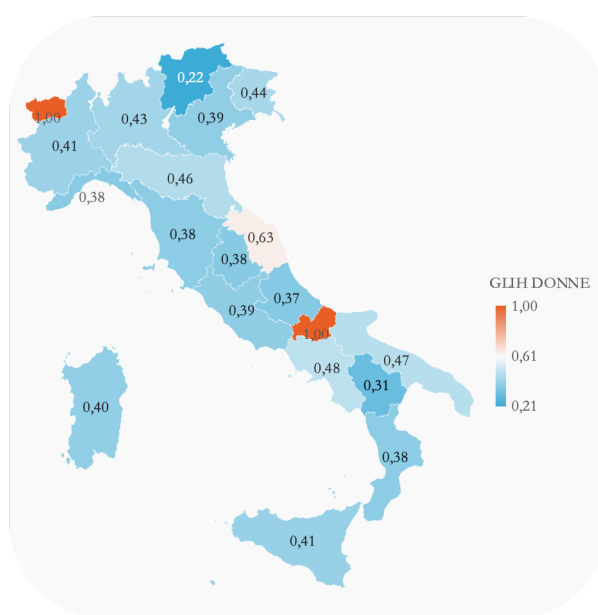


**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Considerando il personale sanitario senior tra i leader del personale sanitario, la situazione si modifica anche a livello regionale (Figura 28). 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.

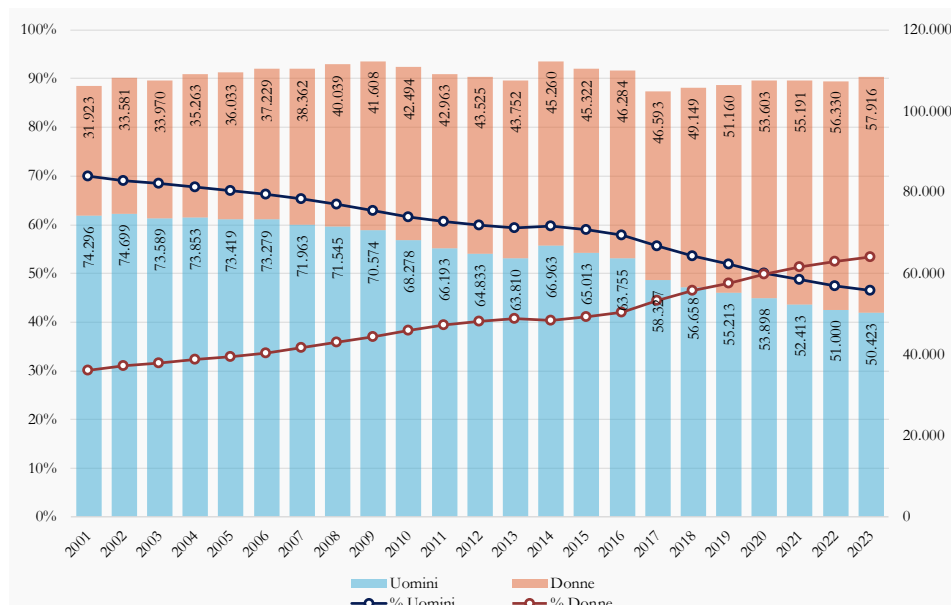
**Figura 28** - Personale Sanitario - GLIH per i leader e il pers. senior del personale SSN per Regioni (2023)



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

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 29). 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 29** - 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 5). I DSC nel ventennio considerato hanno subito una forte contrazione. 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 5.056, ossia al 6,06% del totale dei professionisti.

I DiSS hanno invece visto un primo periodo, dal 2001 al 2010, di costante crescita, passando dal 14,2% del totale dei medici, ossia 15.088 unità, nel 2001 al 16,61%, ossia 6.235 unità, nel 2010. Nel 2020



questo trend si è invertito e sono diminuiti a 9.524, pari all'8,76%, stabilizzandosi fino al 2023, anno in cui si sono registrati 9.535 DiSS, pari all'8,80% dei professionisti.

**Tabella 5** - Medici – Occupati, dir. di SC e dir. di SS del personale del SSN (2001-2023)

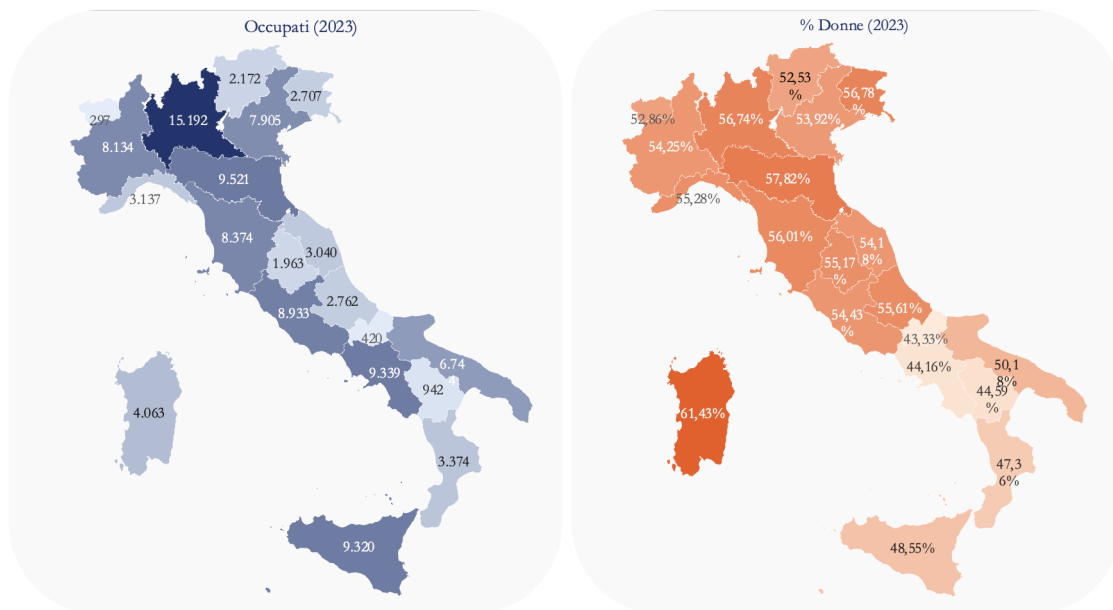
ANNO	TOTALE				
	OCCUPATI	STRUTTURA COMPLESSA		STRUTTURA SEMPLICE	
2001	106.219	10.139	9,55%	15.088	14,20%
2002	108.280	10.245	9,46%	15.961	14,74%
2003	107.559	10.150	9,44%	14.714	13,68%
2004	109.116	10.218	9,36%	15.766	14,45%
2005	109.452	10.356	9,46%	17.634	16,11%
2006	110.508	10.218	9,25%	18.009	16,30%
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%

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

La distribuzione dei medici in forza nelle le Regioni italiane rispecchia la distribuzione del personale del SSN totale (Figura 30): 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 2032 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.

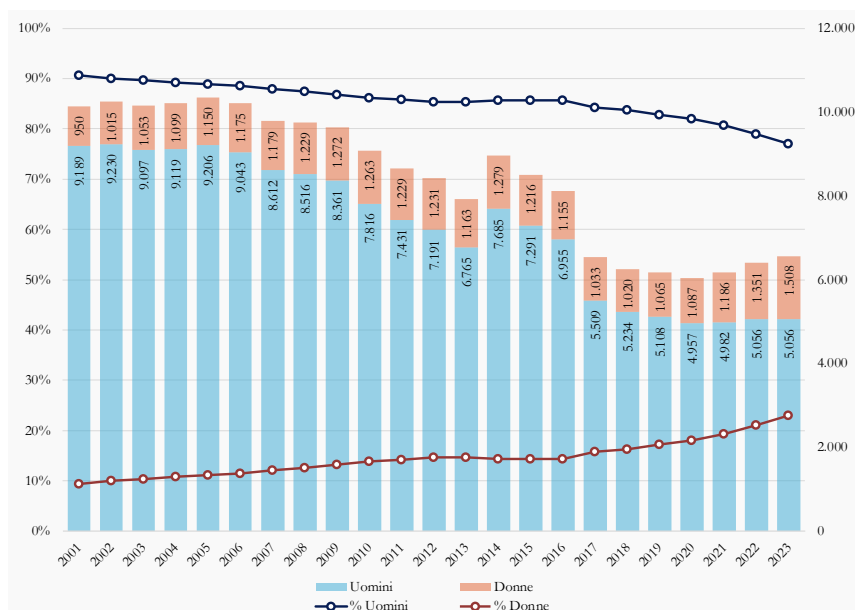
**Figura 30** - Medici - Occupati e della percentuale di donne del personale SSN per Regioni (2023)



**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 31). 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.

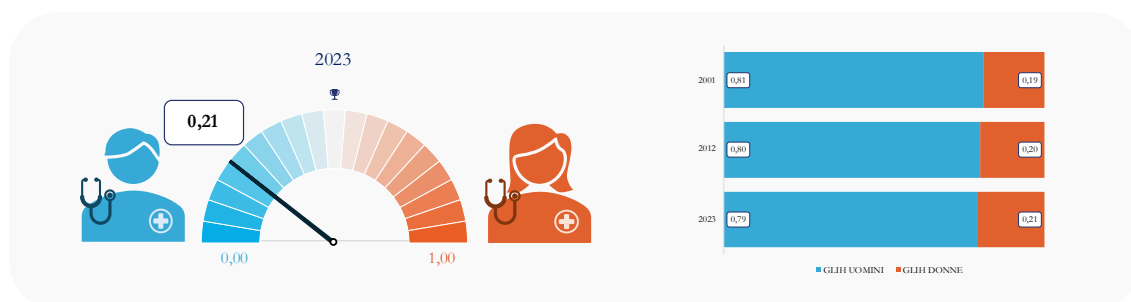
**Figura 31** - Medici - Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN (2001-2023)



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

Infatti, il GLIH delle donne con incarico di SC nella professione medica è aumentato nel tempo, ma molto lentamente (Figura 32). 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 32** - Medici - GLIH per i Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN (2001, 2012, 2023)

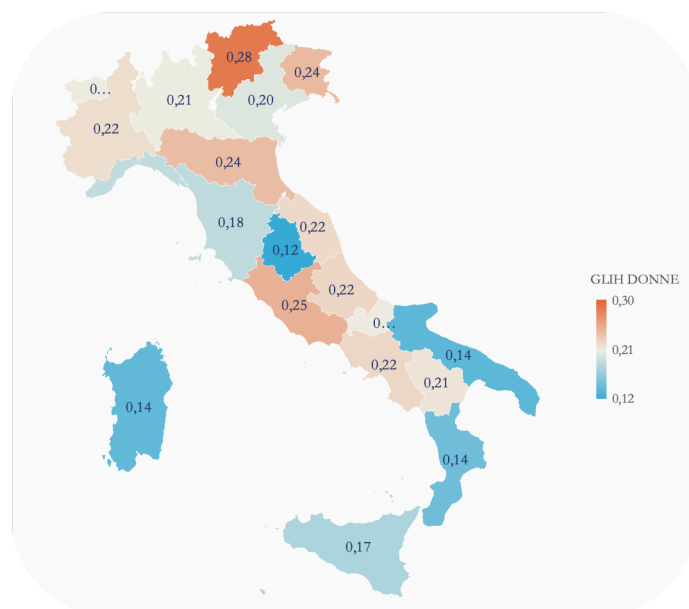


**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

La Figura 33 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.

