



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M. FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA

PROVA FINALE

"Pregiudizi impliciti e stereotipi in sanità – una revisione dell'evidenza empirica"

RELATORE:

CH.MO PROF. MARCO BERTONI

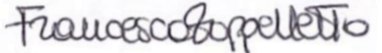
LAUREANDA: FRANCESCA ZOPPELLETTO

MATRICOLA N. 2000852

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

Dichiaro di aver preso visione del “Regolamento antiplagio” approvato dal Consiglio del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali e, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro che il presente lavoro non è già stato sottoposto, in tutto o in parte, per il conseguimento di un titolo accademico in altre Università italiane o straniere. Dichiaro inoltre che tutte le fonti utilizzate per la realizzazione del presente lavoro, inclusi i materiali digitali, sono state correttamente citate nel corpo del testo e nella sezione ‘Riferimenti bibliografici’.

I hereby declare that I have read and understood the “Anti-plagiarism rules and regulations” approved by the Council of the Department of Economics and Management and I am aware of the consequences of making false statements. I declare that this piece of work has not been previously submitted – either fully or partially – for fulfilling the requirements of an academic degree, whether in Italy or abroad. Furthermore, I declare that the references used for this work – including the digital materials – have been appropriately cited and acknowledged in the text and in the section ‘References’.

Firma (signature) 

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	1
<i>CAPITOLO 1: individuare e affrontare i pregiudizi impliciti in sanità</i>	2
1.1 Introduzione ai pregiudizi	2
1.1.1 Pregiudizi espliciti ed impliciti	2
1.1.2 Origine del bias: dual process theory	3
1.2 Pregiudizi impliciti tra gli operatori sanitari	4
1.2.1 Pregiudizi impliciti di genere	5
1.2.2 Pregiudizi razziali ed etnici nei confronti delle minoranze	6
1.2.3 Conseguenze dei pregiudizi impliciti su assistenza e cura del paziente	7
1.2.4 Impatto del contesto lavorativo sui pregiudizi impliciti: uno studio condotto sul personale del pronto soccorso	10
1.3 Influenza e implicazioni dei pregiudizi impliciti per gli studenti di medicina	11
1.3.1 Discriminazioni e pregiudizi impliciti nella formazione medica	11
1.3.2 Impatto del razzismo nell'istruzione medica sulle scelte degli studenti di operare nelle comunità svantaggiate: lo studio di Phelan et al. 2019	12
1.3.3 L'importanza di includere tirocinanti appartenenti a minoranze razziali	13
1.3.4 Convinzioni e false credenze tra gli studenti di medicina	14
1.4 Affrontare i pregiudizi impliciti nell'assistenza sanitaria	15
1.4.1 Progetto Implicit e progetto UnBIASED	16
1.4.2 Mitigazione dei bias tra gli operatori sanitari	17
1.4.3 Educare gli studenti sui pregiudizi impliciti	18
1.4.4 Segnalazione dei bias	20
<i>CAPITOLO 2: IAT test</i>	21
2.1 Introduzione allo IAT test	21
2.2 Le fasi del test	21
2.3 IAT score	23
2.4 Applicazioni e studi recenti	23
2.4.1 Atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti dei pregiudizi impliciti: lo studio di Jones, 2022	23
2.4.2 Pregiudizio implicito del peso negli Stati Uniti: due studi a confronto	24
2.5 Critiche e sviluppi futuri	26
<i>CONCLUSIONI</i>	28
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	29

INTRODUZIONE

Nel contesto dell'assistenza sanitaria, la ricerca e l'analisi dei pregiudizi impliciti sono necessarie per comprendere come percezioni, credenze e comportamenti influenzano la qualità delle cure fornite e le dinamiche tra operatori sanitari e pazienti. Affrontare i pregiudizi impliciti rappresenta una sfida molto spesso sottovalutata ma di rilevanza cruciale. L'elaborato si concentrerà sull'analisi di questi preconcetti inconsci nell'ambito della sanità, esplorando la loro natura, i loro effetti e le strategie per affrontarli.

L'elaborato è organizzato come segue. Il primo capitolo fornisce una panoramica generale sui pregiudizi, definendo la differenza tra pregiudizi impliciti ed espliciti e offrendo un'analisi delle origini di tali pregiudizi. Si analizzerà l'impatto dei pregiudizi impliciti sulla salute e sull'assistenza sanitaria, mettendo in evidenza come le percezioni di genere e razza/etnia possano plasmare le interazioni tra operatori sanitari e pazienti. Tali pregiudizi possono anche radicarsi nell'ambiente formativo, influenzando le scelte e le aspettative degli studenti di medicina. Al termine del capitolo, si spiegherà come l'individuazione e l'affronto dei pregiudizi impliciti siano essenziali alla costruzione di un ambiente medico più inclusivo e rispettoso. Verranno affrontate tecniche e strategie che possono essere adottate al fine di ridurre l'influenza dei pregiudizi impliciti nelle decisioni cliniche.

Nel secondo capitolo l'attenzione si sposta verso uno strumento chiave per misurare e comprendere i pregiudizi impliciti: l'Implicit Association Test (IAT). Si analizzeranno le fasi del test e la sua interpretazione attraverso lo IAT score. Si affronteranno studi recenti che applicano il test di associazione implicita, mettendo in luce le implicazioni dei pregiudizi impliciti.

Nel complesso, questa prova finale mira ad approfondire i pregiudizi impliciti e il loro impatto nell'ambito sanitario, con la speranza di promuovere una pratica più consapevole, inclusiva ed equa tra operatori sanitari e studenti di medicina.

CAPITOLO 1: individuare e affrontare i pregiudizi impliciti in sanità

1.1 Introduzione ai pregiudizi

Il pregiudizio è «un'idea, opinione concepita sulla base di convinzioni personali e prevenzioni generali, senza una conoscenza diretta dei fatti, delle persone, delle cose, tale da condizionare fortemente la valutazione, e da indurre quindi in errore» (Vocabolario Treccani, s.d.).

I pregiudizi, sia espliciti che impliciti, sono uno tra i molti fattori che concorrono a generare disuguaglianze nella sanità e nell'accesso all'assistenza sanitaria (Sabin J. A., 2022). È opportuno introdurre e comprendere la distinzione tra queste due tipologie di pregiudizi, in quanto si differenziano in termini di consapevolezza e controllo che le persone possiedono su di essi.

