



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Luciana Caenazzo*

TESI DI LAUREA

IL RUOLO DEL BIAS DI GENERE NELLA SEGNALAZIONE
DEGLI ERRORI IN SANITÀ

(THE ROLE OF GENDER BIAS IN THE
HEALTH CARE ERROR REPORTING)

RELATORE: Prof.ssa Pamela Tozzo

LAUREANDA: Sabrina Galvan

Anno Accademico 2023/2024

*Alla mia Relatrice Professoressa Pamela Tozzo,
per la guida paziente e fondamentale.*

*Alla mia mamma, per essermi stata sempre vicino,
nei momenti della mia vita universitaria.
Al mio papà, per avermi vegliata e
spinta all'impegno.*

*Ai miei figli che mi hanno
rallegrata nei momenti difficili.*

*A mio marito,
lui sa perché.*

INDICE

Abstract	Pag.	1
1. Introduzione		5
2. Scopo della tesi		9
3. Il bias di genere		10
3.1 Diffusione, implementazione e cornice normativa della Medicina di Genere in Italia		11
3.2 Differenza di genere in ambito sanitario		13
3.3 Il bias di genere in ambito sanitario		14
3.4 Implicazione dei bias di genere sulla qualità dell'assistenza sanitaria		15
3.5 Relazione tra bias di genere e l'errore in sanità		19
4. Materiali e metodi		21
5. Risultati		25
6. Discussione		31
7. Conclusioni		36
Allegati		
Bibliografia		
Sitografia		

Commentato [T1]: A volte scrivi bias minuscolo, a volte maiuscolo. Bisogna uniformare questa cosa in tutta la tesi.

Abstract

Il genere del personale sanitario rappresenta un aspetto che, probabilmente, la medicina di genere non aveva considerato di valutare e valorizzare. Nel setting della cura si fa riferimento a quattro diadi sanitario-paziente che si diversificano per stili comunicativi, di accoglienza, aderenza alle linee guida, modalità di presa in carico, vissuto della malattia. I pregiudizi cognitivi dei professionisti sanitari riguardo il genere possono compromettere lo sviluppo di approcci diversificati e portare all'instaurarsi eventi avversi nell'assistenza sanitaria.

Sfondo e Obiettivi. La maggior parte delle ricerche sull'impatto degli errori sistematici di giudizio si è concentrata sul processo decisionale diagnostico e comunicativo da parte dei medici. Le professioni sanitarie delle aree assistenziale, riabilitativa e tecnica, sono la componente più numerosa della forza lavoro e prendono numerose decisioni che influenzano i risultati di salute dei pazienti. Tuttavia, la letteratura spesso trascura il potenziale impatto dei bias su queste decisioni e sulle successive prese in carico. Nello specifico si esplora la presenza di correlazione tra il genere e la percezione dell'errore in ambito sanitario: se nella percezione dell'errore da parte del professionista sanitario, vi siano differenze imputabili al bias di genere diversificate per le diadi sanitario-paziente del medesimo sesso (omogenee), rispetto a quelle di sesso diverso (eterogenee).

Materiali e metodi. È stato eseguito uno studio osservazionale retrospettivo, analizzando 2825 schede di segnalazione degli eventi avversi raccolte in Azienda Ospedale Università di Padova dal 01/01/2023 al 31/12/2023. Sono state verificate le associazioni e la frequenza di segnalazione per ciascuna delle quattro diadi, analizzando le generalità anagrafiche dichiarate dal/dalla professionista sanitario/a e, in caso di scheda anonima, ricercando, attraverso la lettura della scheda di segnalazione, i riferimenti ad almeno due elementi grammaticali (aggettivi, pronomi, participi) concordi nel genere per il sanitario segnalante e due elementi grammaticali concordi nel genere per il paziente. Questo aspetto è stato facilitato dalla presenza nella lingua italiana di due generi grammaticali.

Risultati. La ricerca evidenzia una maggior sensibilità verso la segnalazione dell'errore per le professioniste sanitarie rispetto ai colleghi uomini, con una diade omogenea che supera di poco la

diade eterogenea mentre i professionisti sanitari compilano meno schede di segnalazione con un divario maggiore maggiormente nella scheda di segnalazione di diade omogenea rispetto alla eterogenea.

Conclusioni. Dall'analisi delle schede di segnalazione sembra vi siano delle differenze attribuibili al genere ma, per le future ricerche, sarebbe importante considerare anche altri fattori che potrebbero influenzare la percezione dell'errore, come l'età, l'esperienza professionale, la formazione e la cultura organizzativa. La conoscenza delle dinamiche di genere nell'ambito sanitario potrebbe contribuire a promuovere azioni formative e informative per una maggiore consapevolezza e sensibilità all'interno delle strutture sanitarie.

Abstract

The Gender of the health care personnel is an aspect that gender medicine had probably not considered evaluating and valuing. In the care setting, four health care-patient dyads are referred to, which are different in communication styles, reception, observance of guidelines, caregiving methods, and illness experience. Health professionals' cognitive biases about gender may undermine the development of diverse approaches and lead to the occurrence of adverse events in health care.

Background and Objectives. Most research on the impact of systematic errors of judgement has focused on the diagnostic and communicative decision-making process by physicians. Healthcare professions in the care, rehabilitation and technical areas are the largest part of the workforce and make decisions that influence patient health outcomes. However, the literature often overlooks the potential impact of bias on these decisions and next caretaking. Specifically, we explore whether there is a correlation between gender and the feeling of error in healthcare: whether there are differences attributable to gender bias in healthcare professionals' feelings of error for same-sex (homogeneous) versus different-sex (heterogeneous) healthcare-patient dyads.

Materials and methods. A retrospective observational study was conducted, analysing 2825 adverse event report cards collected at the University of Padua Hospital from 01/01/2023 to 31/12/2023. The associations and the frequency of reporting for each of the four dyads were verified by analysing the personal details declared by the healthcare professional and, in the case of an anonymous form, by searching, by reading the report card, for references to at least two grammatical elements (adjectives, pronouns, participles) concurrent in gender for the reporting healthcare professional and two grammatical elements concurrent in gender for the patient. This aspect was helped by the presence of two grammatical genders in the Italian language.

Results. The study shows a greater sensitivity towards error reporting for female health care, compared to male, with a gender-concordant dyad that slightly exceeds the heterogeneous dyad while health care professionals fill out fewer reporting forms with a greater gap in the gender-concordant dyad reporting form than in the heterogeneous dyad.

Conclusions. From the analysis of the report cards, it appears that there are differences attributable to gender but, for future research, it would also be important to consider other factors that could influence the perception of error, such as age, professional experience, education and organisational culture. Knowledge of gender in healthcare might help to promote training and information actions for greater awareness and sensitivity within healthcare facilities.

1. Introduzione

La mancata considerazione delle differenze sessuali si protrae nei tempi e si inserisce nell'ambito di una sanità che tende alla generalizzazione dei fenomeni organici, non prestando sempre sufficiente attenzione alle differenze, oltre che di sesso e di età, anche di cambiamenti fisiologici legati alle fasi della vita. Alcune malattie considerate "maschili" tendono ad essere più frequenti nelle donne a causa del cambiamento di stili di vita e dei fattori di rischio e/o alla mancanza di un'adeguata prevenzione, diagnosi e cura. Durante il congresso dell'American College of Cardiology nel maggio 2021, è stato presentato un documento intitolato: "The Lancet Women and Cardiovascular disease Commission", il quale pone l'obiettivo di diminuire l'impatto delle malattie cardiovascolari nella popolazione di sesso femminile a livello mondiale per il 2030, che ancora oggi sono la prima causa di morte (Visca, 2022) ma, in letteratura, si riscontra una scarsa consapevolezza ed informazioni per quanto concerne il rischio cardiovascolare della donna, non unicamente nelle donne stesse ma anche all'interno della comunità medica (Visca, 2022).

La ricerca sulla salute delle donne, elaborata da ONDA (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna) in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, mette in evidenza la condizione di salute delle donne e la qualità dell'assistenza sanitaria: un aumento di patologie cardiache, ipertensione arteriosa, cardiopatia coronarica, arteriopatie periferiche e scompenso cardiaco, patologie tromboemboliche, un incremento in ambito oncologico, oltre ai 'tumori femminili' (tumore della mammella, carcinoma della cervice uterina, tumori endometriali, neoplasie dell'ovaio), anche di tumori trachea-bronchi-polmoni, a causa della diffusione del tabagismo già in età adolescenziale, un aumento di patologie psichiche (sindromi ansiose e depressive, disordini alimentari, sindromi psicotiche), una tendenza all'incremento dell'obesità, a causa di scarsa attività fisica e vita sedentaria, con aumento di rischi di malattie cardiovascolari e diabete, un aumento dell'abuso di alcool (con squilibri nutritivi e dipendenza), un incremento di malattie neurodegenerative: malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, demenza senile (Angeli, 2007).

Tutto ciò sottopone il genere femminile ad errori di tipo valutativo. Un aspetto importante per la tutela di salute femminile è la partecipazione delle donne non solo come pazienti, ma anche come soggetti attivi nelle équipe mediche, nei comitati etici e nelle sedi che si occupano di programmazione sanitaria. La presenza delle donne potrebbe contribuire ad un'attenzione e una maggiore sensibilità rispetto alle esigenze femminili, sul piano sanitario, psicologico e sociale (Comitato Nazionale di Bioetica, 2008).

Il miglioramento della conoscenza delle differenze di genere potrebbe ridurre il rischio clinico a cui sono esposti i/le pazienti. Un recente studio evidenzia come sia fondamentale comprendere la relazione tra diversità di genere del professionista sanitario e risultati, ad esempio, riguardo una maggiore morbilità postoperatoria dei pazienti, dopo un intervento chirurgico maggiore (Hallet et al., 2024). Ad oggi non sono state riscontrate evidenze che correlino genere e percezione dell'errore in ambito sanitario.

La medicina di genere si prefigge di garantire la miglior appropriatezza dei trattamenti sanitari in ambito di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e costituisce uno strumento di Clinical Governance che, ad oggi, ha focalizzato l'attenzione quasi esclusivamente sulle peculiarità legate al sesso e al genere del soggetto malato. Un aspetto che probabilmente la medicina di genere non prevedeva di dover valutare e valorizzare è rappresentato dal genere dei professionisti sanitari: un elemento determinante che si inserisce nella complessità dei percorsi di cura in quanto il ruolo professionale non è neutro dal punto di vista generale (Di Novo et al., 2020).

Nel setting della cura si fa riferimento a quattro diadi: paziente femmina-sanitario uomo, paziente maschio-sanitario donna, paziente femmina-sanitario donna, paziente maschio-sanitario uomo (Tab.1) che si diversificano per stili, modalità di comunicazione e di accoglienza, aderenza alle principali linee guida (LG), modalità di presa in carico, vissuto della malattia (Jefferson et al., 2013). Esiste quindi un bias di genere legato alla definizione della diagnosi, presa in carico e trattamento che, secondo la modulazione del grado di aderenza alle LG possono far correre rischi al paziente, fino a produrre degli esiti negativi, non desiderati, sul paziente.

Diadi sanitario/paziente		
sanitario	paziente	
	uomo	maschio
donna	maschio	femmina

Tabella 1. Diadi di genere che si formano nella relazione sanitario-paziente

I bias di genere sono presenti anche nell'intelligenza artificiale. Alcuni Autori hanno proposto strategie per ridurre al minimo i pregiudizi incorporati negli algoritmi di intelligenza artificiale che causano disuguaglianze di salute (www.hsph.harvard.edu) ed altri gruppi di ricerca dell'UW (informatica biomedica e formazione medica) e dell'Università della California, San Diego (informatica), stanno lavorando per sviluppare una tecnologia che aiuti ad affrontare i pregiudizi impliciti nel settore dell'assistenza clinica che utilizzerà i segnali sociali non verbali indici di pregiudizi impliciti dei medici nelle interazioni con i pazienti e fornirà un feedback per aiutare i professionisti medici a migliorare le proprie capacità comunicative (<https://www.unbiased.health/>).