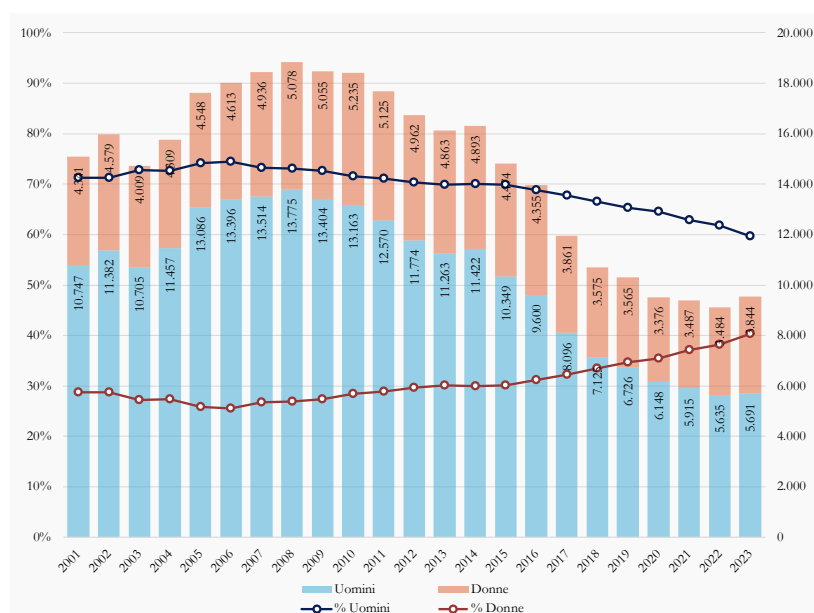
**Figura 33** - Medici - GLIH per i Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN per Regioni (2023)



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

Negli ultimi vent'anni, il numero totale dei medici con incarico di SS nel SSN ha mostrato un costante e significativo calo (Figura 34), passando da oltre 15.088 professionisti nel 2001 a poco meno di 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 4.341 a 3.844 dal 2001 al 2023. Questo incremento progressivo evidenzia un miglioramento nella presenza femminile tra i DSS, parallelamente a quanto si sta verificando tra i DSC.

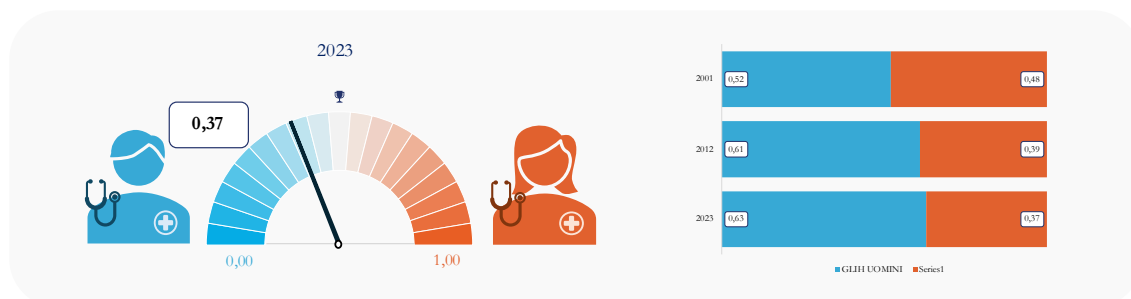
**Figura 34** - Medici – Dir. Di Struttura Semplice del personale del SSN (2001-2023)



**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 0,48 nel 2001 a 0,37 nel 2023 (Figura 35). 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 Direttori di Struttura Complessa, segnalando una maggiore apertura alla leadership femminile nei ruoli intermedi, rispetto alle posizioni apicali.

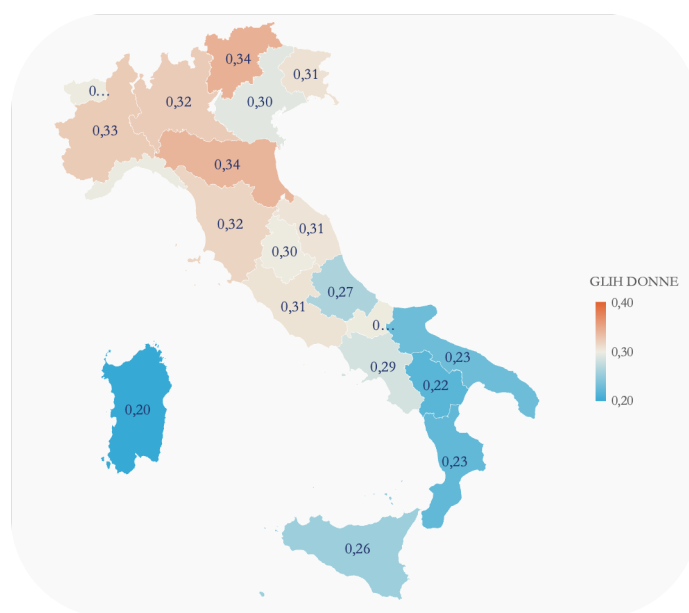
**Figura 35** - Medici - GLIH per i Dir. di Struttura Semplice del personale del SSN (2001, 2012, 2023)



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

La Figura 36 evidenzia una marcata differenza nei valori del GLIH riferito ai direttori di Struttura Semplice 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 36** - 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 37 riporta le fasce d'età per 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, pediatria, 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.,

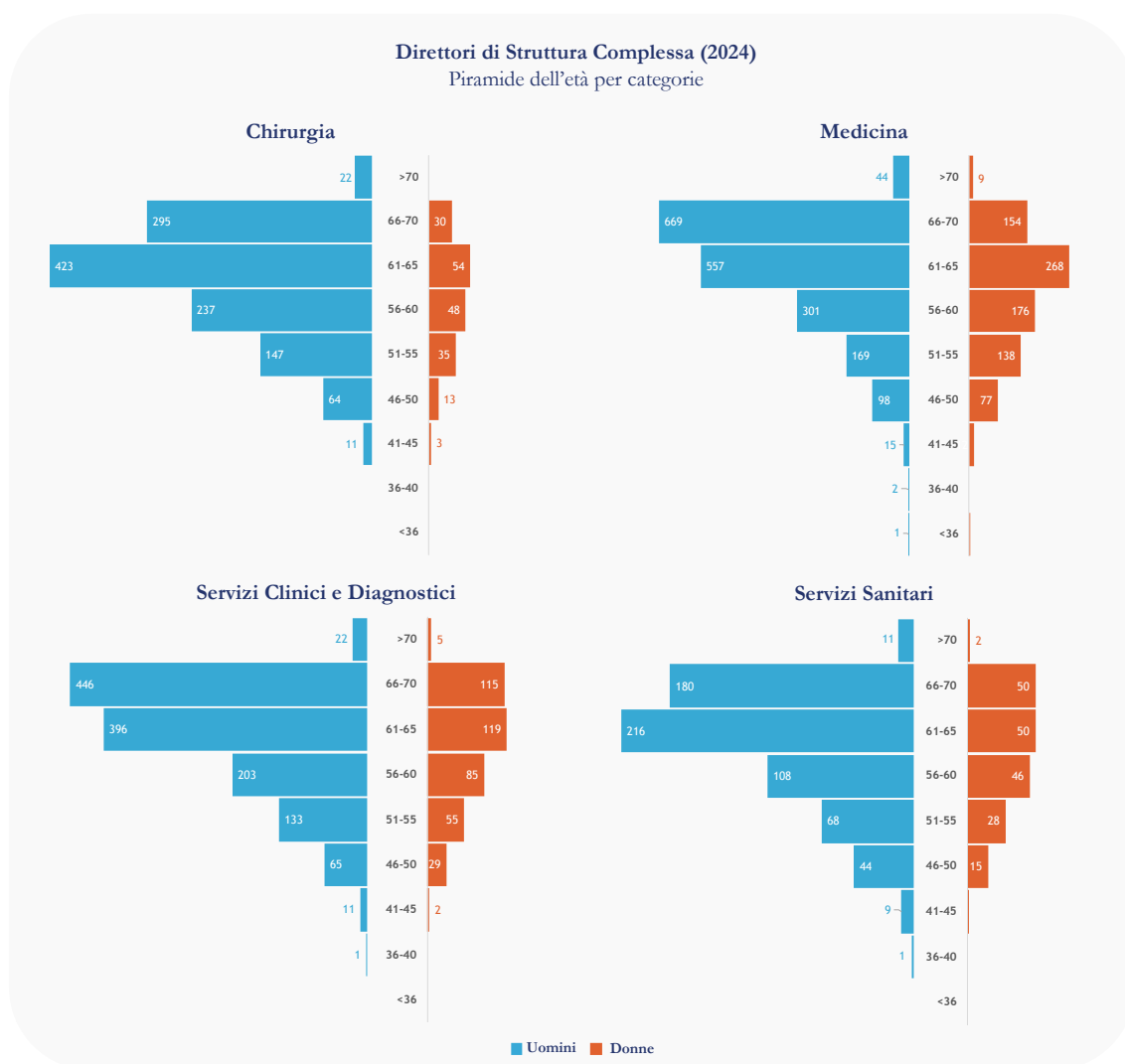
- Servizi Clinici e Diagnostici: ambito che comprende tutti i servizi diagnostici e clinici generali e specialistici a supporto dei percorsi clinici dei pazienti, come ad esempio patologia clinica, medicina trasfusionale, medicina nucleare, microbiologia o laboratorio analisi, ecc.),
- Servizi Sanitari: 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 37** - Piramidi dell'età dei Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN per categoria (2025)



**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa 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%, Cardiochirurgia 18,2%, Ortopedia 16,7%, Urologia 15,4%) con l'unica eccezione di Ginecologia e Ostetricia dove le donne medico raggiungono il 59%.