1.1.1 Pregiudizi espliciti ed impliciti

I pregiudizi espliciti sono comportamenti consapevoli che si manifestano attraverso atteggiamenti apertamente discriminatori basati su razza, etnia, età, genere, o altre caratteristiche. Essi derivano molto spesso da stereotipi radicati o credenze personali.

«I pregiudizi espliciti, gli atteggiamenti e le supposizioni che riconosciamo come parte dei nostri sistemi di credenze personali possono essere valutati attraverso l'autovalutazione» (Sabin J. A., 2022).

D'altra parte, i soggetti non sono consapevoli dei loro pregiudizi impliciti e non li esprimono apertamente. Possiamo definire tali preconcetti impliciti come pensieri, sentimenti ed atteggiamenti inconsci che influenzano le nostre valutazioni riguardanti altri soggetti. Essi si basano su associazioni mentali molto rapide ed automatiche che si creano a causa, ad esempio, di influenze culturali o esperienze personali. Risulta difficile controllarli perché basati su schemi mentali appartenenti al nostro subconscio e possono essere misurati solo indirettamente. Nonostante i soggetti si sforzino a non essere apertamente prevenuti, tali pregiudizi agiscono senza controllo diretto. «Una persona può avere convinzioni egualitarie esplicite mentre nutre atteggiamenti e stereotipi impliciti che contraddicono le sue convinzioni coscienti» (Sabin J. A., 2022). Tali pregiudizi possono inoltre influenzare giudizi e comportamenti in modo da renderli ingiusti, discriminatori e addirittura dannosi.

1.1.2 Origine del bias: dual process theory

Dopo aver fatto chiarezza sul concetto di pregiudizio in generale, e in particolar modo la distinzione tra esplicito ed implicito, risulta interessante approfondire come funziona il pregiudizio e soprattutto come si origina. A questo proposito, la teoria del doppio processo (Dual Process Theory, DPT) può essere d'aiuto. «Il processo decisionale coinvolge sia processi di tipo 1 che di tipo 2. I processi di tipo 1 sono veloci, inconsci e richiedono risorse cognitive limitate. Al contrario, i processi di tipo 2 sono più lenti, coscienti, analitici e richiedono maggiori risorse cognitive» (Gopal, Chetty, O'Donnell, Gajria, & Blackadder-Weinstein, 2021). I processi della prima tipologia dominano il processo decisionale, consentono decisioni più rapide ma proprio per questo risultano essere molto più vulnerabili agli errori, i quali «sono in gran parte inconsci e quando si verificano, raramente vengono corretti» (Croskerry, Singhal, & Mamede, 2013). Ciò nonostante, risultano essere necessari alla funzione umana. Basta pensare al fatto che i pregiudizi si sviluppano addirittura nei primi anni di vita dei soggetti attraverso gli stereotipi sociali, le proprie esperienze vissute ma anche quelle vissute da soggetti che ci circondano.

Spostiamo ora l'attenzione sul pregiudizio implicito negativo nell'ambito della sanità per comprendere quali possano essere le conseguenze nell'assistenza e nella cura dei pazienti. «Il pregiudizio può avere un impatto importante sul modo in cui i medici conducono le consultazioni e prendono decisioni per i pazienti» (Gopal, Chetty, O'Donnell, Gajria, & Blackadder-Weinstein, 2021).

Utilizzando la Dual Process Theory si è in grado di comprendere meglio il processo decisionale clinico. Vi sono due tipologie di decisioni che il medico può prendere sulla diagnosi del paziente: decisioni più rapide che si possono ricondurre ai processi di tipo 1 e decisioni efficaci ma più lente e che richiedono molte più risorse, ossia processi di tipo 2.

La modalità intuitiva del processo decisionale, anche chiamata processi di tipo 1, è caratterizzata dall'euristica, ossia modi di pensare abbreviati e scorciatoie che il medico può ritenere adeguato applicare nel momento in cui si trova di fronte ad una situazione clinica già vista in precedenza con altri pazienti. Tuttavia, è importante notare che l'uso di questo processo veloce può portare a delle conclusioni errate o addirittura a trascurare alcune informazioni importanti riguardanti il paziente.

La propensione ad utilizzare l'euristica è maggiore, soprattutto quando la scarsità di risorse cognitive e risorse temporali impediscono una valutazione approfondita e ponderata di

tutti gli elementi o quando l'output richiesto al sistema cognitivo ha a che fare con procedure familiari o già consolidate (Cannito, 2017). In generale, la possibilità di incorrere in errori risulta essere molto più frequente nei processi di tipo 1 rispetto ai processi di tipo 2, ma non si esclude la possibilità di incorrere in errori anche attraverso i processi di tipologia 2 nonostante avvengano sotto il controllo cosciente dell'individuo.

È opportuno considerare che il processo decisionale può essere influenzato anche da condizioni ambientali che circondano il medico e da fattori individuali, come per esempio l'affaticamento, le distrazioni o la razionalità.

A questo punto, è possibile ricondurre due principali caratteristiche al bias cognitivo: il fatto di essere legato al concetto di errore ma anche di essere una conseguenza dell'applicazione dell'euristica. Si può concludere che una buona diagnosi nei confronti dei pazienti può derivare da un giusto equilibrio tra entrambe le tipologie di processi.

1.2 Pregiudizi impliciti tra gli operatori sanitari

Gli operatori sanitari giocano un ruolo fondamentale nel fornire cure e supporto alle persone ma non si può escludere che possano essere soggetti a pregiudizi impliciti, molto spesso inconsci, che possono avere effetti significativi sulla qualità delle cure fornite e sulla relativa esperienza vissuta dai pazienti. I medici e altri operatori sanitari, quando sono influenzati da preconcetti impliciti e stereotipi, possono fornire un trattamento di qualità inferiore non basato sulla reale necessità del paziente. Ciò può portare ad elaborare diagnosi errate, ritardi nelle cure o persino abbandono terapeutico, con conseguente impatto negativo sull'esito clinico del paziente. «In medicina, le pratiche e le politiche discriminatorie guidate da pregiudizi non solo influenzano negativamente l'assistenza ai pazienti e l'ambiente di formazione medica, ma limitano anche la diversità della forza lavoro sanitaria, portano ad una distribuzione iniqua dei finanziamenti per la ricerca e possono ostacolare l'avanzamento di carriera» (Sabin J. A., 2022). In aggiunta, la mancanza di consapevolezza del pregiudizio implicito può perpetrare le disuguaglianze sistematiche, con conseguente riduzione della retribuzione per i medici appartenenti a minoranze etniche e mancanza di chirurghi donne in posizione di alto livello (Gopal, Chetty, O'Donnell, Gajria, & Blackadder-Weinstein, 2021).