I bias di genere, i pregiudizi inconsci, sono presenti negli atti decisionali, l'obiettivo educativo dovrebbe essere quello di sviluppare la consapevolezza delle insidie intrinseche e mitigare i bias di genere associati alle euristiche piuttosto che eliminare le euristiche. Tutto il processo decisionale umano implica necessariamente una parte intuitiva (elaborazione di tipo 1) ed una analitica (elaborazione di tipo 2) e l'abilità da apprendere consiste nel sapere come e quando ottenere il massimo da ciascuna modalità (Vickrey et al., 2010). Anna Arnone raccomanda di eliminare il bias di genere attraverso un investimento culturale, incoraggiando possibili e concrete azioni di miglioramento attraverso eventi formativi e sviluppo di competenze (Arnone et al., 2022).

I dati della letteratura hanno evidenziato come il genere del personale sanitario interferisca nel processo di cura e come donna e uomo differiscano nella gestione dei processi di cura, sia per quanto attiene il "communication style" sia per quanto attiene i "technical skills" (Roter e Hall, 2004). In controtendenza a quanto detto, una revisione della letteratura sulla riduzione dei pregiudizi impliciti, che ha esaminato le prove su molti approcci e strategie, ha rivelato che metodi come:

l'esposizione a esempi contro stereotipici, il riconoscimento e la comprensione delle prospettive degli altri e il richiamo ai valori egualitari, non hanno portato alla riduzione dei pregiudizi impliciti (Greenwald et al., 2022). In effetti, nessun intervento volto a ridurre i bias impliciti ha dimostrato di avere effetti duraturi.

La **revisione** suggerisce che le organizzazioni sanitarie rinuncino agli interventi di riduzione dei pregiudizi e si concentrino sull'eliminazione dei comportamenti discriminatori e di altri danni causati dai pregiudizi impliciti. (Vela et al., 2022) La **ricerca** indica anche che a volte potrebbe esserci un divario tra la norma di imparzialità e la misura in cui viene abbracciata dai professionisti sanitari, i risultati evidenziano la necessità di nuovi, approfonditi studi nell'ambito delle professioni sanitarie per affrontare il ruolo dei pregiudizi impliciti nella rilevazione dell'errore in sanitaria. (Spatoula e Panagopoulou, 2023) Sono quindi necessarie ulteriori ricerche negli attuali contesti assistenziali ed una ricerca di metodiche diverse per testare la presenza dei pregiudizi impliciti nella percezione e nella segnalazione dell'errore in ambito sanitario.

Lo scopo di questa tesi è valutare se la differenza di genere dei pazienti o dei professionisti sanitari costituisca un bias nella segnalazione dell'errore nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e se il bias di genere influenzi la distribuzione degli errori in sanità.

Commentato [T2]: Quale revisione? Se è quella di prima bisogna andare di seguito col paragrafo, se invece è un'altra review bisogna mettere la voce bibliografica.

Commentato [T3]: Quale ricerca? Anche qui manca il riferimento bibliografico.

2. Scopo della Tesi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Medicina di Genere come lo studio dell'impatto delle differenze biologiche, indicate con il termine "sesso", e delle influenze socioculturali ed economiche, definite come "genere", sulla frequenza, i disturbi e la gravità delle malattie che colpiscono sia uomini che donne. In generale, si concentra sullo stato di salute e di malattia di ogni individuo. La Medicina di Genere considera anche gli effetti degli stili di vita, poiché questi fattori influenzano significativamente lo sviluppo e l'evoluzione delle malattie. Questa disciplina non rappresenta una nuova area della medicina, ma costituisce un livello avanzato di analisi in cui la riabilitazione è presente e svolge un ruolo trasversale in tutte le aree della medicina. Le differenze tra uomini e donne si manifestano nella frequenza, nei sintomi e nella gravità di molte condizioni e malattie, nonché nella risposta agli interventi terapeutici, nelle reazioni avverse, nell'ambiente, nello stile di vita, nell'accesso alle cure e nelle modalità di presa in carico, comunicazione e relazione del professionista sanitario nei confronti del paziente. Sino ad oggi sono state presentate analisi dettagliate sulla medicina di Genere sulle differenze di comunicazione ed attenzione al paziente legate al genere del professionista sanitario ma non sono stati rilevati studi che mettano in relazione il genere del paziente o del professionista sanitario con la percezione dell'errore.

Alla base di questo lavoro di tesi, vi è l'indagine sul rapporto tra genere e percezione dell'errore in ambito sanitario, considerando che il professionista sanitario non sia "neutro" rispetto alla segnalazione dell'errore, e che vi possa essere un bias di genere che correla il genere del professionista sanitario con il genere del paziente nella percezione della gravità e nella attitudine alla segnalazione dell'errore in ambito sanitario. L'obiettivo è quindi quello di fornire un'analisi riguardo l'esistenza di esiti negativi imputabili al bias di genere, valutare quale sia il coinvolgimento del bias di genere e di come questo possa o meno influenzare la segnalazione dell'errore. L'approfondimento potrebbe essere utile per orientare i futuri programmi didattici, educativi e di tirocinio nell'ambito delle professioni sanitarie, sensibilizzare alla percezione degli errori, al rapido riconoscimento degli stessi allo scopo di ridurre gli esiti negativi sul paziente.

3. Bias di genere

I bias sono delle forme particolari di euristiche, ossia procedimenti mentali intuitivi e sbrigativi, che permettono di avere un'idea generica dalla quale è possibile giungere a conclusioni veloci, usate per generare opinioni o esprimere dei giudizi, su cose di cui non si è mai avuta esperienza diretta. Mentre le euristiche (derivanti dalla realtà) possono essere utili per risparmiare tempo e sforzo nel prendere decisioni, i bias cognitivi (aprioristici) possono portare a errori sistematici e distorti nel pensiero. I bias sono quindi sistematiche, inconsce distorsioni del giudizio (Kahneman, 2012). "I bias consentono di parlare e giudicare comportamenti spesso sulla base di cose apprese per sentito dire." ("SFU, 2018). "Il "genere" si è affermato come tema nella metà del secolo scorso in seguito alle rivendicazioni del movimento femminista perché l'attenzione alla salute delle donne fosse almeno pari a quella rivolta agli uomini." (Boldrini, 2019)

Il bias di genere si configura tra i bias cognitivi, si riferisce alla tendenza a fare delle generalizzazioni o a trattare le persone in base al genere, piuttosto che in base alle loro capacità e qualità individuali. Questo tipo di discriminazione può manifestarsi in vari contesti, come nella selezione del personale, nella promozione, nel salario e nelle opportunità di carriera (Cambridge Dictionary, 2024). Questo bias è una distorsione di pensiero legato al genere, derivante dal non aver considerato in modo opportuno le differenze di genere oppure da pregiudizi legati al genere.

Al bias di genere si associa un altro bias: il punto cieco, riguarda le persone che pur conoscendo gli errori di giudizio collegati ai processi cognitivi e decisionali sono al tempo stesso convinte di esserne "immuni", come se trappole e autoinganni del pensiero riguardassero soltanto gli altri.

Commentato [T4]: Questa voce bibliografica va scritta come le altre, quindi con il cognome dell'autore e l'anno.

3.1 Diffusione, implementazione e cornice normativa della Medicina di Genere in

Commentato [T5]: Ho cambiato il titolo di questo paragrafo, correggi anche l'indice.

Italia

In Italia, la Legge n. 194 del 22 maggio 1978 che regola interruzione volontaria di gravidanza e garantisce alle donne il diritto di scelta sulla propria salute riproduttiva, la legge n. 40 del 19 febbraio 2004 sulla procreazione medicalmente assistita (PMA) e la legge n. 194 del 2005 che disciplina l'accesso alla contraccezione e al supporto psicologico alle donne rappresentano le prime leggi che hanno considerato alcune peculiarità della tutela della salute delle donne. Dal 1998 per l'interessamento dei Ministeri delle Pari opportunità e della Salute con il contributo dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si è cominciato a porre l'attenzione sulla Medicina di Genere (Medicina di genere – EpiCentro, 2021)

La Legge n. 129 del 2004 vieta la discriminazione di genere nella fornitura di cure mediche e nell'accesso ai servizi sanitari. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel 2008 pubblica il rapporto “La sperimentazione farmacologica sulle donne” rilevando la sotto rappresentatività delle donne nell'arruolamento alle sperimentazioni farmacologiche, “sebbene le donne siano le maggiori consumatrici di farmaci, la sperimentazione tende a non tenere in sufficiente considerazione la loro specificità e il cambiamento delle condizioni di salute femminile, con un conseguente incremento di danni avversi all'assunzione di farmaci” (CNB, 2008). Sempre nello stesso anno il Ministero della Salute pubblica il primo rapporto sui lavori della Commissione “Salute delle Donne” sullo “Stato di salute delle donne in Italia”, mentre dall'anno successivo hanno preso avvio convegni scientifici nazionali promossi da vari soggetti, primo tra tutti il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere di Padova. Presso l'Istituto Superiore di Sanità è attivo dal 2011 il Reparto Malattie degenerative, Invecchiamento e Medicina di Genere.

Nel 2017 nasce il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, il primo in Europa che insieme al Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), ha creato la Rete italiana per la medicina di genere con l'obiettivo di sviluppare la ricerca

scientifica, di promuovere la formazione di medici e operatori sanitari e l'informazione della popolazione. Questa Rete è stata presentata dal Ministero della Salute attraverso la pubblicazione di un numero dei Quaderni del Ministero della Salute intitolato "Il genere come determinante di salute" e "Lo sviluppo della Medicina di Genere per garantire equità e appropriatezza della cura" (Medicina di genere - EpiCentro, 2016). Sempre nel 2016, la Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, ha approvato il progetto sperimentale di inserimento dell'approccio di medicina di genere in ogni corso di medicina. Dal 2015 i soggetti costituenti la Rete hanno fondato "Italian Journal of Gender Specific Medicine", uno strumento di fondamentale importanza nella diffusione della ricerca e della cultura di genere.

L'Italia ha ratificato diverse convenzioni internazionali che promuovono la parità di genere nella sanità, come la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW) e la Convenzione di Istanbul sulla violenza di genere. Infine, il 13 giugno 2019 il Ministero della Salute ha approvato formalmente il "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale" firmando il decreto attuativo relativo alla legge 3/2018 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della Salute", il cui articolo 3 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" richiedeva la predisposizione di "un Piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale". (EpiCentro, 2019) All'Osservatorio dedicato alla medicina di genere istituito nel 2020, vi sono sei gruppi di lavoro che monitorano le attività a livello centrale e regionale, individuano indicatori specifici di monitoraggio, propongono all'Osservatorio azioni di miglioramento delle attività relative alla Medicina di Genere, anche sulla base dei dati di monitoraggio.

Commentato [T6]: Manca l'anno.

Commentato [T7]: Perché hai usato le virgolette basse? Puoi usare le solite che hai usato in tutte le altre citazioni.

3.2 Differenza di genere in ambito sanitario

Il tema della diversità di genere ha assunto un ruolo rilevante in ambito sanitario; riguardo ai temi di salute, il genere assume una duplice prospettiva:

- la prospettiva del paziente, legata alla *Medicina di genere*, alla differente manifestazione di segni e sintomi, alla definizione della diagnosi, della terapia farmacologica, del processo assistenziale, riabilitativo, la diversa rappresentazione del genere all'interno di studi clinici, farmacologici, epidemiologici legati alla diversità di accesso alle cure;

- la prospettiva del professionista sanitario riguarda la *diversità di genere*: la diversità di trattamento durante il tirocinio, la disparità di leadership, assunzione, carriera, stipendio, all'interno delle aziende che si occupano della salute dei cittadini; il diverso stile comunicativo, la consapevolezza e attenzione alle differenze, la propensione a correre rischi verso la prudenza eccessiva. Le donne devono spesso scendere a compromessi tra una carriera associata al potere e all'influenza, responsabilità emotive e vita familiare, e continuano a sperimentare la tensione del loro doppio ruolo di donne e professioniste sanitarie (Fox et al., 2011). La letteratura afferma che un approccio orientato al genere garantisce migliori performance ed equità nell'assistenza e nel trattamento medico in diversi ambiti, quali la prevenzione, la diagnosi, la terapia e la riabilitazione, diventando così uno strumento di governo clinico. Nonostante ciò, “ un grande sforzo dovrà essere fatto per promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere, individuando gli strumenti di comunicazione più opportuni per raggiungere i professionisti sanitari ma anche la popolazione generale”. (Carè, 2019) Va notato che la popolazione femminile è rappresentata in misura minore negli studi epidemiologici, nelle sperimentazioni farmacologiche, nelle sperimentazioni cliniche, nei test di laboratorio e nella diagnostica per immagini, il che causa approcci sanitari inappropriati (Baggio, 2013) (Gemmati, 2019).