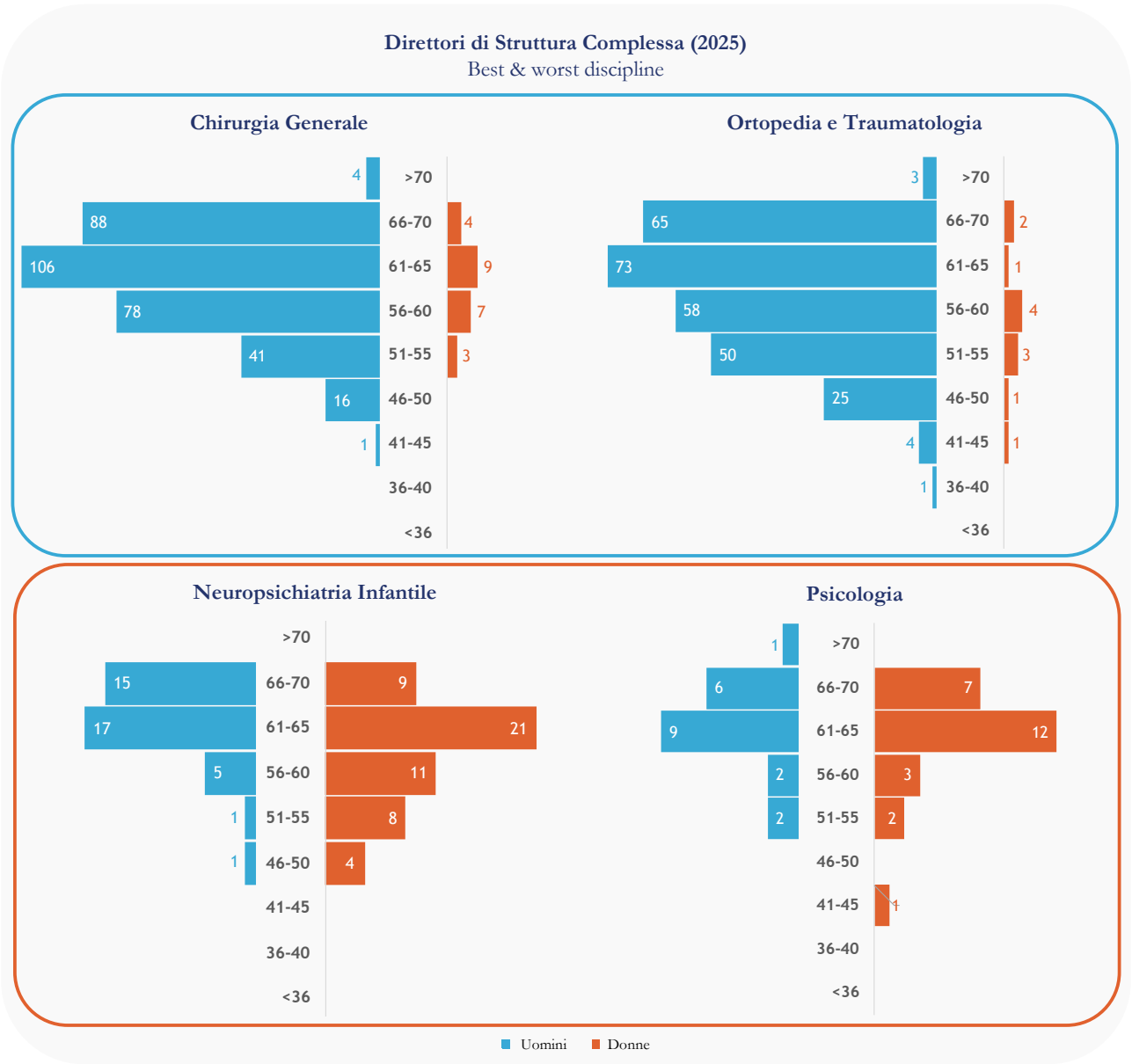
L'elenco dei Direttori di Struttura Complessa (DSC) del Ministero della Salute riporta inoltre il genere e la fascia d'età dei medici che ricoprono questi incarichi. Analizzare tali dati consente non solo di approfondire la composizione di genere delle varie categorie e specializzazioni, ma anche di 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.

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 38). 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 38). 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 SC. 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 38** - Piramidi dell'età dei Dir. di Struttura Complessa del personale del SSN per specializzazioni (2025)



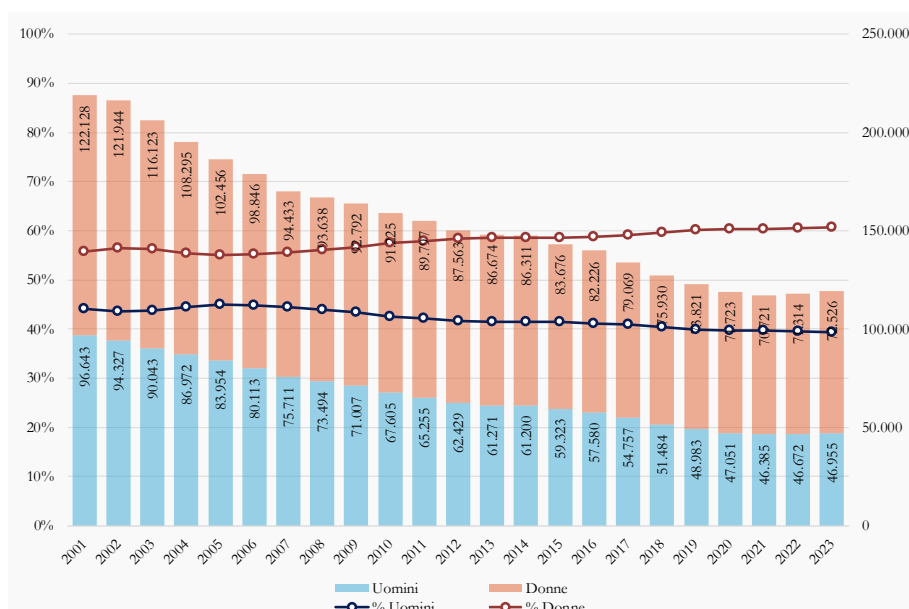
**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sull'elenco Nazionale dei Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute (2025)

Gli occupati nella categoria degli amministrativi del personale del SSN sono diminuiti da 186.410 nel 2005 a 119.481 nel 2023 (Figura 39). 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 6). 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 39** - Amministrativi - Occupati del personale del SSN (2001-2023)



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

**Tabella 6** - Amministrativi - Occupati e leader del personale del SSN (2001-2023)

ANNO	TOTALE		
	OCCUPATI	LEADER	
2001	218.771	6.717	3,07%
2002	216.271	6.584	3,04%
2003	206.166	6.285	3,05%
2004	195.267	6.165	3,16%
2005	186.410	4.327	2,32%
2006	178.959	4.263	2,38%

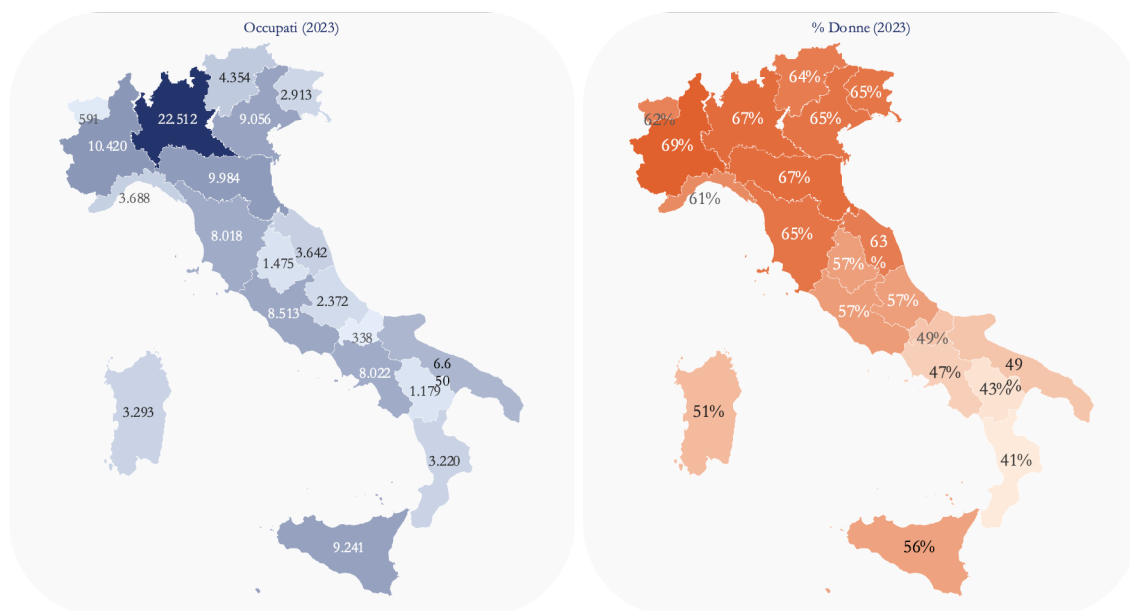
2007	170.144	4.063	2,39%
2008	167.132	4.022	2,41%
2009	163.799	3.842	2,35%
2010	158.830	3.720	2,34%
2011	155.052	3.621	2,34%
2012	149.992	3.608	2,41%
2013	147.945	3.575	2,42%
2014	147.511	3.649	2,47%
2015	142.999	3.522	2,46%
2016	139.806	3.509	2,51%
2017	133.826	3.306	2,47%
2018	127.414	3.101	2,43%
2019	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%

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

Gli occupati nella categoria Amministrativi ammontano a circa 119.481 unità, con una media di poco superiore a 5.500 per Regione (Figura 40). 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.

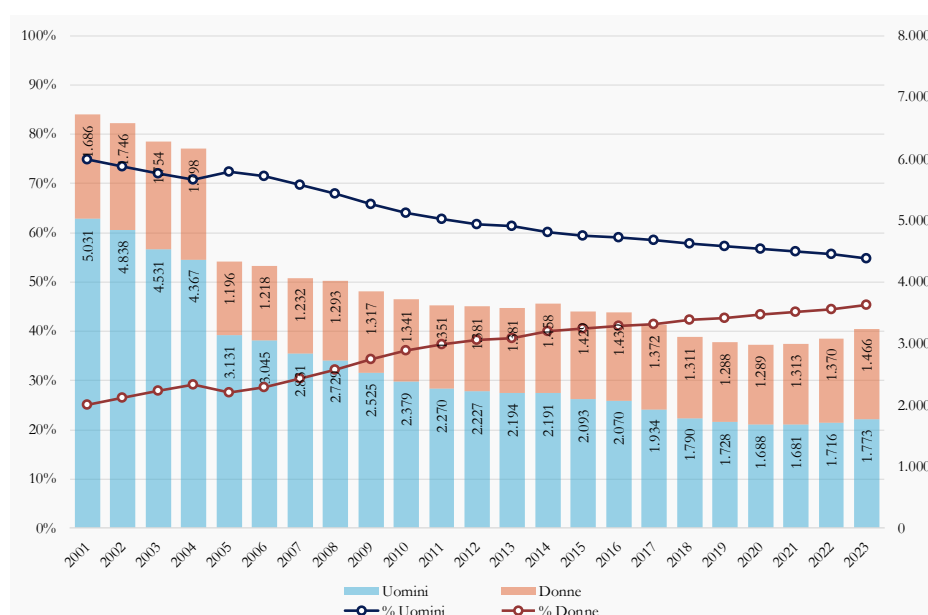
**Figura 40** - Amministrativi - Occupati e percentuale di donne del personale del SSN per Regioni (2023)



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

Dalla Figura 41 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.

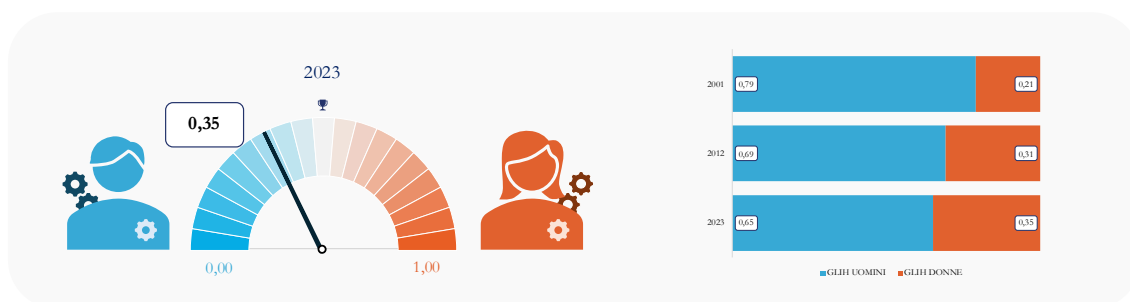
**Figura 41** - Amministrativi - Leader del personale del SSN (2001-2023)



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 42). 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 2001 al 2023 sembrerebbe possibile colmare questo divario nel 2040.