1.2.1 Pregiudizi impliciti di genere

I pregiudizi impliciti si riflettono nelle azioni e possono condurre a discriminazioni e trattamenti preferenziali non solo nei confronti di alcuni pazienti, ma anche di alcuni gruppi di professionisti.

Uno studio di 2535 medici ha riportato un pregiudizio più debole nei medici di sesso femminile rispetto a quello maschile (Sabin, Nosek, Greenwald, & Rivara, 2009).

Recentemente si è riscontrata la presenza di pregiudizi impliciti di genere tra i medici in formazione post-laurea negli Stati Uniti (Hansen, et al., 2019). Gli uomini sono ben visti come leader tra i medici nei programmi di medicina d'urgenza e ostetricia e ginecologia, nonostante le donne rappresentino quasi la metà degli studenti iscritti nelle scuole di medicina statunitensi da oltre vent'anni. Un'elevata percentuale di medici di sesso maschile ritiene che il proprio genere offra vantaggi nella percezione degli altri membri del team riguardo il loro ruolo di leader, mentre solamente il 7% delle donne ritiene che il proprio genere sia vantaggioso.

Secondo quanto riportato da una revisione sistematica riguardante i primi ostacoli alla progressione di carriera delle donne in chirurgia (Ferrari, et al., 2022), si riconosce che le discriminazioni di genere diffuse e le molestie, soprattutto nei primi periodi della carriera, costituiscano un serio ostacolo per le studentesse di medicina che desiderano intraprendere una carriera nella chirurgia. Nonostante la grande quantità di dati che evidenziano tali discriminazioni, molti casi rimangono non segnalati per il timore di subire delle conseguenze negative. Proprio per questo sarebbe opportuno intervenire ed organizzare seminari per gli operatori sanitari al fine di aumentare la loro consapevolezza riguardo i pregiudizi impliciti che vengono spesso ignorati o sottovalutati. La necessità di intervento risulta essere ancora più evidente se si tengono in considerazione gli elevati livelli riscontrati di soddisfazione professionale per le donne che hanno scelto la chirurgia. Tale soddisfazione sembrerebbe aumentare con il progredire della carriera.

In conclusione, come può emergere dagli studi presi in considerazione, è fondamentale affrontare e rilevare i pregiudizi impliciti di genere, al fine di ridurre discriminazioni e molestie. Ciò permette di creare un ambiente di lavoro più inclusivo e in questo caso accogliere le donne che aspirano ad avere una carriera, soprattutto nella chirurgia.

1.2.2 Pregiudizi razziali ed etnici nei confronti delle minoranze

Ripercorrendo brevemente alcune revisioni della letteratura pubblicate nell'arco degli anni possiamo approfondire e meglio comprendere verso quali sotto-popolazioni gli operatori sanitari nutrono maggiori pregiudizi impliciti.

Ad esempio, FitzGerald & Hurst, 2017, notano come gli operatori sanitari nutrano sia pregiudizi impliciti che espliciti nei confronti di persone che rappresentano minoranze razziali ed etniche ma anche popolazioni emarginate come quelle in sovrappeso o obese, che usano ausili come sedie a rotelle, che hanno una conoscenza limitata dell'inglese nel contesto americano, che hanno malattie mentali o che appartengono a classi socioeconomiche inferiori.

Nel 2015 è stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura di 15 studi per analizzare la relazione tra pregiudizio implicito di medici e i relativi esiti sulla salute (Hall, et al., 2015). Una delle conclusioni centrali dello studio è che i pregiudizi razziali ed etnici impliciti esistono tra gli operatori sanitari a favore dei bianchi e contro, in particolare, i pazienti neri, ispanici e di carnagione scura, anche quando altri fattori come stato assicurativo e condizione economica sono stati controllati e presi in considerazione.

Negli Stati Uniti le persone di colore affrontano delle difficoltà nell'accedere all'assistenza sanitaria, nella qualità delle cure, nelle terapie ricevute e anche nei risultati sanitari. Si è dimostrato che i pazienti bianchi ricevono cure migliori e generalmente i pazienti di colore sono meno soddisfatti delle loro interazioni con il personale sanitario. I neri americani, gli ispanici americani e gli indiani d'America presentano tassi di mortalità infantile più elevati rispetto ai bianchi e agli asiatici americani. Inoltre, sono state riscontrate molte disparità nelle condizioni di salute e nei comportamenti a rischio tra le persone di colore, come asma, diabete, gravidanza precoce, HIV/AIDS e tubercolosi. I pazienti di colore tendono anche ad avere una valutazione scarsa della propria salute e molti più giorni di malessere rispetto ad americani bianchi o asiatici.

In conclusione, tredici studi su quindici hanno riportato prove di pregiudizi impliciti nei confronti delle persone di colore. Alcuni studi sottolineano l'associazione dei neri americani con l'essere meno collaborativi e responsabili in ambiente medico. Quattro studi hanno riportato tassi di prevalenza di pregiudizi anti-nero tra gli operatori sanitari che variano dal 42% al 100%, risultati che sono stati confermati ulteriormente da studi più recenti.

In sintesi, si può affermare che tredici studi su quindici rilevano la tendenza degli operatori sanitari ad avere un livello da basso a moderato di associazioni negative con i neri americani.

In una revisione più recente (Maina, Belton, Ginzberg, Singh, & Johnson, 2018) si conferma ancora una volta che la maggior parte degli operatori possiede un certo livello di pregiudizio pro-bianco e contro le persone di colore che varia da leggero a forte. Tra gli studi inclusi nella revisione, uno studio ha dimostrato un pregiudizio implicito moderato nei confronti dei bambini neri rispetto a quelli bianchi. Tre studi hanno analizzato il pregiudizio contro gli ispanici rispetto agli adulti bianchi, e anche in questo caso si è riscontrato un pregiudizio pro-bianco e anti-ispanico che varia da moderato a forte. Altri studi manifestano un pregiudizio sempre pro-bianco ma contro gli indiani d'America.