3.3 Bias di genere in ambito sanitario

Molte malattie comuni a donne e uomini presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Donne e uomini possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci (Ravegnini, 2021). Il concetto di Bias di Genere si ricollega alla medicina di genere che nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine "genere" (www.europadonna.it/). Anche quando gli operatori sanitari, consapevoli dei propri pregiudizi, cercano coscientemente di sopprimerli (Sukera et al., 2019), se i carichi lavorativi cognitivi a cui sono esposti sono elevati, come nell'affaticamento, nel lavoro pesante, oppure vi sono distrazioni o sono sottoposti a gravi pressioni, possono attivare pregiudizi impliciti (Groves et al., 2021), dato che in tali contesti diventa più difficile elaborare le informazioni e questo aumenta la suscettibilità nel dare risposte basate su categorizzazioni apprese (Ho, 2021). I pregiudizi possono quindi influenzare inconsciamente il modo in cui vengono elaborate le informazioni su una persona, portando a disuguaglianze involontarie nel trattamento dei singoli pazienti e nelle strategie di tutela della salute pubblica (Ho e Lawrence, 2021).

Nell'ambito della salute, l'istruzione, i pregiudizi (bias) e gli stereotipi possono modellare la conoscenza quando si apprende basandosi sull'epidemiologia e sui dati di prevalenza. Queste prevalenze possono portare a conclusioni premature e diagnosi mancate quando applicate a pazienti eterogenei che non vengono percepiti come individui, ma come caratteristiche demografiche o sociali. (Marcellin et al., 2019) Il pregiudizio in ambito sanitario è spesso associato alle donne professioniste sanitarie, alle quali vengono implicate competenze interpersonali/relazionali a scapito di quelle tecniche associate più spesso ai colleghi uomini (Li et al., 2018).

Non sono molti gli studi che hanno affrontato il tema della parità di genere rispetto alla tutela salute e all'assistenza sanitaria in Italia e nel mondo (Collicelli et al., 2023) e quelli ad oggi disponibili hanno trattato i seguenti aspetti: le differenze nella spesa sanitaria pro capite, le morti evitabili, l'aspettativa di vita alla nascita, l'accesso ai trattamenti e alle terapie innovative, la fruizione di servizi

Commentato [PT8]: In che senso implicate?
Bisognerebbe spiegare meglio questa frase

sul territorio, i tempi di attesa per l'accesso alle cure, i determinanti di salute, la terapia farmacologica, la ricerca biomedica. Nonostante il riconoscimento dell'importanza del sesso e del genere nel migliorare l'efficacia delle politiche sanitarie (Giorno et al., 2016), la differenza di genere viene trascurata nel disegno della ricerca e nell'analisi dei dati, così come nella comunicazione scientifica in generale. Persistono ancora delle lacune di conoscenza nella ricerca sanitaria, anche se i meccanismi di finanziamento internazionali richiedono sempre più spesso l'integrazione di sesso e genere nelle proposte di ricerca (Tomaiuolo e Garofalo, 2021).

3.4 Implicazioni del bias di genere sulla qualità dell'assistenza sanitaria

L'approccio di diagnosi e cura attente alle differenze e al ruolo del genere si è sviluppato nel corso dei decenni, andando oltre la salute sessuale e riproduttiva e considerando i corpi di uomini e donne nella loro interezza e, in modo olistico, i fattori sociali e culturali che ne influenzano il benessere.

"Il tema della medicina di genere va di pari passo con l'appropriatezza clinica" (Boldrini, 2019). Sono state ampiamente osservate disparità di genere nell'incidenza, nella prognosi, nella progressione e nella risposta alla terapia del cancro. Non sempre le donne vengono arruolate negli studi clinici e i risultati ottenuti nei maschi sono spesso estesi alle donne (Mancini et al., 2020). Non si tratta quindi di aumentare la conoscenza degli atti sanitari, delle patologie, delle procedure, ma di vedere il paziente e la paziente nella loro interezza.

Molti sforzi educativi accademici e non accademici si posizionano all'intersezione tra scienza e tecnologia e società, con lo scopo di aumentare l'alfabetizzazione degli studenti e di altri sull'impatto sociale della scienza e della tecnologia e la capacità degli studenti di contribuire al percorso accademico. Diventare consapevoli del rischio delle conseguenze sociali e di altro tipo dei progressi scientifici e tecnologici è un aspetto critico dell'alfabetizzazione scientifica. Essere alfabetizzati al rischio ed essere in grado di identificare i pregiudizi nelle narrazioni del rischio è importante per la governance e la comunicazione del rischio (Wolbring, 2023). Finora, le politiche delle riviste scientifiche raccomandavano anche di considerare il sesso e il genere nella progettazione e nella

rendicontazione della ricerca (Heidari et al., 2016). Il prerequisito per identificare la rilevanza del genere è la disaggregazione dei dati ma, spesso, non vengono eseguite analisi basate su sesso e genere perché i dati specifici di genere vengono raramente raccolti da indicatori pertinenti e gli strumenti di valutazione di genere non sono comunemente utilizzati (Nielsen et al., 2021); il metodo Gender Impact Assessment (GIA) non viene comunemente utilizzato a causa della mancanza di raccolta di dati specifici di genere da parte di indicatori precisi, impedendo così l'analisi basata sul genere. Tuttavia, l'implementazione del GIA può contribuire ad una maggiore consapevolezza e azione per promuovere l'uguaglianza di genere attraverso politiche e strategie mirate (Tomaiuolo e Garofalo, 2021). I bias di genere in medicina trovano riscontro in disparità e disuguaglianze legate all'essere donne *versus* essere uomini, non vi sono studi specifici riguardo la possibile differenza di interazione tra il genere e la consapevolezza dell'errore in ambito sanitario.

Il Ministero della Salute fornisce un'approfondita classificazione degli errori in sanità, definendoli come fallimenti nella pianificazione e/o esecuzione di azioni che impediscono il raggiungimento dell'obiettivo desiderato. Gli errori possono essere attivi, ovvero commessi direttamente da chi è in contatto con il paziente, o latenti, determinati da condizioni nel sistema organizzativo. Sono definite varie categorie di errori, tra cui errori di commissione, di esecuzione, d'attenzione, di memoria, di giudizio, di omissione e in terapia. Tutti i professionisti sanitari devono prestare particolare attenzione al controllo del rischio che tali errori si verifichino, per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. La rilevazione dell'errore in ambito sanitario è un tema di fondamentale importanza per garantire la sicurezza e la qualità delle cure prestate ai pazienti. È un processo complesso che si esplica a più livelli: nazionale, regionale, aziendale e all'interno delle singole Unità Operative (UO).

A livello nazionale il Ministero della Salute ha istituito il portale sicurezza cure per la sorveglianza degli eventi sentinella, fondamentale per la prevenzione e la promozione della sicurezza dei pazienti. Attraverso il protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, si fornisce alle Regioni ed alle Aziende sanitarie un'unica modalità di gestione e sorveglianza su tutto il territorio nazionale, garantendo i livelli essenziali di assistenza. La segnalazione degli eventi sentinella avviene attraverso

il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) alla piattaforma informatica dedicata del Ministero della Salute. La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per il monitoraggio degli errori e per la promozione della sicurezza dei pazienti (www.salute.gov.it). Gli eventi sentinella sono quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario (Elenco eventi sentinella – AGENAS, 2020).

Commentato [T9]: Manca l'anno.

La rilevazione puntuale dell'errore fa parte dell'ampio sistema di sicurezza utilizzato dal Ministero della Salute; la sicurezza del paziente deriva dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado di ridurre le probabilità che l'errore si verifichi e di contenerne gli effetti (Commissione tecnica rischio clinico, 2003). Con la Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" il nostro Legislatore ha predisposto un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di Sicurezza dei pazienti. La Legge n. 24/2017 ha istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità presso l'AGENAS, con il compito di coordinare e favorire l'implementazione dei programmi e il raccordo tra le Regioni e i diversi attori nazionali coinvolti (ISS, AIFA, AGENAS stessa, Regioni, Università, Ordini professionali, Società scientifiche, Associazioni di cittadini, ecc.), la composizione e funzioni dell'Osservatorio sono state disciplinate con il DM 29 settembre 2017. La Legge ha inoltre riorganizzato il Sistema nazionale Linee guida per il quale il Ministero ha curato l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie in attuazione dell'articolo 5 della Legge n. 24/2017. Nel 2023 il Ministero della Salute ha avviato le attività correlate allo sviluppo e all'implementazione del Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 presentato in occasione del quinto vertice ministeriale globale sulla sicurezza dei pazienti organizzato dall'OMS il 23 febbraio 2023 (www.salute.gov.it). La regione Veneto utilizza un sistema informatizzato di segnalazione degli eventi avversi, che consente una maggiore tempestività nella

Commentato [T10]: In altri punti della tesi è scritto in minuscolo. Bisogna uniformare.

rilevazione e gestione degli errori; il sistema di rilevazione dell'errore si avvale dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC). Presenti all'interno di ciascuna Azienda Sanitaria, le UGRC sono responsabili di raccogliere, analizzare e monitorare gli errori, gli eventi avversi e gli eventi sentinella che si verificano durante la pratica clinica, attraverso l'utilizzo di diversi strumenti, tra cui l'incident reporting compilato dai professionisti sanitari e l'analisi delle cartelle cliniche. Le Aziende Sanitarie promuovono la formazione continua del personale riguardo l'importanza della rilevazione dell'errore e la corretta gestione degli eventi avversi, per migliorare le competenze in materia di sicurezza del paziente e prevenzione degli errori.

Le Unità Operative, attraverso la formulazione di strumenti come Protocolli, Procedure e Istruzioni Operative, gestiscono la sicurezza del processo diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo. Sono strumenti prescrittivi, il loro mancato adempimento porta il professionista a rispondere delle proprie azioni. Sono schemi di sequenze procedurali molto dettagliate. Il loro fine è quello di garantire efficacia, appropriatezza ed efficienza all'interno dei vari setting assistenziali. Seguono un andamento logico e nascono dalla necessità di rendere più omogenee le azioni dei professionisti.

Il Sistema Sanitario si avvale di diversi metodi di rilevazione degli errori:

- Incident reporting: i professionisti sanitari segnalano gli eventi avversi o gli errori che si verificano durante la pratica clinica, questa metodica fa parte dei materiali e metodi analizzati in questa tesi.
- Monitoraggio dei risultati clinici: si analizzano i risultati clinici per identificare eventuali disparità o errori nelle cure.
- Revisione dei casi: un gruppo di esperti valuta i casi clinici per identificare eventuali errori o carenze nella gestione del paziente.
- Audit clinico: si valutano i processi clinici per identificare errori o inefficienze e proporre miglioramenti.
- Valutazione della qualità: si utilizzano indicatori di qualità per valutare la performance clinica e identificare eventuali errori.

- Peer review: i professionisti sanitari revisionano e valutano il lavoro dei propri colleghi per identificare eventuali errori o aree di miglioramento.
- Analisi dei reclami dei pazienti: si analizzano i reclami dei pazienti per identificare eventuali errori o carenze nella gestione del paziente.
- Analisi delle cause radice: si indagano le cause profonde degli errori per identificare le cause sottostanti e implementare misure preventive.

3.5 Relazione tra bias di genere e rilevazione dell'errore in sanità

Quando si prende una decisione, quando si esprime un giudizio, o quando si valutano un rischio o un'attività, si è influenzati da fattori non consapevoli; i pregiudizi ricorrono in modo prevedibile in particolari circostanze e inducono errori sistematici: i bias (Scolari, 2022).