**Figura 42** - Amministrativi - GLIH per i leader del personale del SN (2001, 2012, 2023)

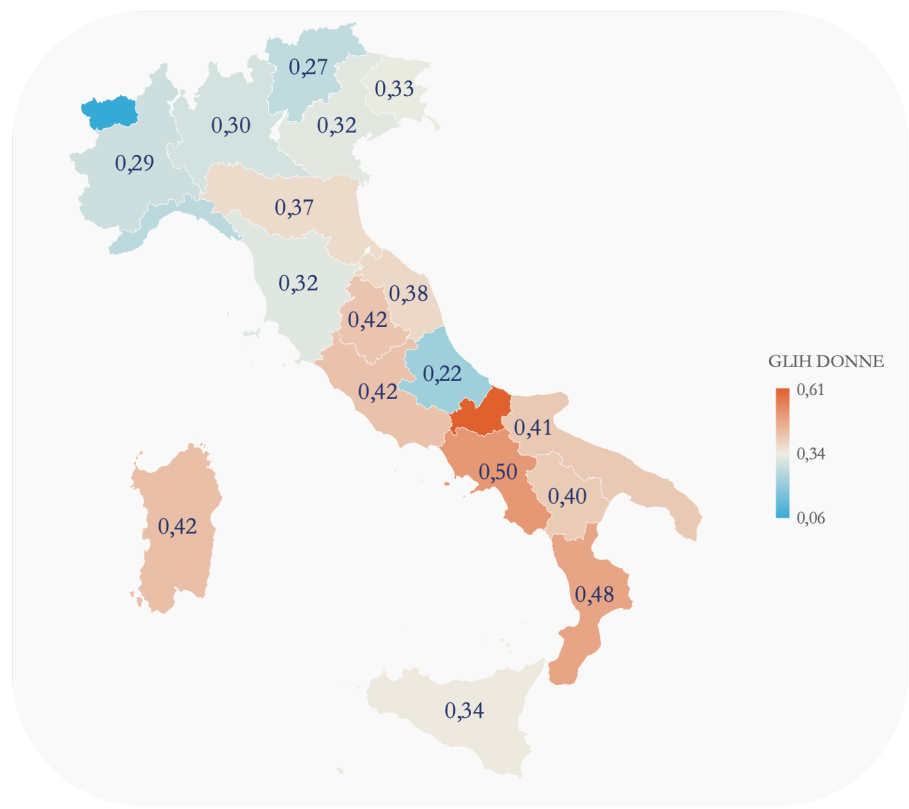


Fonte – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

L'indice GLIH a livello regionale presenta i valori più elevati in Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Toscana (0,31), seguite da Emilia-Romagna (0,30) e Liguria (0,26), come illustrato in **Figura 43**. Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Trentino-Alto Adige si attestano su 0,23, mentre per molte Regioni

il valore è nullo, segnalando l'assenza di donne nei ruoli di leadership. Nessuna Regione raggiunge la parità, indicando che la presenza femminile nei ruoli apicali rimane limitata e concentrata in poche aree.

**Figura 43** - Amministrativi - GLIH per i leader del personale del SSN per Regioni (2023)

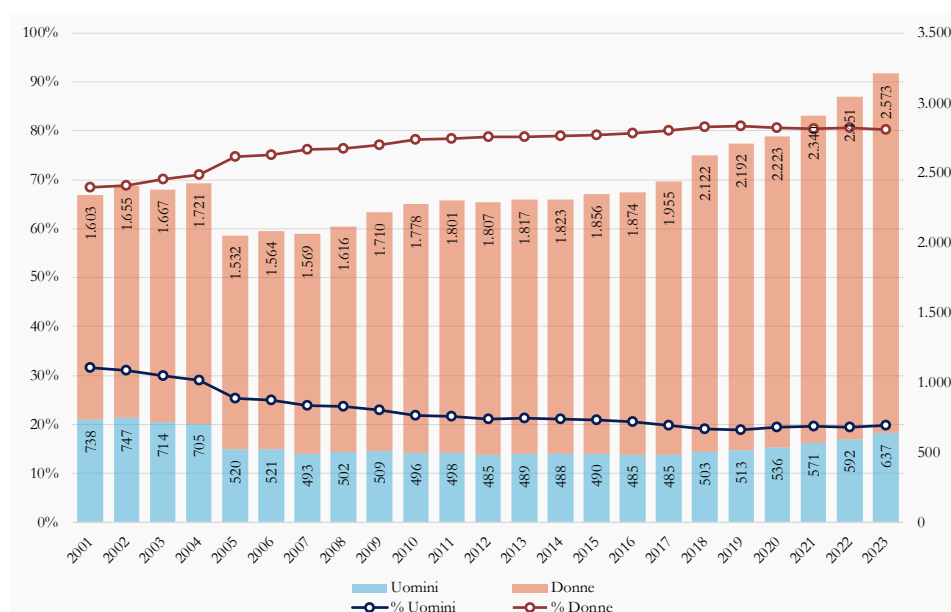


**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

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 44). 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 7).

**Figura 44** - Farmacisti - Occupati del personale del SSN (2001-2023)



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

**Tabella 7** - Farmacisti - Occupati e leader del personale del SSN (2001-2023)

ANNO	OCCUPATI	TOTALE	LEADER
2001	2.341	2.341	100,00%
2002	2.402	2.352	97,92%
2003	2.381	2.324	97,61%
2004	2.426	2.372	97,77%
2005	2.052	501	24,42%
2006	2.085	484	23,21%
2007	2.062	507	24,59%
2008	2.118	519	24,50%



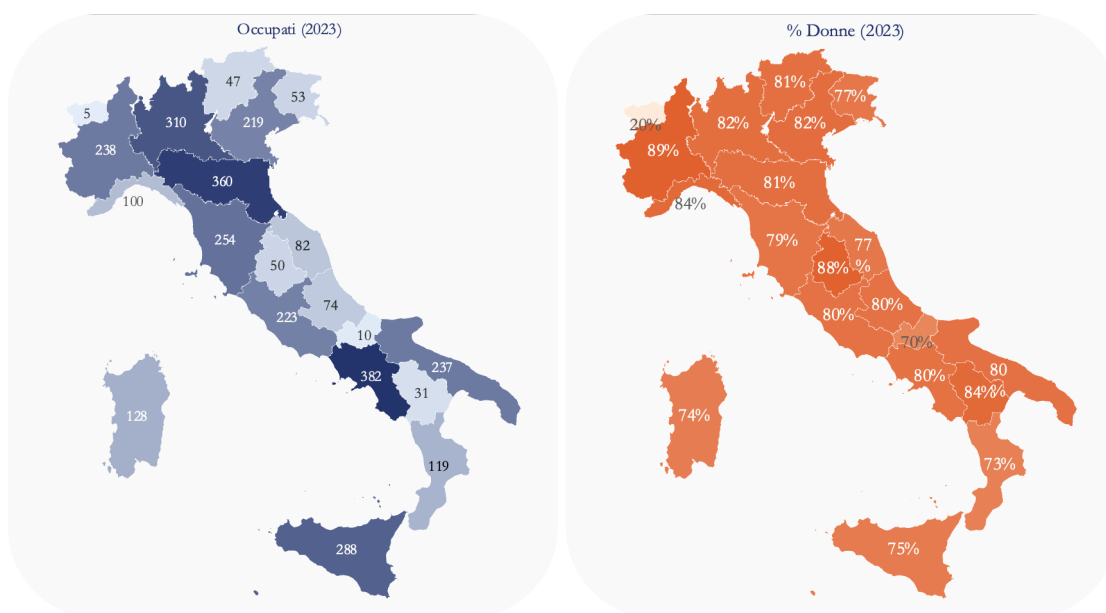
2009	2.219	525	23,66%
2010	2.274	544	23,92%
2011	2.299	527	22,92%
2012	2.292	520	22,69%
2013	2.306	498	21,60%
2014	2.311	482	20,86%
2015	2.346	465	19,82%
2016	2.359	435	18,44%
2017	2.440	407	16,68%
2018	2.625	375	14,29%
2019	2.705	366	13,53%
2020	2.759	342	12,40%
2021	2.911	353	12,13%
2022	3.043	343	11,27%
2023	3.210	370	11,53%

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

Gli occupati nella categoria ammontano a circa 3.210 unità, con una media di poco superiore a 150 per Regione (Figura 45). 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.

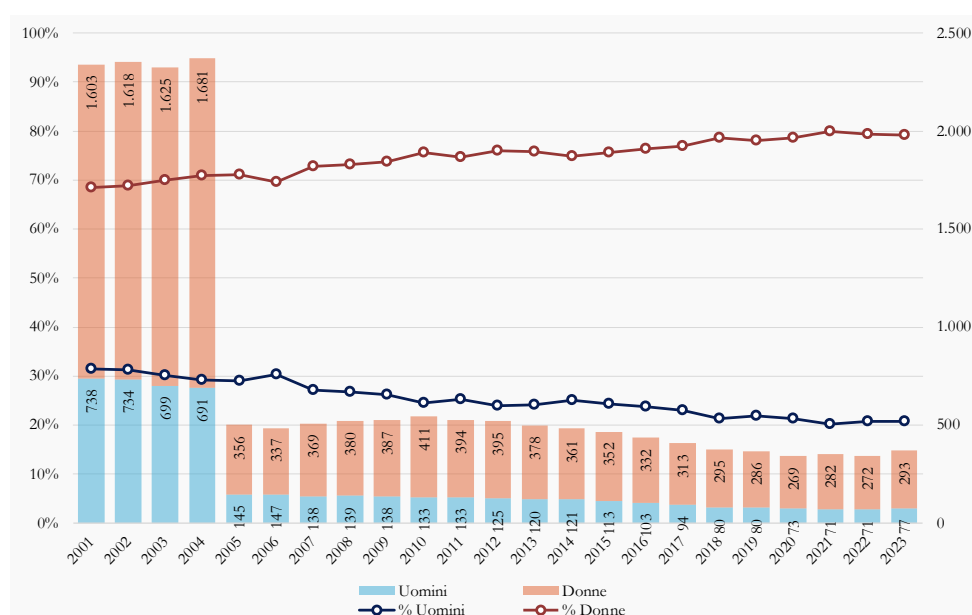
**Figura 45** - Farmacisti - Occupati e percentuale delle donne del personale del SSN per Regione (2023)



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

La redistribuzione di genere tra i farmacisti del SSN è avvenuta gradualmente negli anni tra il 2005 e il 2023 (Figura 46). 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.