Le revisioni citate aderiscono ai criteri PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) per migliorare la trasparenza nella loro stesura. Hanno raccolto dati da partecipanti che sono operatori sanitari o in formazione per diventare operatori sanitari, e si sono esclusi studi che analizzano solamente i pregiudizi espliciti razziali. Maina et al., 2018, hanno incluso 37 studi e limitato la propria rassegna a quelli che utilizzano lo IAT test (presentato nel secondo capitolo) perché è lo strumento più conosciuto e convalidato per misurare i pregiudizi impliciti. Il pregiudizio implicito del fornitore relativo alla razza o etnia è stato valutato utilizzando dieci tipi di IAT. Gli studi inclusi sono stati sottoposti all'estrazione di dati, tra cui scopo, posizione, impostazione, progettazione, metodi, tassi di risposta, dimensione del campione, caratteristiche del paziente, punteggi IAT medi e altri risultati principali. Anche la revisione di Hall et al. tiene in considerazione studi che hanno utilizzato il test di associazione implicita, tranne uno. Sono stati impiegati dieci database per la ricerca degli studi da includere nella revisione. La maggior parte degli studi sono stati inclusi ed esclusi leggendo il titolo e l'abstract; tuttavia, di alcuni è stato necessario esaminare l'intero testo per verificarne l'ammissibilità. Sviluppando un foglio di calcolo, sono state estratte le informazioni rilevanti dagli studi (citazione, scopo, disegno, sito e ubicazione dello studio, strategia di campionamento, tasso di risposta).

1.2.3 Conseguenze dei pregiudizi impliciti su assistenza e cura del paziente

Il pregiudizio implicito più elevato tra gli operatori sanitari è stato associato a valutazioni inferiori da parte dei pazienti in termini di trattamento interpersonale, conoscenza contestuale, comunicazione e fiducia (Blair, et al., 2013). Uno tra i primi studi a indagare sui pregiudizi

impliciti dei medici e sui processi di comunicazione delle relazioni cliniche è stato condotto da Blair et al., 2013. Lo studio in questione ha utilizzato i dati sui pregiudizi impliciti di uno studio precedente (Blair, et al., 2013), nel quale i medici adulti di alcune organizzazioni sanitarie erano stati invitati a completare le misure dei loro atteggiamenti etnici/razziali impliciti ed espliciti. Il pregiudizio implicito contro persone di colore e latini è stato misurato attraverso due test di associazione implicita, già convalidati in ricerche precedenti. Per svolgere l'indagine sui pazienti selezionati sono state somministrate quattro sottoscale dal convalidato Primary Care Assessment Survey (PCAS)¹: trattamento interpersonale, comunicazione, fiducia e conoscenza contestuale.

Circa due terzi dei medici avevano un pregiudizio implicito nei confronti dei neri e dei latini. Sono state riscontrate associazioni coerenti tra il pregiudizio implicito dei medici e le valutazioni dei loro pazienti neri: più forte è la preferenza implicita dei medici per i bianchi rispetto ai neri, minore è la valutazione dei loro pazienti di colore. Tale associazione negativa è stata osservata a vari livelli su tutte e quattro le sotto-scale. Come possiamo comprendere dallo studio, i medici con un pregiudizio razziale implicito maggiore sono stati valutati come coloro che forniscono un'assistenza meno centrata sul paziente. In questo studio non sono però stati analizzati i risultati di salute.

Nella revisione sui pregiudizi impliciti degli operatori sanitari condotta da Fitzgerald et al., 2017, sono stati identificati 42 articoli come ammissibili. A differenza dello studio citato precedentemente, non tutti gli articoli hanno utilizzato il test di associazione implicita per testare i pregiudizi degli operatori sanitari. Alcuni articoli hanno utilizzato vignette per esaminare l'influenza delle caratteristiche del paziente su atteggiamenti, diagnosi e decisioni terapeutiche degli operatori sanitari. Tale metodo è stato incluso perché viene riconosciuto come valido per rilevare la possibile presenza di pregiudizi impliciti. Alcuni criteri di inclusione nella selezione degli studi sono: studi empirici, metodi che identificano i pregiudizi impliciti piuttosto che espliciti, partecipanti medici o infermieri e non studenti.

Una volta estratti, i dati sono stati comunque rivisti per una maggiore accuratezza e completezza. A differenza dello studio di Blair et al., 2013, tutti i tipi di pregiudizi impliciti, non solo i pregiudizi razziali, sono stati presi in considerazione nel tentativo di acquisire anche

¹ Si tratta di un questionario compilato dai pazienti che misura sette domini di cura attraverso 11 scale riassuntive: accessibilità, continuità, completezza, integrazione, interazione clinica, trattamento interpersonale e fiducia (si veda <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9596063/>).

studi non statunitensi. La revisione presenta però delle limitazioni: alcuni studi non sono riusciti a riportare i tassi di risposta o avevano campioni di dimensioni molto ridotte.

Si è confermata la presenza di pregiudizi impliciti tra medici e infermieri che viene manifestata in maniera simile a quella della popolazione in generale. È stata riscontrata anche una relazione positiva tra livello di bias implicito e minore qualità dell'assistenza. Alcuni studi selezionati testimoniano una correlazione significativa tra pregiudizi impliciti e interazione medico-paziente, la quale viene valutata negativamente da pazienti neri ma anche da osservatori esterni in altri studi (Cooper, et al., 2012).

In questa revisione, un'altra correlazione è stata trovata tra alti livelli di pregiudizi impliciti pro-bianchi e risposte al trattamento che hanno favorito i pazienti specificati come bianchi. È possibile riscontrare diversi tipi di bias nelle diagnosi, nelle raccomandazioni da parte del medico, nel numero di domande poste al paziente o nel numero di esami ordinati. Il pregiudizio razziale implicito degli operatori sanitari viene associato all'incertezza diagnostica e possono emergere nei confronti dei pazienti di colore una serie di aspetti come: valutazioni negative delle loro interazioni cliniche, minore centralità del paziente, scarsa comunicazione con l'operatore sanitario, sotto trattamento del dolore e la convinzione che i pazienti neri siano meno aderenti dal punto di vista medico rispetto ai pazienti bianchi.

In generale, i pregiudizi impliciti possono influenzare negativamente l'interazione tra medico e paziente, ma possono anche rendere molto più complessa la formulazione di una terapia adeguata, poiché il paziente potrebbe non rispondere positivamente e non aderire, in quanto riconosce di essere in una situazione di discriminazione.

È stato riscontrato che il pregiudizio implicito che si crea nei confronti di pazienti neri e ispanici si traduce in una conversazione tra medico e paziente molto più lenta, dove la comunicazione è meno reattiva e ricca di contenuti e di conseguenza, meno efficace (Maina, Belton, Ginzberg, Singh, & Johnson, 2018). Sei studi selezionati nella revisione appena citata hanno dimostrato che maggiori pregiudizi impliciti sono associati a disparità nelle raccomandazioni terapeutiche, nelle aspettative di legami terapeutici, nella gestione del dolore e nell'empatia.