La teoria del doppio processo (Dual Process Theory/DPT), indica il coinvolgimento di processi veloci e inconsci (tipo 1 che spesso non vengono corretti perché non percepiti) e processi lenti e consapevoli (tipo 2, di autocontrollo ed elaborazione dettagliata) nelle azioni e nelle decisioni quotidiane (Stanovich et West, 2000). Il processo veloce agisce tramite euristiche e possono portare a errori (bias) inconsci, questo processo si sviluppa attraverso stereotipi sociali ed esperienze personali. Utilizzando la DPT, si comprende come il personale sanitario assuma decisioni e compia azioni: decisioni rapide (tipo 1), decisioni più accurate ma più lente (tipo 2).

I bias espliciti sono i pregiudizi, gli atteggiamenti e le supposizioni che riconosciamo come parte dei nostri sistemi di credenze personali (Sabin, 2022), i bias impliciti sono pregiudizi inconsapevoli, atteggiamenti e pensieri inconsci che influenzano le valutazioni rispetto ad altri soggetti. Come scrive Sabin: “una persona può avere convinzioni egualitarie esplicite mentre nutre atteggiamenti e stereotipi impliciti che contraddicono le sue convinzioni coscienti” (Sabin, 2022). I bias, sia espliciti che impliciti, sono uno tra i molti fattori che concorrono a generare disuguaglianze nella sanità e nell'accesso all'assistenza sanitaria (FitzGerald e Hurst, 2017). Da questo si evince come i processi intuitivi possano portare a conclusioni errate o a trascurare informazioni cruciali relative al paziente

e avere effetti significativi sulla qualità delle cure fornite o portare ad errori attivi. Inoltre, il processo decisionale può essere influenzato da fattori ambientali e individuali, come affaticamento o distrazioni. Il bias, legato agli errori e all'uso dell'euristica, può essere un ostacolo per una diagnosi, presa in carico ed attuazione di un programma terapeutico accurati. È importante, per i professionisti sanitari, trovare un equilibrio tra i processi veloci e lenti per essere efficaci.

Il genere è una caratteristica peculiare in grado di influenzare lo stile professionale. È stato dimostrato che uomini e donne hanno stili di pratica diversi, per quanto riguarda la comunicazione medico-sanitaria, le competenze tecniche e gli approcci centrati sul paziente (Jefferson et al., 2013).

Le potenziali differenze nei modelli di pratica tra medici uomini e donne possono avere importanti implicazioni cliniche in quanto i medici uomini e donne praticano l'assistenza medica in modo diverso. I medici donne hanno un maggiore impegno nella comunicazione con il paziente (comunicazione centrata sul paziente) e svolgono visite più lunghe rispetto ai loro colleghi uomini. (Roter e Hall, 2004), trascorrono più tempo con i pazienti e affrontano un numero maggiore di problemi di salute in una sola visita. Prescrivono meno farmaci ma si rivolgono più spesso ai servizi diagnostici e ai medici specialisti (Hedden et al., 2014). Uno studio americano su oltre 700mila soggetti ricavati dal database MediCare indica che, sia per le pazienti di genere femminile che per quelli di genere maschile l'assistenza da parte di medici donne determina un outcome migliore rispetto a quelli assistiti da medici uomini, e come i pazienti affidati alle cure di medici donne abbiano tassi di mortalità e re-ricovero inferiori (Miyawaki et al., 2024). Le professioniste sanitarie donne esprimono empatia verso i pazienti in modo più efficace rispetto ai professionisti di sesso maschile (Howick et al., 2017). Gli studi hanno rilevato differenze nei modelli di pratica tra medici uomini e donne, nei quali le professioniste sanitarie hanno una aderenza maggiore alle linee guida cliniche e alla pratica basata sull'evidenza rispetto ai maschi (Tsugawa et al., 2017). È stata dimostrata l'associazione tra l'assistenza ospedaliera con una maggiore diversità di genere nel gruppo di anestesia-chirurgia (oltre il 35% di anestesisti e chirurghi donne), ed esiti migliori nel postoperatorio con una probabilità inferiore di recidive (Hallet et al., 2024).

Commentato [T11]: Bisogna mettere l'autore, non il nome della rivista.

4. Materiali e metodi

La letteratura ha supportato l'ipotesi di una correlazione tra le dinamiche comportamentali inconscie legate al genere e la gestione dei pazienti. Pertanto, il presente studio (Tab.2) si è proposto di esplorare se esista una correlazione tra il genere e la percezione degli errori nel contesto sanitario. Attraverso uno studio osservazionale retrospettivo, si è ricercato se vi fossero differenze nella segnalazione degli errori in base al genere. In particolare, si è indagato il bias di genere presente nelle interazioni tra professionisti sanitari e pazienti, sia tra diadi omogenee che tra le diadi eterogenee.

La ricerca è stata condotta presso l'Azienda Ospedale Università di Padova (di seguito denominata AOUP), in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Rischio Clinico della medesima Azienda, analizzando le informazioni relative al genere presenti nelle schede di segnalazioni del rischio clinico.

PICO	SPIDER	Esistenza di correlazione tra Bias di genere ed errore in sanità
Patient	Sample	Diadi sanitario/paziente omogenee ed eterogenee
Intervention	Phenomenon of Interest	Gender bias
Comparison	Design	Correlazione tra: 1) ricerca bibliografica per valutare se vi siano parametri di riferimento 2) ricerca osservazionale retrospettiva trasversale, eseguita attraverso l'analisi di documenti AOUP
Outcome	Evaluation	1) Correlazione tra: gruppo genere-omogeneo sanitario/paziente ed errore vs gruppo genere-eterogeneo sanitario/paziente correlato ad errore 2) La segnalazione dell'errore è gender free (segnalano tanto i maschi quanto le femmine)
Study design	Research type	Approccio di ricerca qualitativo, studio osservazionale retrospettivo trasversale

Tabella 2 PICO e SPIDER utilizzati per lo studio

È stata eseguita una revisione rapida per analizzare l'ambito della letteratura esistente, attraverso le parole chiave della stringa di ricerca sono: gender medicine, gender bias, Health care.

La ricerca è stata condotta utilizzando PubMed e Google Scholar. La stringa dei termini chiave, pertinenti allo studio, è stata utilizzata per identificare studi e articoli riguardanti la medicina di

genere, le differenze di genere, i bias di genere, nel sistema sanitario e le differenze di genere legate alla percezione del rischio in ambito clinico-sanitario.

Campione

Il campione analizzato era composto da 2825 schede di segnalazione. Sono state considerate tutte le UO di AOUP; le schede riguardavano ricoveri diurni e ordinari. I criteri di inclusione sono riportati di seguito:

- scrittura delle generalità da parte del segnalante (presenza di nome e cognome del segnalante e del paziente);
- scrittura di unità di significato (UdS): il genere dello/a scrivente;
- presenza delle generalità del segnalante e unità di significato;
- presenza di due o più determinanti il genere di tipo grammaticale per il segnalante e generalità del/della paziente.

I criteri di esclusione sono i seguenti:

- scrittura di parole con declinazione del genere (UdS) non concordi all'interno della stessa scheda;
- assenza dei criteri inclusivi precedentemente descritti.

Raccolta dei dati

I dati sono stati raccolti tramite la lettura delle schede di segnalazione compilate dal personale dell'AOUP nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023. In base alla disponibilità del campione, le segnalazioni sono state categorizzate in diadi di genere per facilitare la catalogazione, la consultazione e l'analisi dei dati. Le diadi erano composte da due persone:

- un professionista sanitario, nominato in base al genere socialmente e culturalmente qualificato come donna o uomo;
- un paziente ricoverato e definito, in base alle caratteristiche anatomiche e biologiche, come maschio o femmina; il campione era composto da persone di varie età: neonati (0-3 mesi), bambini (4 mesi-13 anni), adolescenti (14-17 anni) e adulti (18 anni, maggiorenni).

Commentato [T12]: Esplicitare anche le fasce d'età i numeri

Ogni scheda ha mantenuto il codice univoco di segnalazione assegnato all'atto della compilazione, che permettesse di identificare e individuare rapidamente le informazioni relative a ciascuna diade, e di risalire alla scheda per una rivalutazione in caso di errori.

Il database è stato progettato per garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni personali dei soggetti segnalanti e segnalati; l'analisi dei dati è stata condotta utilizzando una matrice creata con Excel 2021, i dati raccolti sono stati anonimizzati nel rispetto delle normative sulla privacy e della protezione dei dati sensibili. È stato utilizzato il codice numerico identificativo di segnalazione per la rintracciabilità delle segnalazioni in modo da permettere di gestire in modo efficace ed efficiente le attività di controllo e l'utilizzo dei dati per studi ulteriori.

Individuazione delle informazioni disponibili

Le informazioni relative al genere sono state ricavate attraverso l'uso delle Unità di Significato (UdS). Per UdS si intendono frasi significative o parole che esprimano la declinazione del genere secondo la grammatica italiana in quanto la lingua italiana non è una lingua neutra o priva di genere. I sostantivi seguono il genere della persona alla quale sono rivolti e i pronomi utilizzati concordano con il nome, così come gli articoli determinativi e indeterminativi.

La lingua italiana consente di riconoscere il genere in quanto le parole che terminano in:

- maschile - o, diventano femminile - a
- maschile - aio, diventano femminile - aia
- maschile - iere, diventano femminile - iera
- maschile - ore, diventano femminile - ora
- maschile - tore diventano femminile - trice

La declinazione del genere, in questo studio, è stata definita: unità di significato, in quanto consente l'identificazione della diade professionista - paziente.

Si è proceduto all'individuazione di almeno due unità di significato inerenti al segnalante e due unità di significato inerenti al paziente, presenti in ciascuna scheda di segnalazione (Tab.3)

Codice Evento	Descrizione evento	Segnalante		Segnalato		Cod. Diade
		Cogn. nome	testo	Cogn. nome	testo	
18156..	Ore 22:00 Allertati dal vicino di letto. Viene trovato il paziente a terra vicino al letto. Il letto risulta abbassato del tutto con le sponde su. Paziente si è alzato per recarsi in bagno da solo. nega algie	D			M	6
18155..	Alle ore 19:40 somministro alla paziente R.S.M.C (dn 11/01/2010) entrata per ideazione anticonservativa e agiti autolesivi, Resilient 166 mg come previsto dalla prescrizione medica. La paziente era rientrata da un permesso di uscita temporanea alle ore 17:00...omissis	D			F	5
18129..	"Pz ritrovata distesa a terra accanto a letto, vigile. A tratti confusa non ricorda la dinamica della caduta ma riferisce di aver battuto la testa, non riferisce altre algie."	U			F	9
18129..	...in data odierna sono stata chiamata in reperibilità per una sospetta appendicectomia urgente. Mi sono recata in reparto, per portare il paziente in sala operatoria, trovo il paziente disteso a letto, bagnato...omissis.		D		M	6
18127..	Il paziente veniva trovato a bordo letto, il paziente riferisce di essere scivolato mentre stava andando alla toilette e di non aver sbattuto il capo ma di essersi adagiato al suolo lentamente sedendosi al suolo.	U			M	10
18127..	...sono stato allertato dalla paziente che riferisce di essere scivolata alle ore 19.00 del 22/12 mentre si recava in bagno accompagnata dal marito e riferiva di ...omissis		U		F	9
18126..	Durante procedura di intubazione del bambino, si rileva che per la medesima "misura" di tubo endotracheale, attualmente a disposizione vi sono tubi con diametri esterni e di cuffia notevolmente diversi... risultava correttamente "piccolo" per il paziente...omissis.	U			M	10

Tabella 3. Ricerca delle UDS nei testi delle schede di segnalazione; UDS evidenziate in rosso se inerenti al paziente, e in verde se inerenti al professionista sanitario per la determinazione della diade.

È stato assegnato a ciascuna diade un codice identificativo:

- diade composta da professionista sanitario donna e paziente femmina-Cod.5.
- diade composta da professionista sanitario donna e paziente maschio-Cod.6.
- diade composta da professionista sanitario uomo e paziente maschio-Cod.10.
- diade composta da professionista sanitario uomo e paziente femmina-Cod.9.

Tramite l'analisi delle UdS rilevate nelle schede di segnalazione, sono state identificate le quattro diadi e codificate le schede.