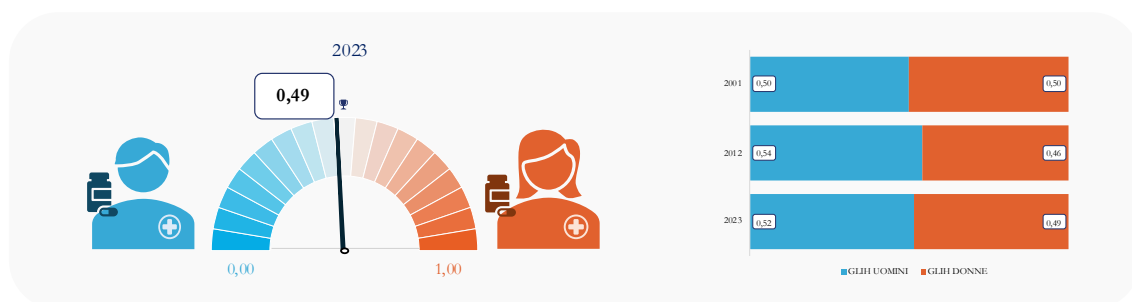
**Figura 46** - Farmacisti - Leader del personale del SSN (2001-2023)



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

Il GLIH è rimasto costante negli anni (Figura 47). 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 47** - Farmacisti - GLIH per i leader del personale del SSN (2001, 2012, 2023)

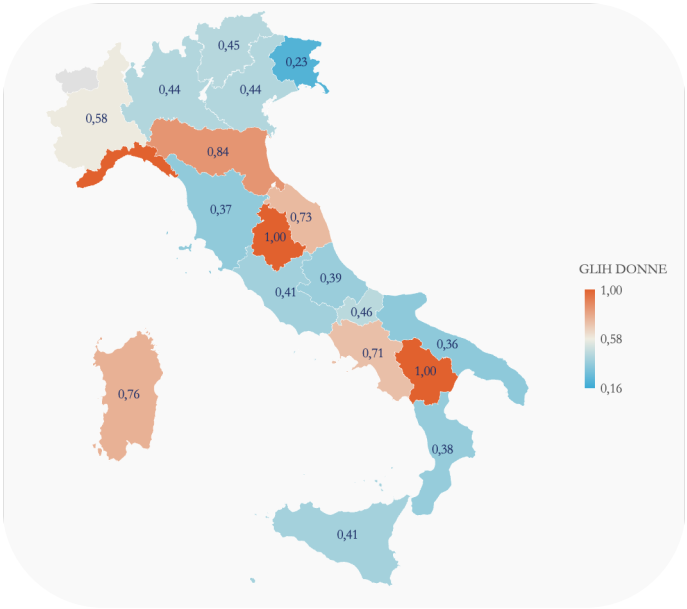


**Fonte** - Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

L'indice GLIH evidenzia una situazione di forte variabilità a livello regionale (Figura 48): 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 48** - Farmacisti - GLIH per i leader del personale del SSN per Regione (2023)

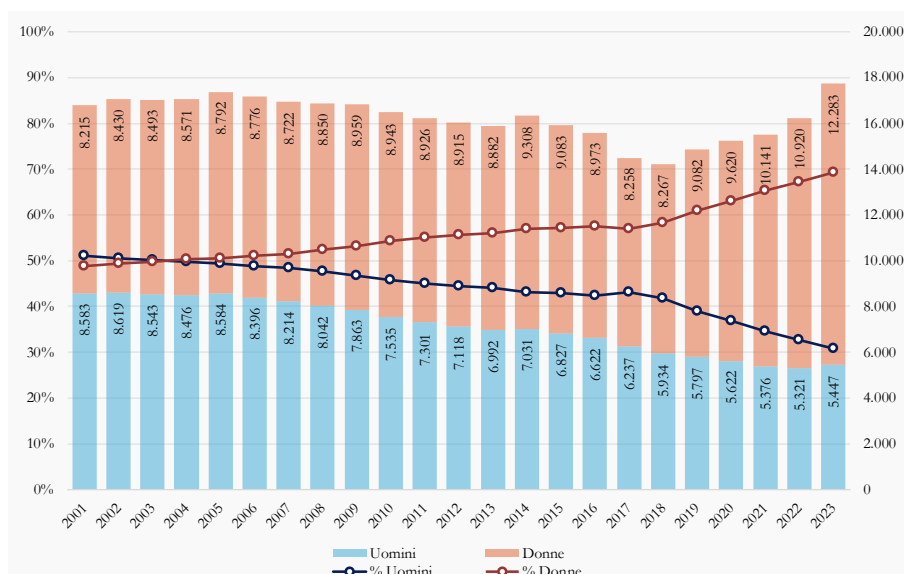


**Fonte** - Elaborazione sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

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 49). 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 8).

**Figura 49** - Altro - Occupati del personale del SSN (2001-2023)



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

**Tabella 8** - Altro - Occupati e leader del personale del SSN (2001-2023)

ANNO	OCCUPATI	TOTALE	LEADER
2001	16.798	16.485	98,14%
2002	17.049	16.722	98,08%
2003	17.036	16.761	98,39%
2004	17.047	16.777	98,42%
2005	17.376	3.964	22,81%

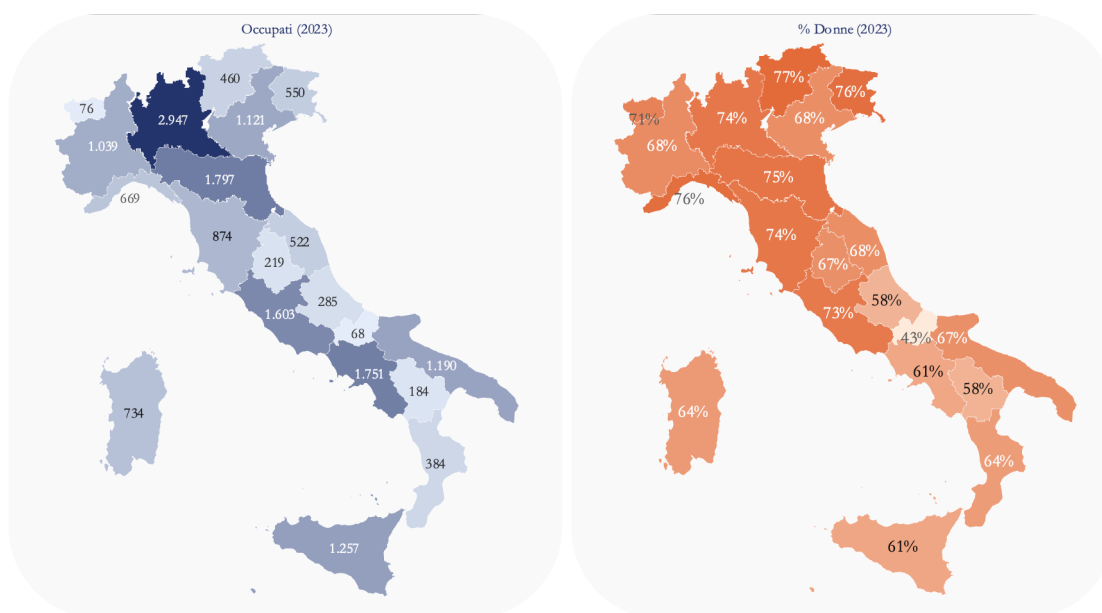
2006	17.172	3.933	22,90%
2007	16.936	4.000	23,62%
2008	16.892	3.936	23,30%
2009	16.822	3.905	23,21%
2010	16.478	3.786	22,98%
2011	16.227	3.648	22,48%
2012	16.033	3.571	22,27%
2013	15.874	3.284	20,69%
2014	16.339	3.222	19,72%
2015	15.910	2.947	18,52%
2016	15.595	2.715	17,41%
2017	14.495	2.393	16,51%
2018	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%

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

Gli occupati nella categoria Altro SSN presentano una media regionale di circa 887 unità (Figura 50). La distribuzione è fortemente disomogenea: la Lombardia registra il valore più elevato (2.947), seguita da Campania (1.751) e Lazio (1.603), mentre Molise (68), Valle d'Aosta (76) e Basilicata (184) 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 SSN 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.

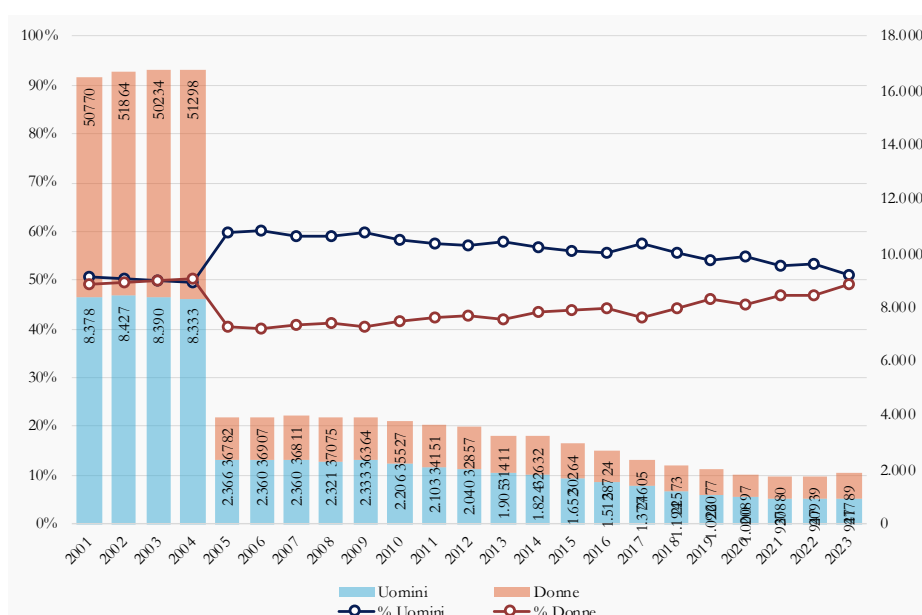
**Figura 50** - Altro - Distribuzione nelle Regioni degli occupati e percentuale di donne del personale del SSN (2023)



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

Come si evince dalla Figura 51, 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 fino al 2023 si è verificato un riequilibrio, portando la percentuale di donne leader nel 2023 a 48,98% per un totale di 909 leader donne.