A questo punto, dopo aver constatato le conseguenze del pregiudizio implicito sull'interazione tra medico e paziente, possiamo approfondire quali siano gli effetti sulla cura dell'assistito. Nel momento in cui si evidenzia un pregiudizio che favorisce i pazienti bianchi

come più conformi rispetto a quelli neri, quest'ultimi tendono ad essere meno collaborativi alle cure mediche (si veda Maina et al., 2018).

Nel momento in cui è presente il pregiudizio implicito, il medico tende ad ascoltare in misura minore il paziente e di conseguenza a porgli poche domande. Quando il paziente percepisce di non essere trattato in maniera egualitaria rispetto ai pazienti bianchi, difficilmente aderirà alla cura prescritta o la porterà a termine. Non dimostrerà collaborazione con il medico, il quale a causa dei propri pregiudizi impliciti non è in grado di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente. Inoltre, se il paziente ha già avuto esperienze discriminatorie in passato avrà tendenzialmente un atteggiamento diverso nell'interazione con il medico curante, che a sua volta influenza l'atteggiamento del medico. Il paziente difficilmente sarà soddisfatto della cura, non aderirà al follow-up con il medico e di conseguenza, non migliorerà i propri risultati di salute.

1.2.4 Impatto del contesto lavorativo sui pregiudizi impliciti: uno studio condotto sul personale del pronto soccorso

Vi sono situazioni in cui il medico si trova che portano ad aumentare la possibilità di sviluppare pregiudizi impliciti. A tal proposito, uno studio relativo ai medici del pronto soccorso ha rilevato che fattori di stress cognitivo come, per esempio, il sovraffollamento e il carico del paziente sono collegati ad un aumento dei pregiudizi razziali impliciti (Johnson, et al., 2016). È stato realizzato uno studio somministrando ai medici prima del loro turno – escludendo i turni notturni, per poter limitare l'affaticamento dovuto alla mancanza di sonno – una pagina di consenso formativo, alcune domande demografiche e misure di pregiudizi razziali impliciti ed espliciti; e dopo il loro turno, sempre una pagina di consenso formativo, domande sui fattori di stress cognitivo incontrati durante il turno e le stesse misure di pregiudizi. È stato utilizzato il NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study) ossia una misura oggettiva del sovraffollamento del pronto soccorso calcolata sulla base di un algoritmo, la quale viene interpretata utilizzando una scala che va da 1 a 6, dove il numero 6 rappresenta il massimo affollamento del pronto soccorso anche inteso come “pericolosamente affollato”. Tale studio non ha trovato maggiori livelli di bias al termine del turno rispetto a prima dell'inizio del turno, ma, nonostante ciò, fattori di stress come il sovraffollamento del pronto soccorso e la cura di molti pazienti durante il turno possono aumentare lo sviluppo di pregiudizi impliciti. In generale, in condizioni di stress i bianchi americani hanno la tendenza ad associare una valenza negativa e sentimenti come paura e sfiducia ai neri americani. Tali preconcetti

vengono utilizzati molto più spesso in situazioni in cui si è occupati, magari distratti, stanchi e sotto pressione (Blair, et al., 2013).

1.3 Influenza e implicazioni dei pregiudizi impliciti per gli studenti di medicina

È stato dimostrato che il pregiudizio inconscio del medico contribuisce a disparità razziali nell'assistenza medica. «Questi pregiudizi vengono appresi dall'esposizione culturale e interiorizzati nel tempo» (Sabin J. A., 2022).

1.3.1 Discriminazioni e pregiudizi impliciti nella formazione medica

I tirocinanti di medicina, compresi gli studenti e i *residents*, ovvero i medici nella fase di formazione post-laurea, interagiscono con colleghi, supervisori, infermieri, operatori sanitari, i quali devono rappresentare fonte di incoraggiamento ed avere un impatto significativo sulla carriera dei tirocinanti (Fnais, et al., 2014). Purtroppo, a volte sono proprio questi soggetti ad essere fonte di molestia o discriminazione. Molestie e discriminazioni tra i tirocinanti medici non sono diminuite nel tempo e rappresentano un fenomeno diffuso e non limitato a determinati paesi o programmi di formazione. Includendo studi che riportano la prevalenza di molestie e discriminazioni tra i tirocinanti in medicina, 32 di questi hanno riportato una media di quattro fonti di molestie e discriminazioni e 16 hanno osservato una maggiore prevalenza di molestie e discriminazioni di genere tra le tirocinanti femmine rispetto ai tirocinanti maschi (si veda Fnais et al., 2014). È stata riportata anche la presenza di discriminazione razziale culturale tra i tirocinanti non bianchi. La forma di molestie più comunemente segnalata include quella verbale accademica con una prevalenza dal 3% al 28%, mentre le forme di discriminazione dovute alla razza variano dal 4% al 19%. La qualità degli studi presi in considerazione è stata valutata utilizzando la Scala Newcastle-Ottawa (NOS) che si compone di otto elementi relativi a selezione, comparabilità ed esito.

Uno studio si è posto invece l'obiettivo di indagare l'associazione tra il cambiamento nel pregiudizio razziale implicito degli studenti nei confronti degli afroamericani e le relazioni degli studenti sulle loro esperienze con curricula formali, informali e la quantità e preferenza del contatto interrazziale durante la scuola di medicina (Van Ryn, et al., 2015).

Agli studenti selezionati è stato chiesto di compilare questionari e misure di pregiudizio razziale implicito durante il primo e il quarto anno della scuola di medicina, ed è emerso che il 48,7% degli studenti di medicina statunitensi è stato esposto a commenti negativi sui pazienti

di colore da parte di medici curanti o specializzandi. Tali studenti hanno poi dimostrato un pregiudizio razziale implicito maggiore nell'anno 4 rispetto all'anno 1.

Nello studio, gli studenti afroamericani non sono stati inclusi poiché l'obiettivo era testare specifiche ipotesi sugli atteggiamenti tra studenti non afroamericani. Il pregiudizio razziale implicito (Implicit Racial Bias, IRBIAS) è stato analizzato utilizzando il test di associazione implicita bianco-nero.