5. Risultati

La ricerca bibliografica si è conclusa ad aprile 2024. Diverse revisioni sistematiche e di scoping hanno esplorato l'impatto dei bias cognitivi dei professionisti sanitari nei confronti dei pazienti, evidenziando come lo stato sociale, economico, età, peso, razza/etnia, sesso, genere, istruzione, reddito del paziente influenzino il processo decisionale clinico del professionista sanitario. Le revisioni sistematiche condotte da FitzGerald e Hurst (2017) hanno evidenziato come i pregiudizi impliciti dei professionisti sanitari riguardo razza, etnia, età, genere, stato socioeconomico, classe sociale dei pazienti, possano influenzare le decisioni cliniche e assistenziali/riabilitative.

La ricerca di Beyer et al. (2021) ha individuato l'istruzione e il livello socioeconomico come ostacoli nell'adottare decisioni terapeutiche equilibrate.

La revisione di Willems et al. (2005) si è concentrata sull'impatto dei bias sull'efficacia della comunicazione medico-paziente; su come l'interazione, i consigli, lo scambio informativo vengano ridotti dai pregiudizi dei professionisti sanitari nei confronti dei pazienti fino a creare delle barriere comunicative.

Non sono stati trovati dati, nella ricerca condotta attraverso la revisione della letteratura, per valutare se esistano parametri di riferimento relativi alla diversa percezione dell'errore in relazione al genere. In particolare, non sono stati individuati studi pertinenti alla correlazione tra bias di genere e segnalazione dell'errore in ambito sanitario (All.1 e All.2).

Le 2825 schede di segnalazione sono state lette e analizzate secondo criteri di inclusione nello studio, sono state selezionate 1010 schede nelle quali è rilevabile una diade professionista sanitario-paziente; a ciascuna diade è stata applicata una codifica definita "etichetta di riga" e, tramite l'utilizzo di una tabella pivot, si è proceduto ai conteggi di riga per ciascuna diade (Tab.4).

Commentato [T13]: Nei risultati e nella discussione le percentuali non sono scritte in modo uniforme, cioè a volte scrivi con la virgola, a volte col punto, li devi uniformare. Devi anche decidere se metti le percentuali con una o con due cifre dopo la virgola.

genere operatore		genere paziente		Etichette di riga	Conteggio di Combinazione
Uomo	Donna	Masch.	Fem..		
	x		x	5	335
	x	x		6	420
x		x		10	153
x			x	9	102
controllo	controllo			(vuoto)	
Totale complessivo					1010

Tabella 4 Schema riassuntivo raccolta dati: nelle prime due colonne a sinistra il genere dell'operatore suddiviso in maschile e femminile, nelle successive colonne il genere del paziente suddiviso in maschile e femminile

Dalla raccolta dati emergono 735 segnalazioni effettuate da donne (diadi cinque e sei), con una percentuale del 33% di schede riguardanti pazienti femmine e 42% pazienti maschi, che compongono il 75% delle segnalazioni; e 255 schede compilate da uomini (diadi nove e dieci), corrispondenti al 25% delle segnalazioni, 10% riguardanti pazienti femmine e 15% riguardanti pazienti maschi (Fig.

1).

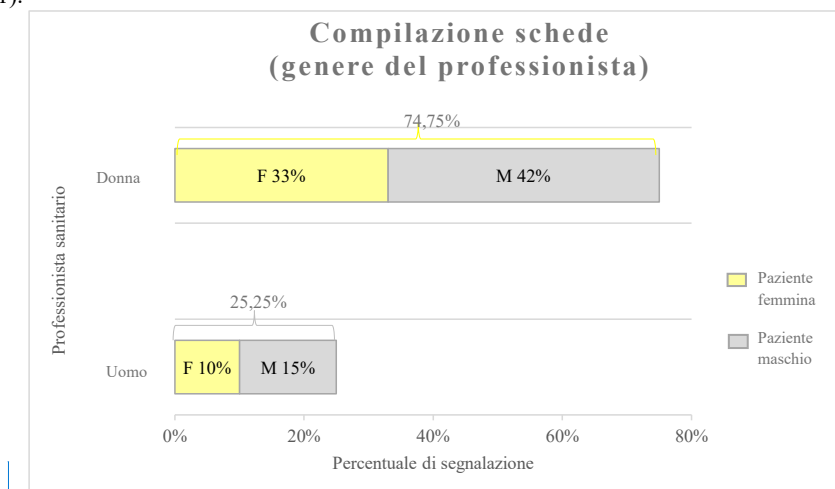


Figura 1 Conteggio di combinazione delle diadi di genere in base al genere del professionista sanitario

La dotazione organica AOUP è composta da: 25,25% professionisti sanitari maschi e 74,75% professioniste sanitarie femmine.

Commentato [PT14]: Cosa vuol dire questa frase in corsivo?

Commentato [SG15R14]: Era una delle domande alla quale la tesi dovrebbe rispondere, le ho tolte tutte, per non fare confusione.

Nella figura sottostante, la relazione tra la percentuale di genere rilevata nella dotazione organica e la percentuale di genere dei/delle professionisti/e sanitari/ie segnalanti rilevata dalle schede di segnalazione (Fig.2).

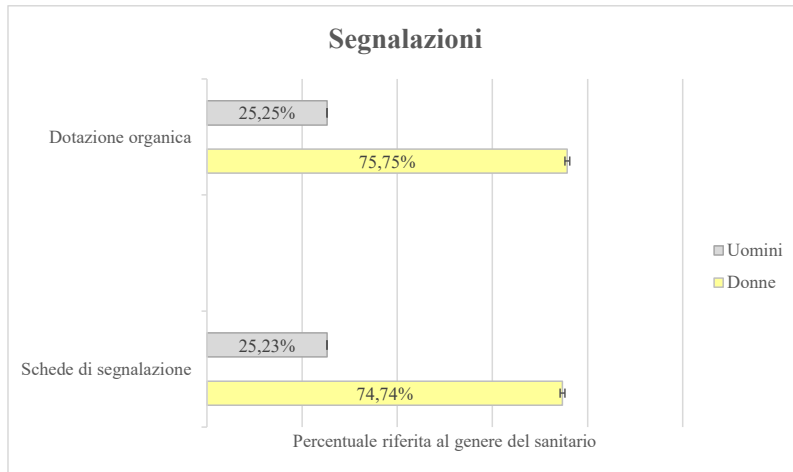


Figura 2 I dati di genere relativi alla composizione della dotazione organica sono sovrapponibili ai dati relativi al genere del/della professionista rilevato attraverso le schede di segnalazione.

I dati esprimono un equilibrio tra la composizione della dotazione organica e la percentuale di segnalazione da parte delle/i professionisti sanitari. Relativamente al genere maschile: la dotazione organica è del 25,25% e le schede di segnalazione sono per il 25,23% compilate da maschi; i dati relativi al genere femminile esprimono che le donne compongono il 74,75% della dotazione organica e hanno compilato il 74,74% delle schede di segnalazione. Nell'anno 2023, presso AOUP, ci sono stati 55.320 accessi in regime di ricovero ordinario (RO) e i 11.870 accessi in regime di ricovero diurno (RD) per un totale di 67.190 ricoveri. Di questi:

- 32.553 riferiti a pazienti di genere femminile (27.079 RO + 5474 RD);
- 34.637 riferiti a pazienti di genere maschile (28.241 RO + 6.396 RD) (Tab.5).

Ricoveri AOUP anno 2023			
	F	M	Totale
Ordinario	27.079	28.241	55.320
Diurno	5.474	6.396	11.870
Totale	32.553	34.637	67.190

Tabella 5 Numero dei ricoveri suddivisi secondo il genere del paziente

L'azienda AOUP ha registrato il 48% dei ricoveri per pazienti di genere femminile e il 52% dei ricoveri per pazienti di genere maschile (Fig. 3).

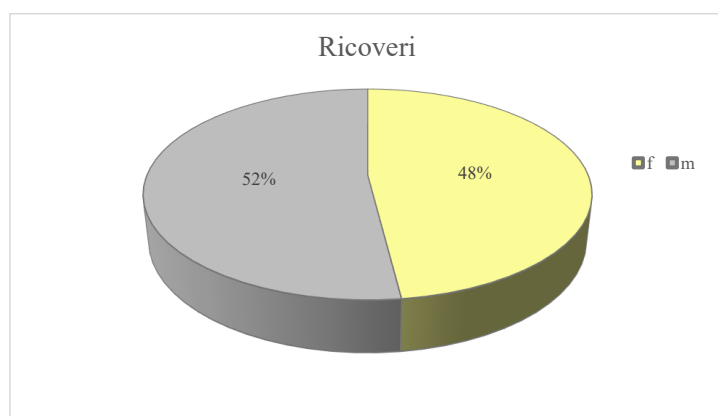


Figura 3 Percentuale dei ricoveri riferiti al genere

Il un tasso di segnalazione è del 4,2 % :

$$\frac{N^{\circ} \text{ Schede segnalazione}}{N^{\circ} \text{ Ricoveri}} \times 100 = \frac{2.825}{67.190} \times 100 = 4,2\%$$

Delle 2.825 schede di segnalazione, sono state selezionate dallo studio 1010 schede (36%) di cui:

- 573 schede riferite al genere maschile del paziente, (56,75%).
- 437 schede riferite al genere femminile del paziente,(43,25%);

I pazienti maschi hanno un numero complessivo di segnalazioni maggiore rispetto alle femmine se rapportate alle percentuali di ricovero. (Fig.4)

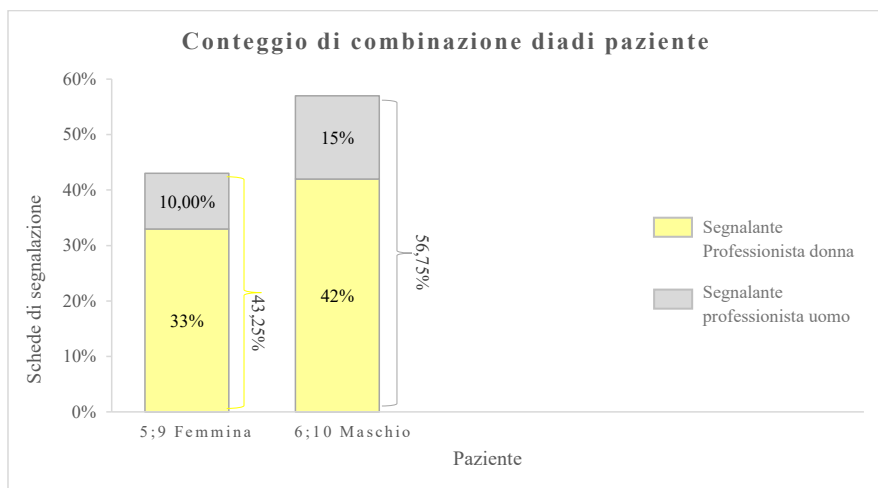


Figura 4 Percentuali delle schede di segnalazione: nella colonna di sinistra le percentuali relative alle segnalazioni dei professionisti/e relative alle pazienti donna, nella colonna di destra le segnalazioni relative ai pazienti uomo

Rispetto alle schede di segnalazioni quindi, i pazienti di genere maschile sono maggiormente segnalati con il 56,75% delle segnalazioni sul 52% di ricoveri. Per le pazienti di genere femminile, si assiste ad una percentuale minore di segnalazioni 43,25% rispetto alla percentuale di ricovero del 48%. (Fig.5)

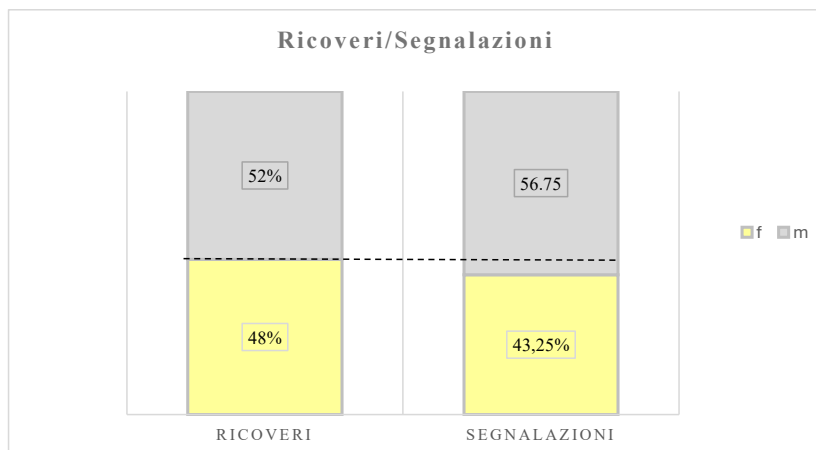


Figura 5 Percentuale di ricoveri e di segnalazioni suddivisi per genere del paziente

L'analisi delle schede di segnalazione evidenzia che professionisti sanitari uomini e donne, segnalano maggiormente i pazienti maschi rispetto alle pazienti femmine:

- le schede per i pazienti di genere maschile sono il 56,75%;
- le schede per le pazienti femmine sono il 43,25% (Fig.6).