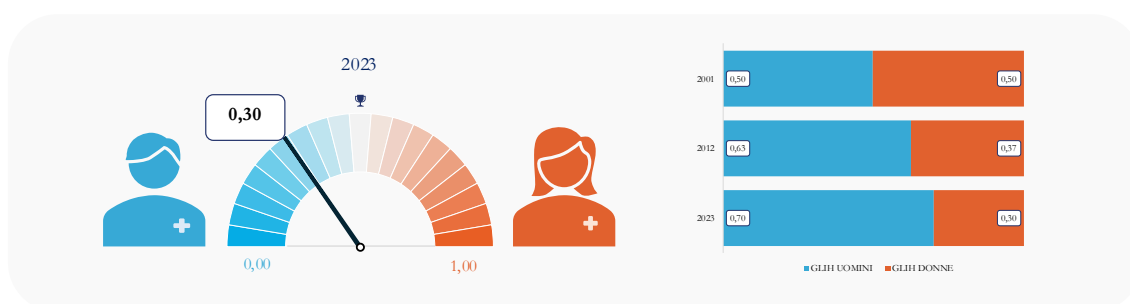
**Figura 51** - Altro - Leader del personale del SSN (2001-2023)



**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 52). 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.

**Figura 52** - Altro - GLIH per i leader del personale del SSN (2001, 2012, 2023)

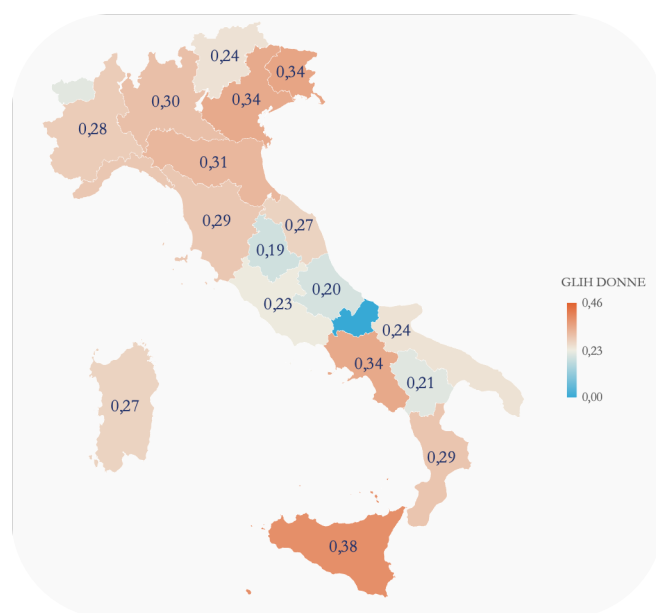


**Fonte** – Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato.

In nessuna Regione l'indice GLIH raggiunge valori superiori a 0,38 (Figura 53). Le Regioni con valori più elevati sono Sicilia (0,38), Friuli-Venezia Giulia (0,34), Veneto (0,34) e Campania (0,34). Questo indica che, nonostante una presenza femminile significativa tra gli occupati, la traduzione in posizioni apicali rimane limitata e concentrata in poche aree territoriali.



**Figura 53** - Altro - GLIH per i leader per Regioni del personale del SSN (2023)



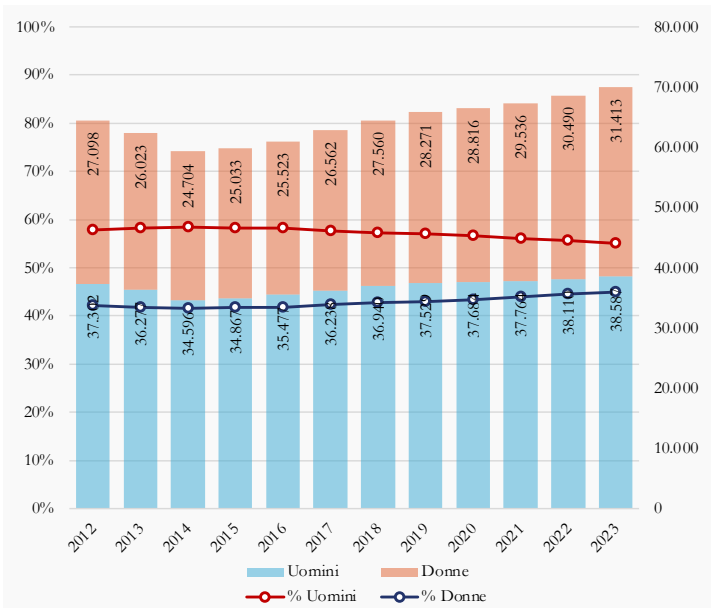
**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Imprese

Settore farmaceutico

Tra il 2012 e il 2023, il numero degli occupati del settore farmaceutico è cresciuto da 64.400 a 70.000 unità (**Error! Reference source not found.** e Tabella 9), con un tasso di crescita annuo in media pari all'1,8% negli ultimi 10 anni. La composizione per genere 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 vantaggio degli uomini.

Figura 54 - Occupati nel settore farmaceutico (2012-2023)



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

**Note:** Fino al 2022, la discrepanza tra il dato di Farindustria 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 9 - Occupati, quadri e dirigenti nel settore farmaceutico (2012-2023)

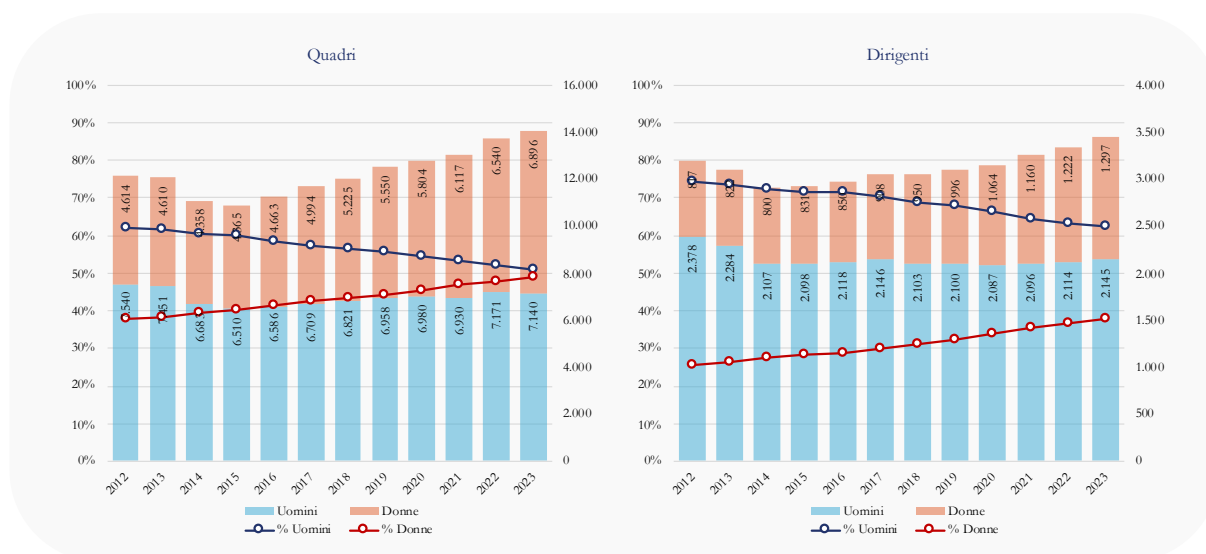
ANNO	TOTALE				
	OCCUPATI	QUADRI		DIRIGENTI	
2012	64.400	12.154	18,87%	3.195	4,96%
2013	62.300	12.061	19,36%	3.106	4,99%
2014	59.300	11.040	18,62%	2.907	4,90%
2015	59.900	10.875	18,15%	2.929	4,89%
2016	61.000	11.249	18,44%	2.968	4,87%

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%

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

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 55). 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.

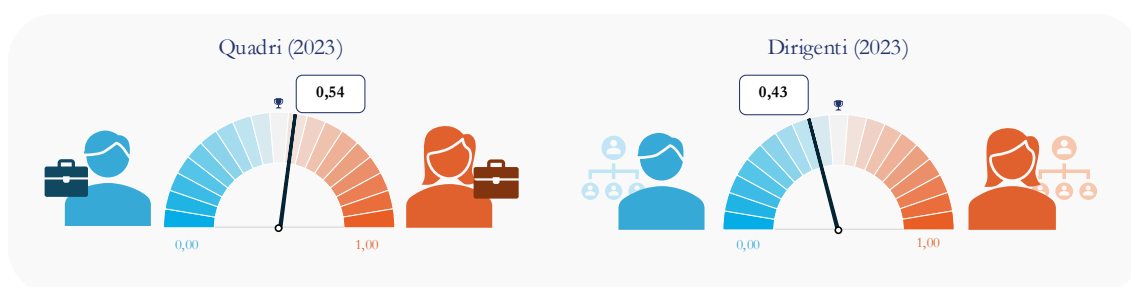
Figura 55 - Quadri e dirigenti nel settore farmaceutico (2012-2023)



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 56), con una situazione diversa a seconda del livello di leadership considerato.

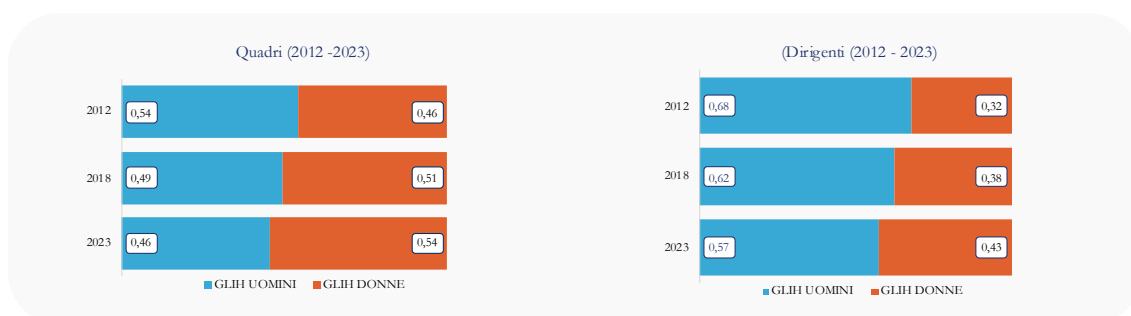
**Figura 56** - GLIH quadri e dirigenti del settore farmaceutico (2023)



**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 57). 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 sovrarappresentanza 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 57** - GLIH quadri e dirigenti del settore farmaceutico (2012, 2018 e 2023)

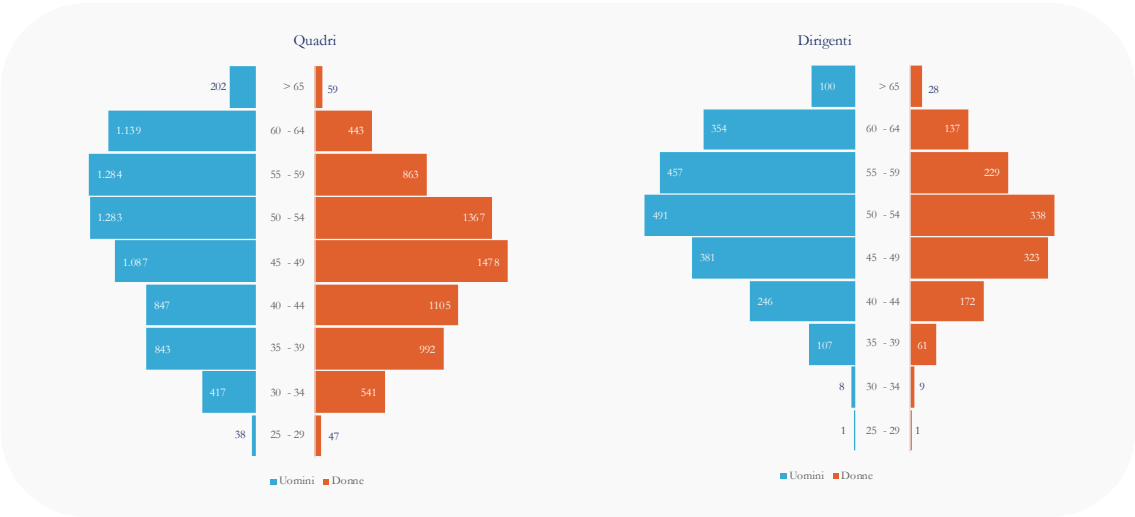


**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farindustria (2025)

Infine, analizzando i profili di età, la Figura 58 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 58** - Piramide dell'età di quadri e dirigenti per genere del settore farmaceutico (2023)