È possibile rilevare un atteggiamento implicito contro le persone di colore sia tra i medici che tra gli studenti (Ahadinezhad, Khosravizadeh, Maleki, & Hashtroudi, 2021). Se si compie un'analisi più approfondita, l'entità del pregiudizio razziale implicito risulta essere maggiore negli studenti di medicina rispetto ai medici, nonostante la dimensione del pregiudizio razziale implicito trovata sia piccola. Ciò emerge da uno studio che ha incluso ricerche su prove di pregiudizi impliciti tra gli operatori sanitari e studenti, e articoli che utilizzano lo IAT test come misurazione. A differenza dello studio condotto da Fnaiss et al., 2014, è stata utilizzata la Strobe Checklist per verificare la qualità degli articoli selezionati. Alcuni componenti di questo strumento misurano la qualità delle diverse parti degli studi osservazionali.

1.3.2 Impatto del razzismo nell'istruzione medica sulle scelte degli studenti di operare nelle comunità svantaggiate: lo studio di Phelan et al. 2019

Uno studio (Phelan, et al., 2019) di 3756 studenti di 49 scuole di medicina degli Stati Uniti ha condotto una ricerca per stimare se le manifestazioni di razzismo nei programmi scolastici, nella cultura scolastica o negli atteggiamenti degli studenti potessero in qualche modo prevedere dei cambiamenti dal primo al quarto anno nelle intenzioni degli studenti di praticare nelle comunità svantaggiate o con le minoranze. Vi sono comunità, molte delle quali classificate come aree di carenza di professionisti sanitari, che includono un gran numero di residenti appartenenti a minoranze razziali. Dallo studio, gli studenti con atteggiamenti razziali espliciti sono associati ad una minore intenzione di esercitarsi con popolazioni minoritarie e svantaggiate al termine dei loro studi, mentre gli studenti che nell'arco dei loro studi hanno posto l'attenzione sulla salute, sulla disparità e sullo sviluppo di relazioni con le minoranze hanno mostrato maggiori intenzioni a voler prendersi cura di pazienti appartenenti a minoranze. Si è notato come le intenzioni di molti studenti siano cambiate tra l'immatricolazione alla facoltà e la laurea. L'interesse che alcuni studenti hanno sviluppato per il lavoro in un'area scarsamente servita e la cura dei pazienti appartenenti alle minoranze è da associare ad alcuni

elementi, come seminari sulla salute delle minoranze, interazioni con docenti, pazienti, personale di colore, ore di formazione relative a disparità e pregiudizi.

Educare gli studenti di medicina, includendo nei loro programmi di studi il tema dei pregiudizi e delle disparità, aiuta a ridurre i pregiudizi razziali negativi nei confronti delle minoranze e a comprendere che il tema è di rilevante importanza e che necessita di essere affrontato per garantire equità sanitaria tra i pazienti. Preparare gli studenti a prendersi cura di pazienti appartenenti a popolazioni diverse dalla propria può aiutare loro a comprendere che tale pratica è importante e farli sentire più sicuri e preparati nel fornire assistenza alle popolazioni svantaggiate. In alcuni casi, i tirocinanti hanno riconosciuto che i seminari e corsi sui pregiudizi razziali erano coinvolgenti e attraenti ma non così rigorosi rispetto ad altri corsi e hanno riportato che le discussioni sull'equità sanitaria erano forzate (Plaisime, Jipguep-Akhtar, & Belcher, 2023).

Aumentare il numero di medici che lavorano in comunità minoritarie o difficilmente servite potrebbe migliorare la salute di queste popolazioni e ridurre le disparità. In conclusione, se durante il percorso di studi di medicina lo studente ha l'opportunità di partecipare ad esperienze che si concentrano sulla cura di una popolazione svantaggiata, la probabilità che vada a praticare la propria professione con popolazioni in stato di inferiorità aumenta.

1.3.3 L'importanza di includere tirocinanti appartenenti a minoranze razziali

Reclutare tirocinanti provenienti da minoranze razziali è molto importante. L'aggiunta di un gran numero di stagisti appartenenti a minoranze migliora l'ambiente di apprendimento per i tirocinanti di minoranze esistenti, in modo che possano sostenere il loro benessere e le loro prestazioni, ad esempio riducendo l'isolamento sociale e la minaccia degli stereotipi (Vela, Chin, & Peek, 2021). Lavorare a fianco a tirocinanti che fanno parte di gruppi sottorappresentati può essere d'aiuto per altri tirocinanti per ridurre il loro pregiudizio implicito e migliorare la loro interazione e abilità con pazienti di popolazioni diverse dalla propria.

Gli studenti possono sentirsi svalutati dalle microaggressioni. La sottorappresentazione degli studenti di colore contribuisce all'esperienza di isolamento. Infatti, i partecipanti di uno studio (Ackerman-Barger, Boatright, Gonzalez-Colaso, Orozco, & Latimore, 2020) hanno espresso un'acuta consapevolezza di quanto pochi fossero gli individui di colore nelle loro istituzioni. I partecipanti hanno riferito che le loro prospettive o contributi sono stati scontati e svalutati dai gruppi dominanti nei loro contesti di apprendimento. Essi si sono trovati molto spesso in situazioni in cui i colleghi docenti dubitavano o erano sorpresi delle loro capacità

accademiche. Alcuni docenti avrebbero insegnato che l'inferiorità biologica basata sulla razza potrebbe minacciare la salute di molti individui e comunità. Le microaggressioni non sono solo un piccolo inconveniente ma possono danneggiare l'apprendimento e il benessere degli studenti. Molti studenti hanno riscontrato elevati livelli di stress, ansia, concentrazione e frustrazione durante l'esperienza di microaggressioni razziali.

1.3.4 Convinzioni e false credenze tra gli studenti di medicina

Alcuni pregiudizi nascono da false credenze riguardo a differenze di razza o tra gruppi nella popolazione – presenti anche tra il personale medico. Ad esempio, il lavoro di Hoffman, Trawalter, Axt, & Oliver, 2016, parte dall'osservazione che molti studenti e tirocinanti durante la formazione post-laurea hanno convinzioni sulle differenze biologiche tra neri e bianchi come, ad esempio, il fatto che la pelle dei neri sia più spessa di quella dei bianchi o che il corpo delle persone di colore sia biologicamente diverso e che in molti casi sia più forte. Molte credenze sono di natura falsa e correlate a pregiudizi razziali nella percezione del dolore.

Negli studi condotti da Hoffman et al., 2016, è stato riscontrato che l'approvazione a false credenze è associata alla convinzione che i neri provino meno dolore e alla raccomandazione di trattamento insufficiente nei loro confronti. Mentre, l'approvazione di un minor numero di false credenze è associata alla percezione che i bianchi provino meno dolore ma non a raccomandazioni terapeutiche insufficienti nei loro confronti. Appare quindi che il pregiudizio razziale nella percezione del dolore abbia conseguenze dannose sulle raccomandazioni terapeutiche per i pazienti neri e non per i pazienti bianchi.