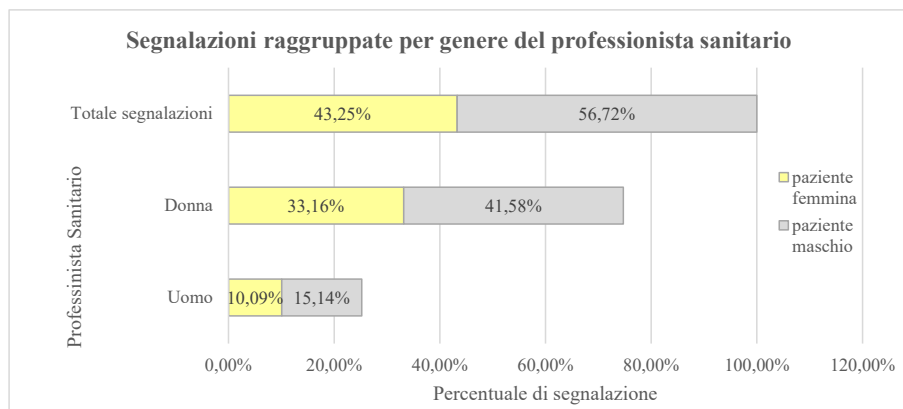


Figura 6 Schede di segnalazione suddivise per genere del professionista sanitario e per genere del/della paziente.

Il dato viene confermato mettendo a confronto i dati relativi alle diadi con i dati dei ricoveri.

Dall'analisi emerge che gli uomini segnalano maggiormente i pazienti di genere maschile e in percentuale minore rispetto i ricoveri, le pazienti di genere femminile (Fig.7).

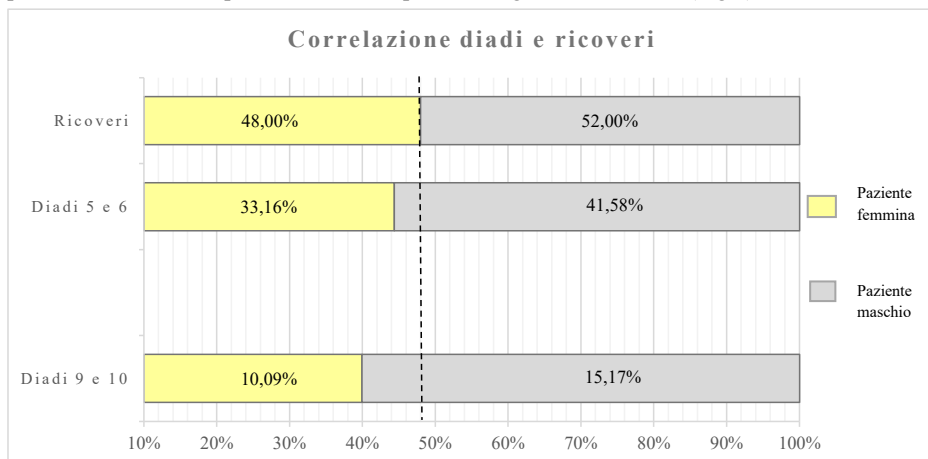


Figura 7 Percentuale di segnalazione rispetto ai ricoveri: le diadi 5 e 6 corrispondono alle segnalazioni delle professioniste sanitarie, le diadi 9 e 10 corrispondono alle segnalazioni dei professionisti sanitari.

6. Discussione

Questo studio ha analizzato la possibilità di differenze di genere nella compilazione della scheda di segnalazione “Incident Reporting” evidenziando che non vi sono differenze percentuali di segnalazione tra professionisti sanitari uomini e donne rispetto alla composizione di genere della dotazione organica: gli uomini segnalano, proporzionalmente ai ricoveri, tanto quanto le donne. Il 25,25% dei professionisti sanitari presenti in organico, compilano il 25,23% delle schede di segnalazione e il 74,75% delle professioniste sanitarie compilano il 74,74% delle schede. I dati dimostrano che nel nostro campione uomini e donne contribuiscono in modo proporzionato alla segnalazione degli errori e questo suggerisce che la cultura della sicurezza sul posto di lavoro è condivisa da entrambi i generi e non vi è disparità di genere nell'attitudine a segnalare incidenti tra uomini e donne all'interno di AOUP.

La tesi iniziale che la segnalazione dell'errore sia viziata da un bias di genere, cioè se la segnalazione da parte del professionista uomo e della professionista donna siano viziate dal genere del paziente, e se vi siano differenze nelle diadi omogenee rispetto alle eterogenee, si evince dall'analisi dei dati riguardanti il genere dei segnalati (pazienti in regime di ricovero).

I dati hanno evidenziato una maggiore segnalazione riguardo i pazienti maschi rispetto alle pazienti femmine, dimostrando un'accentuata percezione di errore o rischio, nei confronti dei primi. Questa tendenza è maggiore nella diade omogenea maschile (professionista sanitario uomo e paziente maschio) rispetto alle altre tre diadi ed è suggestiva per la considerazione che i professionisti sanitari maschi hanno una percezione dell'errore maggiore quando il paziente è di sesso maschile, con un aumento della percentuale di segnalazione del 8,5%, ed una riduzione di segnalazione per le pazienti femmine.

Questa tendenza non sussiste nella diade omogenea femminile (professionista sanitaria donna e paziente femmina), nella quale non si evidenziano grandi differenze e le segnalazioni risultano essere lievemente inferiori (circa 4%) se confrontate al numero di ricoveri di genere femminile. Sarebbe

interessante approfondire ulteriormente questa tendenza e capirne le cause in quanto potrebbe essere dovuta a pregiudizi di genere o a stereotipi che portano a considerare gli errori o gli incidenti riguardanti i pazienti maschi come più gravi o rilevanti rispetto a quelli riguardanti le pazienti femmine. È importante sensibilizzare il personale sanitario sull'importanza di segnalare tutti gli incidenti in modo equo e obiettivo, indipendentemente dal genere del paziente coinvolto. Solo così si potrà migliorare la cultura della sicurezza e garantire la qualità delle cure offerte a tutti i pazienti.

È necessario inoltre considerare che tali discrepanze di genere possono essere ascritte a vari fattori, come la diversa esposizione ai rischi e la differente percezione dei sintomi tra i pazienti maschi e le pazienti femmine e come le loro diverse manifestazioni possano essere più o meno chiare o conosciute da parte del/della professionista sanitario. I dati epidemiologici, clinici, i meccanismi patogenetici, le evidenze diagnostiche, la risposta alle terapie e gli effetti degli eventi avversi, evidenziano sempre più chiaramente che esistono differenze nell'incidenza e nella progressione di molte patologie comuni tra uomini e donne. Esempi significativi di disparità di genere sono emersi in diverse categorie di patologie, tra cui le patologie oncologiche, le malattie cardiovascolari, le malattie reumatiche e autoimmuni, e malattie infettive causate da virus e batteri. A queste, si associano le evidenze emerse da questo studio, che riguardano la percezione delle differenze di genere nella segnalazione dell'errore: l'errore deve essere riconosciuto e segnalato e non dovrebbe essere influenzato dalla soggettività e dal genere del professionista sanitario, né dal genere del paziente.

Pertanto, è fondamentale esaminare attentamente le cause di tali differenze al fine di garantire un approccio equo e adeguato nella gestione delle segnalazioni durante il periodo di ricovero.

I dati raccolti da questo studio sono unici e non possono essere comparati con dati bibliografici esistenti. Il motivo di questa mancanza potrebbe essere la complessità e la difficoltà nell'identificare il fenomeno del bias di genere in relazione alla percezione dell'errore in ambito sanitario. Tuttavia, questo studio potrebbe rappresentare uno dei primi tentativi di analizzare questo argomento. Sarebbe interessante approfondire ulteriormente questo tema per comprendere meglio come il genere possa influenzare la percezione degli errori nel settore sanitario e come tali differenze possano essere

affrontate e risolte. Questo studio potrebbe essere un punto di partenza importante per future ricerche su questo argomento.

È importante affrontare questi pregiudizi e promuovere una maggiore consapevolezza e formazione tra gli operatori sanitari: l'educazione sui pregiudizi impliciti e sui modi per gestirne i danni dovrebbe far parte degli sforzi a livello di sistema sanitario per sensibilizzare le conoscenze in questo ambito e riconoscere e gestire i pregiudizi per garantire un trattamento equo e rispettoso per tutti i pazienti, indipendentemente dal genere. In ambito aziendale i corsi sul rischio clinico dovrebbero informare e formare riguardo la variabile di genere, il rischio di mancata segnalazione di evento causata dal bias percettivo e, in generale, dei possibili bias collegati al genere.

In ambito formativo, all'interno dei corsi di laurea per le Professioni Sanitarie e di Medicina e Chirurgia, un ruolo delicato e importante è svolto dai tirocini. I tirocini sono attività cruciali per la formazione degli studenti, poiché offrono la possibilità di mettere in pratica le conoscenze acquisite in aula e acquisire competenze pratiche nel contesto reale del lavoro. È quindi estremamente importante che i tutor siano consapevoli dei possibili bias legati al genere che potrebbero influenzare la percezione degli errori commessi in primo luogo dai tutor stessi e, successivamente, dagli studenti durante la definizione di una diagnosi, di un piano terapeutico, in un colloquio informativo con il paziente, durante la presa in carico assistenziale, riabilitativa, educativa, in modo da sensibilizzare lo studente verso la consapevolezza del bias di genere più che indurlo alla sua rimozione.

I bias di genere possono influenzare la valutazione del rendimento degli studenti e la qualità dell'assistenza fornita loro durante il tirocinio. Questi bias possono portare a un trattamento ingiusto e a un'esperienza di apprendimento non equa per gli studenti, oltre che essere un esempio negativo. I tutor, ed i docenti in genere, dovrebbero essere consapevoli di queste possibili distorsioni e lavorare attivamente per evitare di esserne vittime. Dovrebbero essere obiettivi nella valutazione degli studenti, basando le loro decisioni sulle prestazioni e le competenze dimostrate, indipendentemente dal genere per non far vivere allo studente l'esperienza della discriminazione di genere e non creare pensieri di rivalsa. In questo modo sarà possibile garantire un'esperienza educativa e formativa

positiva, senza che il genere influenzi in modo negativo il processo di apprendimento e la crescita professionale. Il docente, l'educatore, il tutor, dovrebbero impegnarsi in un processo di auto-riflessione per comprendere come il proprio ruolo possa incidere sugli studenti all'interno della scuola, considerando la naturale gerarchia esistente tra insegnante e studente. È fondamentale esaminare la propria identità sociale, che si forma all'interno di dinamiche di potere e può influenzare i pregiudizi e le azioni nei confronti degli altri. Secondo Altman et al. (2021), la consapevolezza della posizione degli educatori è fondamentale per favorire la creazione di un ambiente di apprendimento inclusivo. Gli sforzi educativi dovrebbero essere accompagnati da politiche e procedure specifiche all'interno delle strutture sanitarie per gestire e prevenire i bias di genere indipendentemente dalle caratteristiche e dalla "sensibilità" personali; è importante educare alla consapevolezza dei bias da parte dei medici e sulle loro segnalazioni di conseguenti cambiamenti comportamentali (Sabin, 2022). Affrontare il pregiudizio di genere, nelle varie forme in cui si presenta, è un passo essenziale verso una pratica sanitaria che rifletta uguaglianza, dignità e responsabilità.