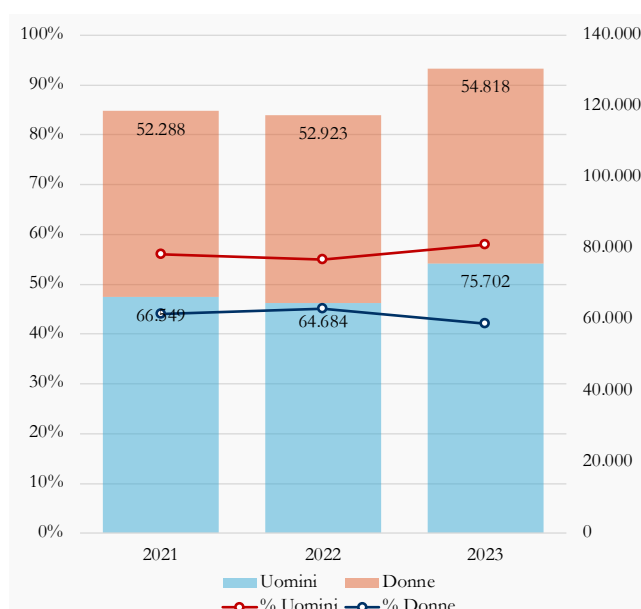
**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio su dati Farminindustria (2025)

### Settore Dispositivi Medici

Il numero degli occupati del settore dispositivi medici tra il 2021 e il 2023 è cresciuto da 118.837 a 130.520 unità (Figura 59 e Tabella 10). 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. 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 59** - Occupati nel settore dei dispositivi medici (2021-2023)



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

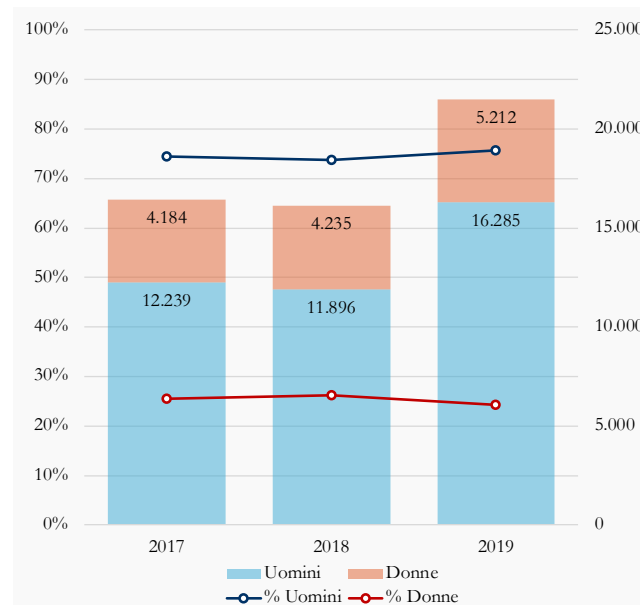
**Tabella 10** - Occupati e leader nel settore dei dispositivi medici (2017-2023)

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%

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

Tra i leader del settore si conferma una netta prevalenza maschile (Figura 60 **Error! Reference source not found.**). 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%.

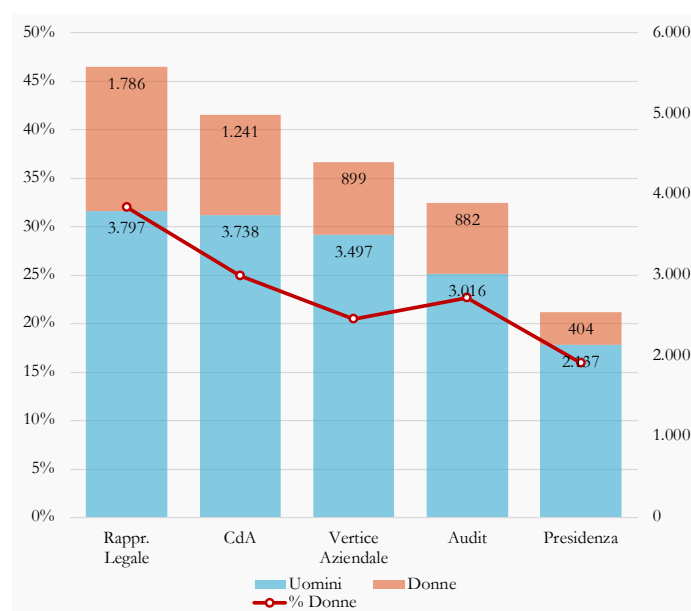
**Figura 60** - Leader nel settore dei dispositivi medici (2021-2023)



**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 in **Figura 61** - Leader per categorie nel settore dei dispositivi medici (2023) Figura 61 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).

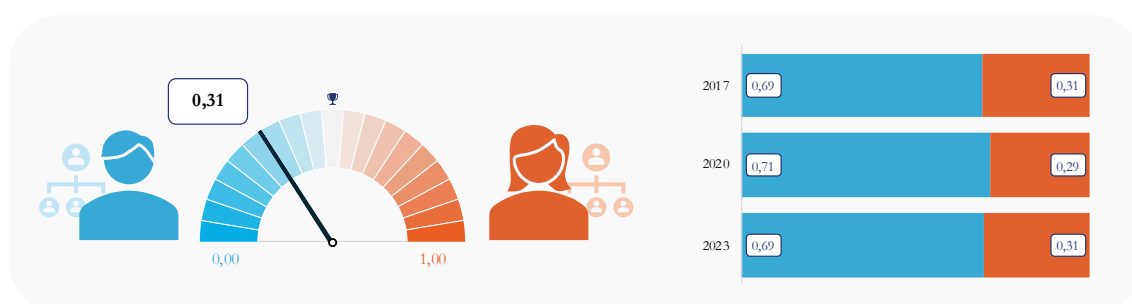
**Figura 61** - Leader per categorie nel settore dei dispositivi medici (2023)



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

Il GLIH del settore dei dispositivi medici mette in luce questa situazione di disequilibrio (Figura 62). 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 62** - GLIH leader del settore dei dispositivi medici (2017, 2020 e 2023)

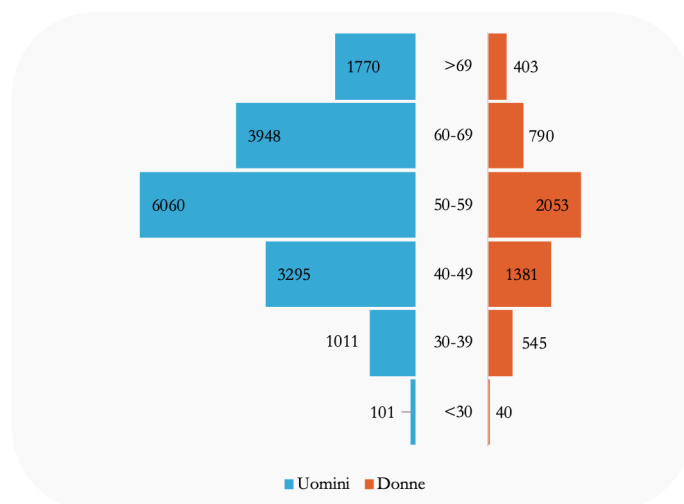


**Fonte** - Elaborazione dell'Osservatorio su dati Confindustria-Dispositivi Medici (2025)



La piramide dell'età del settore dei dispositivi medici (Figura 63) 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 63** - Piramide dell'età dei leader per genere del settore dei dispositivi medici (2023)



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

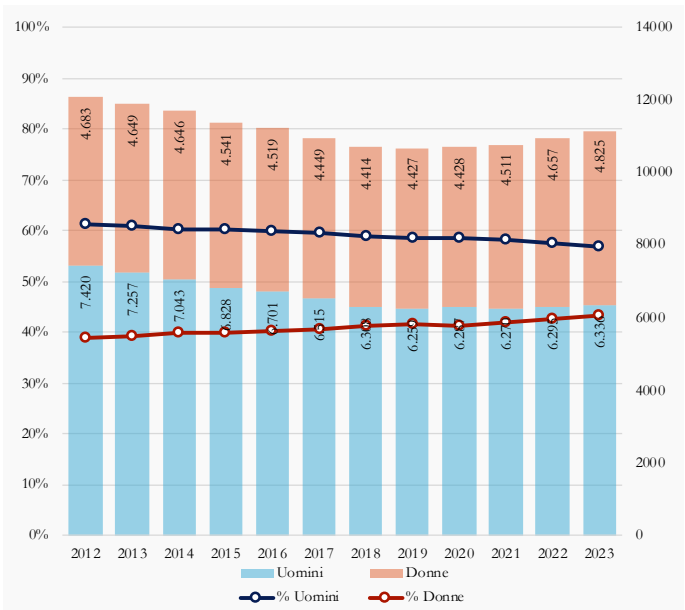
Formazione e Conoscenza

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 64). 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 11). Il numero di professori ordinari è aumentato proporzionalmente agli occupati.

Figura 64 - Personale Universitario delle Scienze Mediche (2012-2023)



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

Tabella 11 - Personale Universitario delle Scienze Mediche (2012-2023)

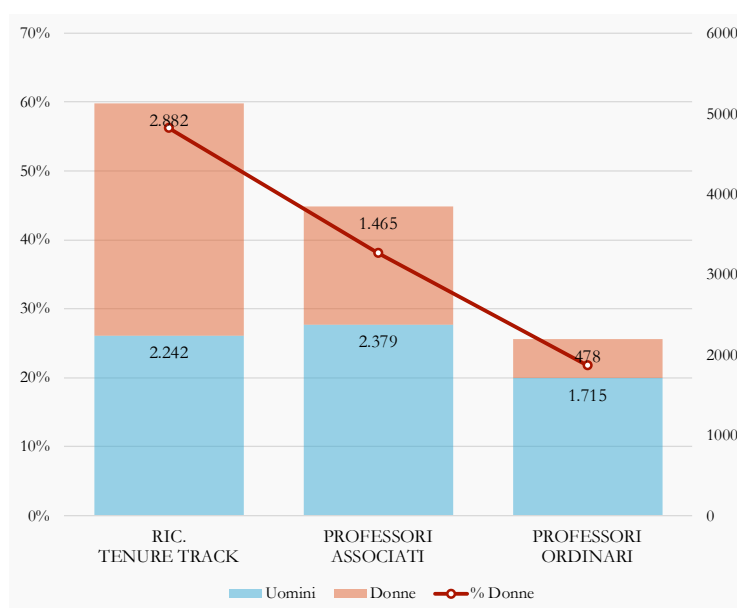
ANNO	TOTALE
------	--------

	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%

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

Osservando la distribuzione per ruoli nel 2023 (Figura 65), 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%.