Dati raccolti nell'ambito del Medical Student Cognitive Habits and Growth Evaluation Study (CHANGES) hanno rilevato, da un sondaggio basato sul web compilato da più di 4500 studenti di medicina del primo anno, che la maggior parte degli studenti possiede pregiudizi di peso impliciti ed espliciti (Phelan, et al., 2014). La distorsione implicita del peso è stata misurata attraverso il test di associazione implicita grasso-magro, mentre la distorsione esplicita con una strategia definita "termometro dei sentimenti", in cui i partecipanti hanno indicato i loro sentimenti nei confronti delle persone obese spostando un cursore lungo il termometro. I punteggi di bias di peso implicito detenuti dagli studenti sono paragonabili ai bias di operatori sanitari e studenti segnalati nei confronti delle minoranze razziali.

Dallo studio è possibile concludere che il pregiudizio implicito è diffuso tra gli studenti di medicina già nel primo anno della loro carriera universitaria – suggerendo la presenza di importanti distorsioni nelle competenze pregresse.

Uno studio più recente (Spatoula & Panagopoulou, 2023) ha affermato che gli studenti di medicina dell'ultimo anno possiedono – quasi sorprendentemente, vista la loro formazione approfondita – maggiori pregiudizi negativi nei confronti dell'età e dell'orientamento sessuale rispetto agli studenti del primo anno. Ai fini dello studio, sono stati utilizzati diversi questionari, tra cui la Fraboni Scale of Ageism (FSA) che valuta sia componenti affettive che cognitive dell'ageismo, come evitamento o discriminazione nei confronti delle persone anziane.

Per quanto riguarda i pregiudizi verso l'età, è quindi utile che i tirocinanti medici acquisiscano un'esposizione agli anziani al di fuori dell'ospedale e l'educazione alla geriatria deve diventare parte obbligatoria del programma della scuola di medicina.

La descrizione di dati epidemiologici utilizzando termini razziali mantiene l'idea errata che la razza in sé ponga i pazienti a rischio di malattia, alimentando così il pregiudizio diagnostico fondato sulla razza. I docenti hanno spesso collegato malattie a particolari gruppi razziali. È comune non solo collegare particolari razze o etnie con specifiche malattie, ma anche collegare le minoranze con la patologia in generale, ossia patologizzare la razza (Amutah, et al., 2021). Le disparità di salute sono presentate senza contesto, portando gli studenti a sviluppare stereotipi dannosi sulla base della convinzione che alcune popolazioni siano più malate di altre. Gli studenti imparano così ad associare la razza a particolari condizioni patologiche (Cerdeña, Plaisime, & Tsai, 2020).

Alcuni studenti hanno notato che la loro formazione mancava del contributo di esperti qualificati sulla questione del pregiudizio razziale e non li preparava adeguatamente a comprendere le complessità associate alla razza negli Stati Uniti e come evitare di impegnarsi in un trattamento differenziato (Plaisime, Jipguep-Akhtar, & Belcher, 2023).

Possiamo concludere che l'attuale cultura medica promuove l'apprendimento e il lavoro degli studenti in condizioni che mettono al centro gli individui bianchi come norma, con conseguenze potenzialmente gravi per i pazienti (si veda Plaisime, Jipguep-Akhtar, & Belcher, 2023). Emerge, pertanto, la necessità di adottare strategie educative mirate a insegnare le tecniche anti-bias al fine di potenziare le cure mediche e conseguire risultati ottimali per ciascun paziente.

1.4 Affrontare i pregiudizi impliciti nell'assistenza sanitaria

«Ad oggi, le strategie efficaci per affrontare sistematicamente gli errori diagnostici e terapeutici sono concentrate principalmente sull'affrontare i deficit di conoscenza degli

operatori sanitari» (Thompson, et al., 2023). Risulta opportuno formare i nuovi operatori sanitari con programmi educativi che aumentano la consapevolezza del ruolo dei pregiudizi negli errori diagnostici e terapeutici e limitare l'influenza del pregiudizio sul processo decisionale clinico. «La consapevolezza dell'esistenza di pregiudizi impliciti rappresenta il primo passo per superarli» (Ahadinezhad, Khosravizadeh, Maleki, & Hashtrودی, 2021).

Esaminare il contesto e la storia di ogni paziente, mettersi nei panni dell'assistito, aumentare la comunicazione con gruppi etnici e razziali minoritari, aumentare l'interazione e la partecipazione sono tutti metodi che aiutano ad affrontare i pregiudizi impliciti.

Evidenza empirica recente dimostra che non basta essere consapevoli dei pregiudizi impliciti, ma è essenziale adottare strategie per controllare le proprie risposte automatiche verso pazienti appartenenti a gruppi stigmatizzati. Un modo per ridurre la resistenza del fornitore all'apprendimento dei pregiudizi impliciti potrebbe essere stabilire obiettivi egualitari e cercare identità di gruppo comuni (Zestcott, Blair, & Stone, 2016).

1.4.1 Progetto Implicit e progetto UnBIASED

Il Project Implicit fu fondato nel 1998 da alcuni scienziati e si tratta di un'organizzazione senza scopo di lucro a livello internazionale di ricercatori interessati alla cognizione sociale implicita (Project Implicit, s.d.). Il progetto offre opportunità di consulenza e formazione, sia virtuali che in presenza, che approfondiscono strategie basate sull'evidenza per ridurre l'impatto dei pregiudizi negativi o indesiderati sulle decisioni. Le sessioni possono essere personalizzate per adattarsi alle esigenze e agli interessi di un gruppo specifico e focalizzarsi su obiettivi particolari. Tale progetto lavora in collaborazione con un programmatore per sviluppare uno studio di ricerca online che include misure implicite come il test di associazione implicita, che approfondiremo nel prossimo capitolo, o altri strumenti come questionari demografici e misure esplicite. Il gruppo di consulenti collabora con i clienti per progettare, analizzare e interpretare i dati, sviluppare gli interventi e fornire supporto.

Recentemente, l'Università di Washington e l'Università della California di San Diego hanno sviluppato il programma UnBIASED con l'obiettivo di studiare un nuovo approccio per affrontare i pregiudizi sanitari impliciti e migliorare la comunicazione medico-paziente nelle cure primarie (UnBIASED, s.d.). Il nuovo strumento in fase di sviluppo sarà in grado di rilevare automaticamente i segnali sociali non verbali che i medici trasmettono in maniera implicita durante le interazioni in tempo reale con i pazienti. Lo strumento fornirà ai medici o ai medici

in formazione un feedback accurato in modo da poter sviluppare un programma individualizzato volto a migliorare le capacità di comunicazione (Sabin J. A., 2022).