È importante creare un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso in quanto, la compilazione della scheda di segnalazione di incident reporting potrebbe essere difficoltosa nei gruppi professionali che risentano del controllo manageriale, di una gerarchia marcata o di una accentuata interdipendenza professionale. In questi casi, i professionisti potrebbero non essere liberi di esprimere le proprie opinioni e confrontarsi sui pregiudizi presenti nella pratica medica, assistenziale e riabilitativa. Il controllo e la gerarchia possono portare al cosiddetto "silenzio organizzativo" che è un errore che semplifica la complessità della cultura aziendale. Ignorando il segnale del pregiudizio di genere nella segnalazione, si trascura una parte della gestione del rischio clinico che, attraverso strumenti come dell'incident reporting, potrebbe riconoscere e prevenire gli eventi avversi.

I limiti del presente studio possono essere riassunti come segue. Innanzitutto, per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle unità di significato avrebbe dovuto essere condotta in forma indipendente da più ricercatori con successiva validazione consensuale mentre nel presente studio, la codifica delle trascrizioni è stata svolta dalla studentessa.

Inoltre, l'utilizzo delle unità di significato per la determinazione del genere è utilizzabile nelle lingue in cui il genere sia grammaticalmente declinato e questo costituisce un limite per la replicazione dello studio con lingue anglofone. È opportuno sottolineare che, avendo raccolto le schede di segnalazione da tutte le UO appartenenti a diversi settori, vi possono essere dei limiti riguardo la conoscenza della medicina di genere e dei bias di genere; pertanto, i nostri risultati necessiterebbero di ampliare l'analisi anche ad altre strutture ospedaliere per poter avere una maggiore rappresentatività del campione su scala nazionale. Lo sviluppo futuro di questa linea di ricerca potrebbe essere rappresentato dall'implementazione di ulteriori studi in diversi contesti ospedalieri e con campioni più ampi sia di professionisti che di segnalazioni che potrebbero essere utili per confermare o meno questi risultati e approfondire ulteriormente la questione della diversità di percezione dell'errore in relazione al genere tra professionisti sanitari. Per questo il dato di genere dovrebbe costituire una parte integrante della scheda di segnalazione, essere raccolto come elemento costitutivo e fondamentale della segnalazione e facilitare futuri lavori.

È fondamentale sensibilizzare e formare il personale sulle questioni legate alla disparità di genere, promuovendo una cultura organizzativa inclusiva e rispettosa delle diversità.

7. Conclusioni

Nel contesto esaminato emergono preconcetti che possono avere conseguenze significative nell'assistenza sanitaria ai cittadini: la mancata segnalazione o la segnalazione non tempestiva possono perpetuare la ripetizione dell'errore e possono causare danni ai pazienti.

La ricerca e l'analisi riguardo i pregiudizi di genere diventano necessarie per comprendere come percezioni, credenze e comportamenti riguardo il genere del paziente siano influenzati dal genere del professionista in un meccanismo che si autoperpetua perché il genere fa "parte del vivere".

Tra pregiudizi impliciti che possono influenzare i professionisti sanitari, il genere rappresenta un ambito non considerato in relazione alla segnalazione dell'errore e quindi alla percezione della gravità dell'errore stesso. Questo bias influenza la qualità delle cure fornite, le dinamiche relazionali tra professionisti sanitari e pazienti e la percezione degli errori.

Affrontare i pregiudizi e i bias legati al genere rappresenta una sfida sottovalutata ma di rilevanza cruciale. Le differenze di genere possono influenzare in modo significativo l'esperienza e l'esito della diagnosi, del trattamento, dell'assistenza sanitaria. Gli studi hanno evidenziato che le femmine spesso ricevono cure meno efficaci rispetto ai maschi per stesse condizioni di malattia. I sintomi delle pazienti femmine vengono spesso minimizzati o non considerati dai professionisti sanitari.

Questi bias di genere possono diventare errori pericolosi per i pazienti, se non riconosciuti e non trattati, ma anche per le Strutture Sanitarie e per l'intero Sistema Sanitario Nazionale in quanto la mancanza di percezione dell'errore determina una mancata segnalazione che diventa una mancata opportunità di prevenzione degli eventi avversi e degli errori. **Inoltre, identificare e prevenire errori migliora la sicurezza per i pazienti e per i professionisti sanitari.** Il mancato riconoscimento dell'errore causato dal bias di genere può diventare un potenziale danno per il paziente e presupporre un eventuale esborso economico da parte dell'azienda.

Esistono pregiudizi legati al genere plasmati dalle esperienze vissute, che si celano in ambiti culturali, sociali, comunicativi, lavorativi, che possono influenzare la percezione dei professionisti sanitari verso i pazienti, determinando che il processo decisionale che sottende la segnalazione, a volte, è

Commentato [T16]: ? manca il verbo

influenzato da fattori non prettamente correlati all'ambito sanitario. I dati rilevati dimostrano che il pregiudizio legato al genere influenza la segnalazione in base a "chi è il paziente", anziché a "ciò che presenta" esacerbando le disuguaglianze sanitarie. Per questo motivo è importante implementare le conoscenze riguardo l'influenza del genere sul processo decisionale attraverso politiche e procedure di segnalazione degli incidenti trasparenti e non discriminatorie (anche riguardo le aggressioni), al fine di garantire un ambiente di cura e di lavoro e sicuro per tutti.

La mancata segnalazione si traduce in oneri materiali ed emotivi per segnalante e segnalato ed oneri economici per le strutture sanitarie.

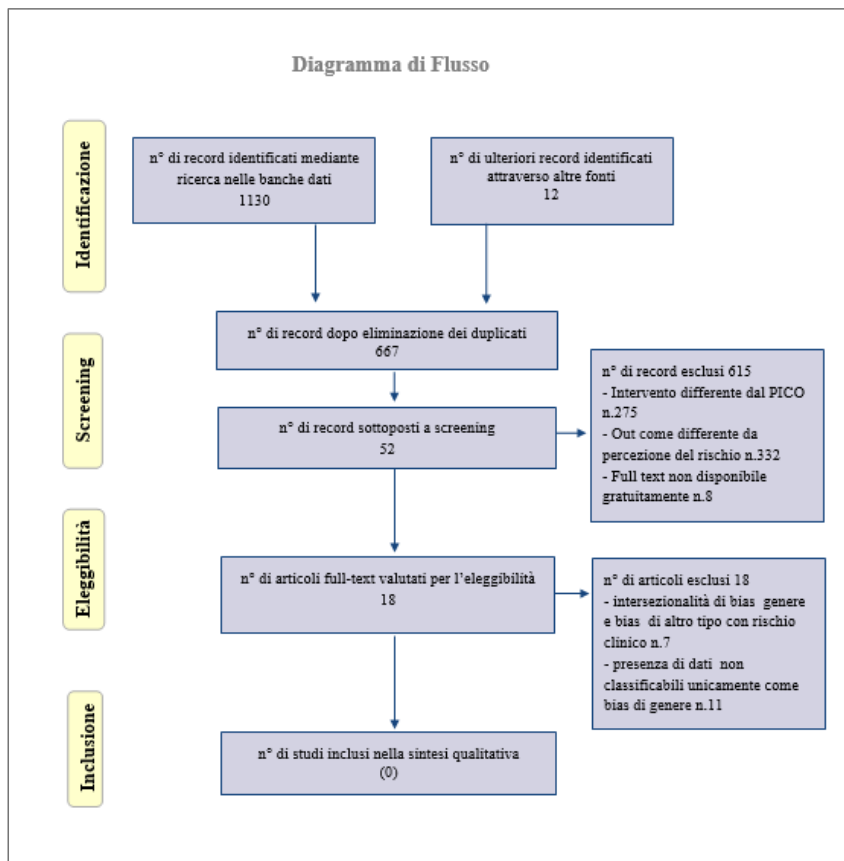
È importante che i professionisti sanitari e le professioniste sanitarie siano consapevoli dei propri pregiudizi e siano in grado di riconoscerli e affrontarli in modo appropriato. Questo permetterà loro di fornire un'assistenza più equa e rispettosa delle diversità dei pazienti. Per questo la formazione deve includere componenti di sensibilizzazione, consapevolezza e educazione sul riconoscimento dei pregiudizi impliciti e sulle disuguaglianze di genere nel contesto dell'assistenza sanitaria.

Attraverso un impegno concreto e continuativo sarà possibile individuare e ridurre i bias di genere nelle segnalazioni degli incidenti e promuovere una cultura della sicurezza più efficace e inclusiva.

Allegati

Popolazione	Concetto	Contesto	Documento
<ul style="list-style-type: none"> PS che lavorano in contesto sanitario, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Infermiere - Fisioterapista - Ostetrica/o - Professionista della salute mentale - Operatore sociosanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Bias di genere Segnalazione dell'errore in ambito sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Processo decisionale del professionista sanitario, quando interagisce con il bias di genere e influenza la segnalazione dell'errore 	<ul style="list-style-type: none"> Studi di ricerca, revisioni Casi studio Editoriali
PS: Professionista Sanitario			

Allegato 1 Identificazione della popolazione, concetto, e contesto per la ricerca bibliografica



Allegato 2 Diagramma di flusso della strategia di ricerca e risultati, secondo il modello PRISMA (Liberati, 2015)

Commentato [T17]: Bisogna mettere fra parentesi il riferimento bibliografico delle prisma guidelines.

Bibliografia

1. Altman M.R., Kantrowitz-Gordon I., Moise E., et al (2021), “*Addressing positionality within case-based learning to mitigate systemic racism in health care*”, Nurse educator, Vol 46, n°5, pag 284-289.
2. Amutah C., Greenidge K., Mante A., et al (2021), “*Misrepresenting Race - The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias*”, N Engl J Med. 2021 Mar 4;384(9):872-878. doi: 10.1056/NEJMms2025768. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33406326.
3. Angeli F.(2007), “*La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane*”, Libro bianco, Milano.
4. Annandale E., Hunt K. (2000), “*Gender Inequalities in Health*”, Open University Press.Buckingham.
5. Arnone A., Gioiello G., Riccardo F. (2022), “*Il gender Bias in sanità: un'indagine qualitativa*”, IJN (Italian Journal of Nursing).
6. Baggio G., Corsini A., Floreani A. et al. (2013), “*Medicina di genere: un compito per il terzo millennio*”. Clin Chem Lab Med. 2013;51(4):713-27.
7. Baggio G. (2015), “*Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica*”, Ital J Gender-Specific Med 2015;1(1):3-5. doi 10.1723/2012.21900.
8. Beyer K., Barod R., Fox L., et al (2021), “*The current evidence for factors that influence treatment decision making in localized kidney cancer: a mixed methods systematic review*”, The Journal of urology, 206(4), 827-839.
9. Boldrini P. (2019), “*Il lungo cammino per la diffusione della medicina di genere, dalle prime mozioni di legge al primo Piano per la sua attuazione*”, The Italian journal of Gender medicine, Volume 5, Numero 3, Pag.2-3.
10. Bower K. M., Kramer B., Warren, et al (2023), “*Development of an instrument to measure awareness and mitigation of bias in maternal healthcare*”, American journal of obstetrics & gynecology MFM, 5(4), 100872.
11. Carè A. (2019), “*L'approccio di genere per la medicina del futuro*”, The Italian Journal of Gender-Specific Medicine, Vol 5, Issue3-2019.
12. CNB Comitato Nazionale di Bioetica (2008), “*La sperimentazione farmacologica sulle donne*”, Presidenza Consiglio dei ministri.
13. Collicelli C. (2022), “*Donne e salute in Italia: passi compiuti e sfide da affrontare*”, Etica e Alleanza per lo Sviluppo sostenibile ASViS.
14. Commissione Tecnica Rischio Clinico, (2003), “*Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*”, Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III.
15. Di Nuovo F., Onorati M., Nicola M., et al (2018), “*Il valore aggiunto della differenza di genere nelle professioni sanitarie*”, Ital J Gender-Specific Med 2018;4(1):34-35. doi 10.1723/2968.29768.
16. Featherston R., Downie L.E., Vogel A.P., et al (2020), “*Decision making biases in the allied health professions: a systematic scoping review*”, PLoS One, 15(10), e0240716.

Commentato [T18]: Rivedere, anche nelle citazioni nel corpo della tesi, come da indicazioni.