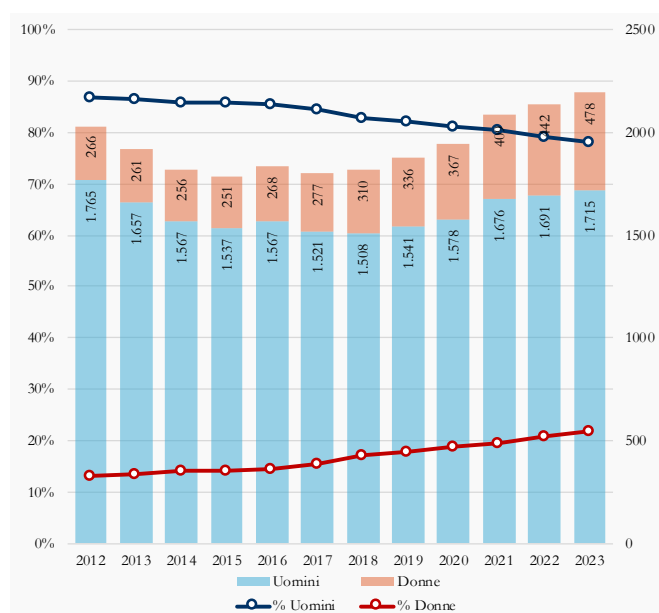
**Figura 65** - Personale universitario per categorie (2023)



**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 66, il numero delle professoresse ordinarie dal 2021 al 2023 è quasi raddoppiato, passando da 266 (13,10% del totale dei professori ordinari) a 478 (21,80%). Sembrerebbe quindi che le nuove posizioni di professori ordinari sia riconducibili ad un maggiore accesso delle donne a questo livello.

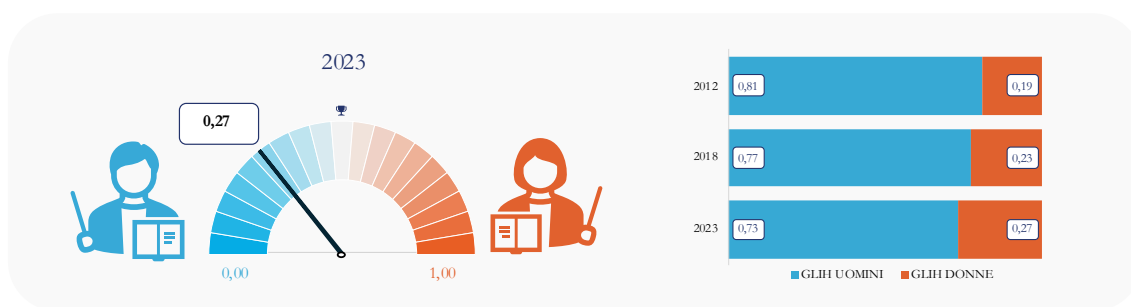
**Figura 66** – Professori e professoresse ordinari (2012-2023)



**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 67). Per quanto sembrerebbe intrapresa la strada verso un maggiore riequilibrio, dato il tasso di crescita annuo medio del numero di professoresse 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 67** - GLIH professori ordinari del personale universitario (2012, 2018 e 2023)



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

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

### 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 a 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, da un lato, 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; dall'altro, 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 per la leadership femminile in sanità nella vision 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 piuttosto che 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 Ordinistiche, un'iniziativa di rete che ha consentito il confronto con altre professioni e l'individuazione di criticità comuni e specifiche.

Il “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.

Da un altro punto di vista, il confronto internazionale emerge come motore significativo di comprensione del forte ritardo nell'equità di genere nel contesto della pubblica amministrazione italiana e di prima trasformazione. 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 evidence-based. 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.

Infine, 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.

---

*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 care giving; 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, si configurano spesso come 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 ordinistiche 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 e attivando nuovi temi di sviluppo e benessere delle risorse umane (ad esempio, *compassionate leadership* o il *magnet hospital*), essendo per la maggior parte di genere femminile. 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 su temi che necessitano maggiore diffusione date le dinamiche sociodemografiche contemporanee, come la crioconservazione degli ovuli (*egg freezing*), 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.

Anche il Ministero della Salute, con il Dipartimento della funzione pubblica e il supporto di Formez PA, ha proposto la 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 si dà 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 gender balance 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 del 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 importanza del welfare aziendale per la partecipazione al lavoro, medicina di genere, prevenzione, natalità e genitorialità, 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 work-life balance, 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%) e 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 *gender pay gap*: 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 mostrano 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 gender balance.***

---

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 il decision-making.

L'associazione ha fatto delle scelte strategiche significative, lavorando attivamente sui pilastri ESG, 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 gender balance è alta da tempo. Come punto di partenza, attraverso il proprio Centro Studi, l'enfasi è stata sui dati per una ricognizione reale, concreta e fondata sulle evidenze dell'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 del decision-making. Inoltre, la diffusione dei dati viene utilizzata per celebrare momenti come la Giornata internazionale della donna, per sensibilizzare a promuovere le 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 al decision-making 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, che costituisce il 94% delle associate di Confindustria Dispositivi Medici. Nel futuro l'associazione intende migliorare l'efficacia 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 conta 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:

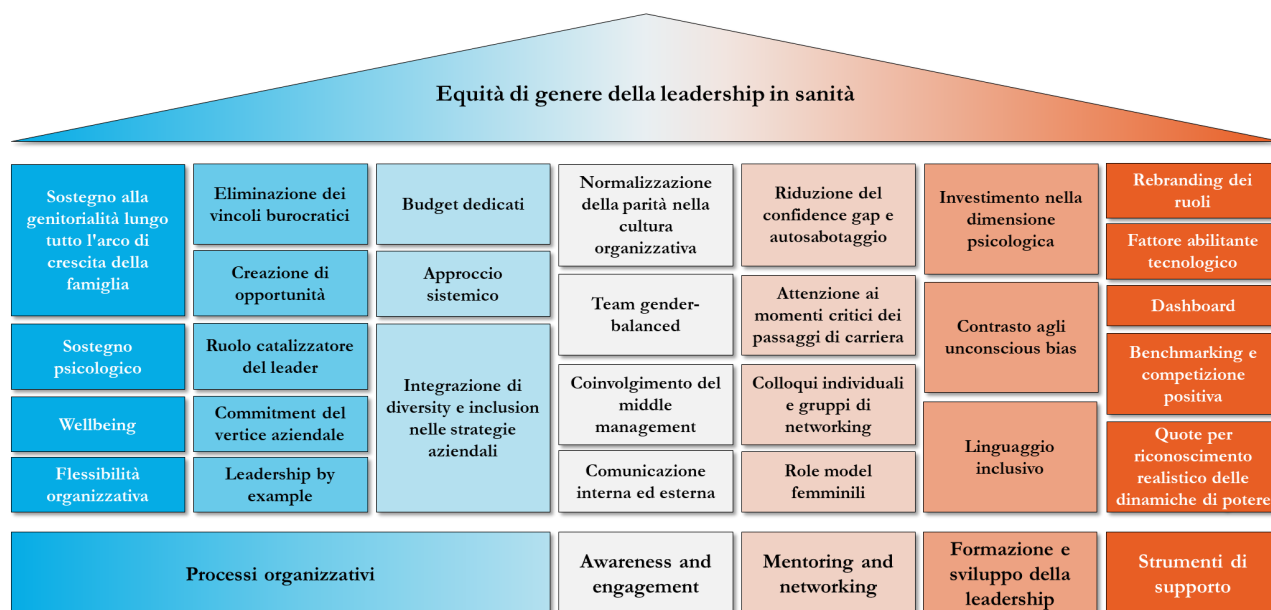
- integrare stabilmente gli indicatori di genere nei sistemi di valutazione, nei bilanci e nei piani strategici delle aziende, anche quando ancora non previsto dalla normativa o dalle politiche pubbliche;
- promuovere politiche di welfare aziendale e sociale mirate, come flessibilità oraria, smart working, 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 e il valore strategico della diversità grazie a:
  - la formazione su leadership inclusiva e collaborativa;
  - il 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, anche alla promozione di una reale medicina di genere.

### **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) strategie di *awareness* ed *engagement*, 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 68**.

**Figura 68** - Le buone pratiche per sostenere l'equità di genere della leadership emerse dalle interviste



## 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 di business 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 diversity & inclusion 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 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 e l'autorevolezza necessarie** 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 la sua attenzione strategica al tema a tutta l'azienda, ad esempio, attraverso la partecipazione agli eventi di diversity o l'inclusione del 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 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 del 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 non possa essere affrontato attraverso interventi isolati o superficiali, ma 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, operando 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 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, quando fornita direttamente dall'azienda, essa permette 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 necessità urgente.

La **flessibilità organizzativa** rappresenta forse la dimensione più trasformativa delle politiche di conciliazione vita-lavoro, poiché 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. Quando la flessibilità è progettata e implementata correttamente, non rappresenta un costo ma un investimento che migliora l'engagement, 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 processi necessari per garantire che il lavoro remoto sia efficace quanto quello in presenza. L'investimento in strumenti tecnologici adeguati rappresenta quindi un elemento fondamentale per il successo delle politiche di flessibilità. La flessibilità negli orari di ingresso 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 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 tenere alto il 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 smart working 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.

## AWARENESS AND ENGAGEMENT

---

*La normalizzazione dell'equità di genere deve essere elemento fondante della cultura aziendale, 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** rappresenti 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 diversity 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 integrati** nel processo di trasformazione. È pertanto responsabilità delle aziende identificare strumenti e modalità efficaci per promuovere attivamente l'engagement 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 3. Alcuni esempi di buone pratiche di awareness ed engagement**

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 ed engagement 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, manifestandosi 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. Quando i programmi di mentoring creano opportunità di

interazione tra donne a diversi livelli di carriera, si facilita l'identificazione in **role model** e si 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 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 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 il gruppo di ex alumni di Wempower per il 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, quale 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 a coinvolgere le 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/le 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/a manager che ha sviluppato consapevolezza sui bias di genere sarà più attento/a 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 engagement 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 dei meeting, 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. 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 e formazione, che vogliono creare un substrato di consapevolezza sul benessere psicologico, mentale e sulle tematiche della diversità di genere; il programma “Responsabilmente leader”, che include un training su *unconscious bias*; 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 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 dell’organizzazione, in una logica *data-driven*. 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 *ex post* si generano 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 affrontare le barriere identificate.

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 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

costituiscono solo un meccanismo numerico di riequilibrio, ma piuttosto un punto di partenza capace di innescare processi di trasformazione organizzativa più ampi.

La **funzione catalizzatrice delle quote** emerge come momento di autoconsapevolezza critica perché, quando i/le 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'autorevolezza, al superamento dell'imposter syndrome 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 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.

- 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. (2020a). *Female Directors and Innovation in Public Hospitals* (pp. 1–10). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-46874-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-46874-3_1)
- 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](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., & Pidarti, 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-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>
- Garcia-Torea, N., Fernandez-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>
- Moghim, 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. (2022). 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>
- 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](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>
- Tunyi, A. A., Areneke, G., Tob-Ogu, A., & Khalid, S. (2023). Doing more with more: Women on the board and firm employment. *Journal of Business Research*, 154, 113385. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.113385>
- 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>

## **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 (Farmindustria),

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 Liberatorie (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 (Farmindustria),

Alessandra Sama (Medtronic)