17. Ferrari L., Mari V., De Santi G., et al (2022), “*Early Barriers to Career Progression of Women in Surgery and Solutions to Improve Them: A Systematic Scoping Review*”, *Ann Surg.* 2022 Aug 1;276(2):246-255. doi: 10.1097/SLA.0000000000005510. Epub 2022 Jul 4. PMID: 35797642.
18. FitzGerald C., Hurst S. (2017), “*Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review*”, *BMC Med Ethics.* 2017 Mar 1;18(1):19. doi: 10.1186/s12910-017-0179-8. PMID: 28249596; PMCID: PMC5333436.
19. Fox M., Fonseca C., Bao J. (2011), “*Work and family conflict in academic science: Patterns and predictors among women and men in research universities*”, *Social studies of science.* 41. 715-35. 10.2307/41301957.
20. Franconi F., Canu S., Campasi I. (2008), “*Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici*”, *Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute delle Donne.* Roma. Pag. 39-53.
21. Gemmati D., Varani K., Bramanti B., et al (2019), “*Bridging the Gap" Everything that Could Have Been Avoided If We Had Applied Gender Medicine, Pharmacogenetics and Personalized Medicine in the Gender-Omics and Sex-Omics*”, *Era. Int J Mol Sci.* 2019 Dec 31;21(1):296. doi: 10.3390/ijms21010296. PMID: 31906252; PMCID: PMC6982247.
22. Gilbert S.R., Torrez T., Jardaly A.H., et al (2024), “*Collaborative Orthopaedic Educational Research Group. A Shadow of Doubt: Is There Implicit Bias Among Orthopaedic Surgery Faculty and Residents Regarding Race and Gender?*”, *Clin Orthop Relat Res.* 2024 Jan 12. doi: 10.1097/CORR.0000000000002933. Epub ahead of print. PMID: 38214651.
23. Giorno S., Mason R., Lagosky S. et al (2016), “*Integrazione e valutazione del sesso e del genere nella ricerca sanitaria*”, *Sist. Politica di Ris. Salute* 2016;14:1-5.
24. Gopal D.P., Chetty U., O'Donnell P., et al (2021), “*Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making*”, *Future Healthc J.* 2021 Mar;8(1):40-48. doi: 10.7861/fhj.2020-0233. PMID: 33791459; PMCID: PMC8004354.
25. Greenwald A.G., Dasgupta N., Dovidio J.F., et al (2022), “*Implicit-Bias Remedies: Treating Discriminatory Bias as a Public-Health Problem*”, *Psychological Science in the Public Interest.* 2022 May;23(1):7-40. doi: 10.1177/15291006211070781. PMID: 35587951; PMCID: PMC9121529.
26. Groves P.S., Bunch J.L., Sabin J.A. (2021),” *Nurse Bias and Nursing Care Disparities Related to Patient Characteristics: A Scoping Review of the Quantitative and Qualitative Evidence*”, *PubMed J.Clin. Nurs.* 30, 3385–3397pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34021653/.
27. Hallam L., McKenzie B.L., Gong J., et al (2022), “*Contextualising sex and gender research to improve women's health: An early- and mid-career researcher perspective*”, *Front Glob Womens Health.* 2022 Jul 19; 3:942876. doi: 10.3389/fgwh.2022.942876. PMID: 35928054; PMCID: PMC9343614.
28. Hallet J, Sutradhar R, Flexman A, et al. (2024), “*Association between anaesthesia-surgery team sex diversity and major morbidity*”, *Br J Surg.* 2024 May 3;111(5): znae097. doi: 10.1093/bjs/znae097. PMID: 38747328; PMCID: PMC11094651.
29. Hansen M., Schoonover A., Skarica B., et al (2019), “*Implicit gender bias among US resident physicians*”, *BMC Med Educ.* 2019 Oct 29;19(1):396. doi: 10.1186/s12909-019-1818-1. PMID: 31660944; PMCID: PMC6819402.
30. Hansen M., Schoonover A., Skarica B., et al (2019), “*Implicit gender-career bias in postgraduate medical training still exists, mainly in residents and in females*”, *BMC medical education*, 19, 1-9.

31. Hedden L., Barer M. L., Cardiff K., et al (2014), “*The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review*”. *Human resources for health*, 12, 32. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-32>.
32. Heidari S., Babor T.F., De Castro P., et al (2016),” *Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use*”, *Res Integr Peer Rev.* 2016 May 3; 1:2. doi: 10.1186/s41073-016-0007-6. PMID: 29451543; PMCID: PMC5793986.
33. Ho I.K., Lawrence J.S. (2021), “*The Role of Social Cognition in Medical Decision Making with Asian American Patients*”, *PubMed Health Disparities*, doi: 10.1007/s40615-020-00867-8.
34. Howick J., Steinkopf L., Ulyte A., et al (2017), “*How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys*”, *BMC medical education*, 17(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3>.
35. Jala S., Fry M., Elliott R. (2023), “*Cognitive bias during clinical decision-making and its influence on patient outcomes in the emergency department: a scoping review*”, *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7076-7085.
36. Jefferson L., Bloor K., Birks Y. et al (2013), “*Effect of physicians’ gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis*”, *PubMed J Health Serv. Res Policy*; 18 (4): 242-248.
37. Kaneman D. (2012), “*Pensieri lenti e veloci*”, Mondadori, Milano.
38. Li S., Lee-Won R. J., McKnight J. (2019). “*Effects of Online Physician Reviews and Physician Gender on Perceptions of Physician Skills and Primary Care Physician (PCP) Selection*”, *Health communication*, 34(11), 1250–1258. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1475192>.
39. Liberati A., Altman D. G., Tetzlaff J., et al (2015), “*PRISMA Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: spiegazione ed elaborazione*”, *Evidence* 2015;7(6): e1000115 doi: 10.4470/E1000115.
40. Marcelin J.R., Siraj D.S., Victor R. et al (2019), “*The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It*”, *PubMed J. Infect. Dis.* 220(220 Suppl 2): S62-S73. doi: 10.1093/infdis/jiz214.
41. Mancini M., Righetto M., Baggio G. (2020), “*Spotlight sulle disparità specifiche di genere nel cancro della vescica*”, 103-11487(3):103-114. doi: 10.1177/0391560319887327.
42. Meidert U., Dönnges G., Bucher T., et al (2023), “*Unconscious Bias among health professionals: a scoping review*”, *International journal of environmental research and public health*, 20(16), 6569.
43. Miyawaki A., Jena A.B, Rotenstein L.S, et al. (2024), “*Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates by Physician and Patient Sex*”, *Ann Intern Med.*2024;177:598-608. [Epub 23 April 2024]. doi:10.7326/M23-3163.
44. Muzammil M.A., Javid S., Afridi A.K. (2024), “*Artificial intelligence-enhanced electrocardiography for accurate diagnosis and management of cardiovascular diseases*”, *J Electrocardiol.* DOI: 10.1016/j.jelectrocard.2024.01.006
45. Nielsen M.W., Stefanick M.L., Peragine D., et.al (2021), “*Gender-related variables for health research. Biol Sex Differ*”, 2021 Feb 22;12(1):23. doi: 10.1186/s13293-021-00366-3. PMID: 33618769; PMCID: PMC7898259.
46. Peters S.A.E., Woodward M. (2023), “*A roadmap for sex- and gender-disaggregated health research*”, *BMC Med* 2023;21:354 (doi: 10.1186/s12916-023-03060-w).

47. Ravegnini G. (2021), “*Uomini e donne visti dal farmaco: due mondi molto diversi e ancora da perfezionare*”, SIF Magazine Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.sifweb.org/sif-magazine>.
48. Roter D.L., Hall J.A. (2004), “*Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research*”, PubMed doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134.
49. Sabin J.A. (2022), “*Tackling Implicit Bias in Health Care*”, N Engl J Med. 2022 Jul 14;387(2):105-107. doi: 10.1056/NEJMp2201180. Epub 2022 Jul 9. PMID: 35801989; PMCID: PMC10332478.
50. Saifee D.H., Hudnall M., Raja U. (2022), “*Physician Gender, Patient Risk, and Web-Based Reviews: Longitudinal Study of the Relationship Between Physicians' Gender and Their Web-Based Reviews*”, J Med Internet Res. 2022 Apr 8;24(4): e31659. doi: 10.2196/31659. PMID: 35394435; PMCID: PMC9034420.
51. Spatoula V., Panagopoulou E. (2023), “*Biases towards different patients' groups. How do they differ during medical education?*”, Patient Education and Counseling, 112, 107747.
52. Stanovich K. E., West R. F. (2000), “*Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate*”, Behavioral and Brain Sciences, 23, 645–726.
53. Sukhera J., Wodzinski M., Milne A., et al. (2019), “*Implicit bias and the feedback paradox: exploring how health professionals engage with feedback while questioning its credibility*”, PubMed. Acad. Med. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002782.
54. Thirsk L. M., Panchuk J. T., Stahlke S., et al (2022), “*Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: a scoping review*”, International Journal of Nursing Studies, 133, 104284.
55. Thompson J., Bujalka H., McKeever S. et al (2023), “*Educational strategies in the health professions to mitigate cognitive and implicit bias impact on decision making: a scoping review*”, BMC Med Educ 23, 455 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04371-5>.
56. Tomaiuolo R., Garofalo P. (2021), “*Gender Impact Assessment for sex and gender inclusion in health outcomes*”. Ital J of Sex-and Gender-Specific Med 2021, Vol.0,N.3
57. Tsugawa Y., Jena A. B., Jha A. K. (2017), “*Limitations Concerning the Association of Physician Sex and Patient Outcomes-Reply*”, JAMA internal medicine, 177(7), 1058–1059. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2148>
58. Vela M. B., Erondü A. I., Smith N. A., et al (2022), “*Eliminating explicit and implicit biases in health care: evidence and research needs*”, Annual review of public health, 43, 477-501.
59. Vezzani A., Solinas E., Pflleiderer B., et al (2022), “*A survey to assess the quality of sleep in Italian medical women*”, Ital J Gender-Specific Med 2022;8(2):81-86. doi 10.1723/0000.37951
60. Vickrey B.G., Samuels M.A., Ropper A.H. (2010), “*How neurologists think: a cognitive psychology perspective on missed diagnoses*”, Ann Neurol. 2010;67:425-433.
61. Visca A. (2022), “*Rischio cardiovascolare dopo la menopausa, donne ancora poco consapevoli*”. [https://medicoepaziente.it/2022/rischio-cardiovascolare-dopo-la-menopausa-donne-ancora-poco-consapevoli/\(Tratto: 2024.02.26\)](https://medicoepaziente.it/2022/rischio-cardiovascolare-dopo-la-menopausa-donne-ancora-poco-consapevoli/(Tratto: 2024.02.26))
62. Westphaln K.K., Regoeczi W.C., Masotya M., et al (2021), “*From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology*”, MethodsX, 8.
63. Willems S., De Maesschalck S., Deveugele M., et al (2005), “*Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?*”, Patient education and counseling, 56(2), 139-146.

64. Wolbring G. (2023), “*The BIAS FREE: Framework: A Tool for Science/Technology and Society Education to Increase Science and Risk Literacy*”, 10.1007/978-3-031-24271-7_4.

Sitografia

1. <https://cordis.europa.eu/article/id/29248-integrating-sex-and-gender-differences-in-health-research/it> (Tratto: 2024.04.26)
2. <https://genderinnovations.stanford.edu/terms/gender.html> (Tratto: 2024.03.26)
3. <https://medicoepaziente.it/2022/rischio-cardiovascolare-dopo-la-menopausa-donne-ancora-poco-consapevoli/> (Tratto: 2024.02.25)
4. <https://milano-sfu.it/bias-cognitivi/> (Tratto: 2024.04.26)
5. <https://www.aifa.gov.it/en/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2019> (Tratto: 2024.04.01)
6. <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/chi-se-ne-occupa> (Tratto: 2024.05.01)
7. <https://www.europadonna.it/2022/04/14/gender-bias-e-medicina-di-genere/>(Tratto: 2024.04.01)
8. <https://www.fabioscolari.it/come-vengono-prese-le-decisioni-e-la-teoria-del-doppio-processo/>(Tratto: 2024.05.21)
9. <https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/how-to-prevent-algorithmic-bias-in-health-cura/>(Tratto: 2024.04.11)
10. <https://www.iss.it/osmg-l-osservatorio/>(Tratto: 2024.04.01)
11. <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?id=238&area=qualita&menu=vuotosicurezza/> (Tratto: 2024.04.11)