Una volta che i ricercatori identificano i modi di comunicare chiave del fornitore, il passo successivo per ridurre la disparità nell'assistenza sanitaria è sviluppare programmi di formazione sulle abilità comunicative dei medici tenendo conto della diversità culturale.

Negli Stati Uniti, la razza è una delle dimensioni più importanti che le persone usano per classificare gli altri e pertanto le esperienze di parzialità e disparità sanitaria tra i pazienti appartenenti a minoranze razziali/etniche sono utili a progettare i programmi di formazione per i medici. In Europa, tale dimensione potrebbe non essere adeguata in quanto esiste una visione più ampia della diversità (Hagiwara, Lafata, Mezuk, Vrana, & Fetters, 2019).

1.4.2 Mitigazione dei bias tra gli operatori sanitari

A causa dell'aumento della migrazione, gli operatori sanitari devono necessariamente sapere come relazionarsi con pazienti migranti e di minoranza etnica. La comunicazione deve essere incentrata sul paziente e culturalmente competente. Per culturalmente competente possiamo intendere «la capacità di lavorare e comunicare in modo efficace e appropriato con persone provenienti da contesti culturali diversi» (Alizadeh & Chavan, 2016). Le capacità comunicative di base sono, ad esempio, mostrare empatia, rispetto, ascoltare attentamente il paziente e ottenere aspetti socioculturali delle esperienze di malattia dei pazienti. Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli di tutte le sfumature dell'interazione con il paziente ed essere in grado di adattare i propri comportamenti comunicativi alle convinzioni e aspettative dell'assistito. Gli operatori, per evitare di incorrere in pregiudizi impliciti, devono conoscere questioni culturali come credenze sul genere e ruoli famigliari, potere e autorità, modalità di comunicazione verbale e non verbale, credenze religiose e modelli esplicativi di malattia e salute. Alcuni concetti di salute potrebbero non avere un'esatta traduzione in un'altra lingua e non essere compresi allo stesso modo. Risulta opportuno quindi sviluppare strumenti per aiutare gli operatori sanitari e i pazienti a colmare le divisioni linguistiche e culturali. Vi sono diversi metodi di supporto linguistico, come ad esempio interpreti professionisti che offrono un gran supporto in qualità di traduzione. In altri casi, sembra essere più adatto coinvolgere interpreti non professionisti come famigliari, amici o personale bilingue. L'insegnamento di tali capacità culturali deve essere inglobato nei curricula medici sia universitari che post-laurea in tutte le specialità mediche e paramediche, guidando gli studenti verso una conoscenza migliore delle minoranze (Schouten, Manthey, & Scarvaglieri, 2023).

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria materna è stata sviluppata una scala bias per misurare la consapevolezza dei pregiudizi, le pratiche di mitigazione e per valutare l'efficacia dell'IBT (Implicit Bias Training) tra gli operatori sanitari (Bower, et al., 2023). La scala, che misura le dimensioni della consapevolezza e della pratica degli operatori sanitari oggetto della formazione IBT, ha dimostrato validità e affidabilità e può essere implementata su larga scala. Infatti, nonostante sia stata concettualizzata come un metodo di valutazione IBT per gli operatori sanitari materni che forniscono assistenza in ambito ospedaliero, è adattabile a diversi contesti sanitari. Possiamo concludere che è fondamentale valutare che i programmi di formazione individuale abbiano un effetto positivo sulla consapevolezza dei pregiudizi e sulle pratiche di mitigazione dei professionisti sanitari.

1.4.3 Educare gli studenti sui pregiudizi impliciti

Metodi per coinvolgere gli studenti e riflettere sull'apprendimento dei pregiudizi impliciti possono essere lavori di gruppo, giochi di ruolo o brainstorming. Gli studenti, oltre a ricevere un'educazione riguardante i pregiudizi, dovrebbero avere a disposizione strumenti e conoscenze per riportare e segnalare i pregiudizi in azione. È quindi necessario promuovere un cambiamento culturale all'interno delle istituzioni accademiche per garantire che comportamenti non professionali, come molestie e discriminazioni, non siano tollerati e, se si verificano, che i tirocinanti si sentano autorizzati a denunciarli e che venga intrapresa un'azione immediata contro l'individuo violento (Fnais, et al., 2014).

«Un'enfasi sulle differenze biologiche intrinseche per razza/etnia categorica travisa le cause profonde della malattia e distrae dal razzismo strutturale e dalle basi sociopolitiche e storiche delle disuguaglianze di salute» (Amutah, et al., 2021). Ciò significa che quando un individuo nota delle differenze biologiche tra categorie di razza o etnia, è importante approfondire e indagare sulle loro cause, come differenze attribuibili ai modelli migratori o esposizioni ambientali. Standardizzare l'uso del linguaggio per descrivere razze ed etnie nell'insegnamento, nella ricerca e nella pratica clinica è utile a combattere i pregiudizi dei medici. Si consiglia quindi di utilizzare le categorie razziali/etniche aggiornate dalla National Academy of Medicine (si veda Amutah et al. 2021).

In secondo luogo, gli studenti dovrebbero comprendere il perché alcuni gruppi razziali/etnici possiedono una maggiore prevalenza di determinate malattie rispetto ad altre ed applicare tale comprensione alla cura del paziente. Alcune ricerche hanno dimostrato che fornire agli studenti informazioni riguardanti le cause genetiche o ambientali dell'obesità, le

quali non dipendono dal controllo dell'individuo, può diminuire il pregiudizio implicito ed esplicito nei confronti del peso (O'Brien, Puhl, Latner, Mir, & Hunter, 2010).

Purtroppo, i curricula degli studenti di medicina incentrati sulla visione dei bianchi come impostazione predefinita non sono sempre in grado di informare pratiche culturalmente rilevanti in una popolazione sempre più diversificata, riproducendo così disparità di salute (Plaisime, Jipguep-Akhtar, & Belcher, 2023).

«Vi sono strategie chiave che migliorerebbero il clima organizzativo in varie istituzioni e aumenterebbero il potenziale di successo dei tirocinanti» (Vela, Chin, & Peek, 2021).

È necessario istituire piattaforme di diversità, equità e inclusione (DEI) nelle istituzioni guidate da funzionari, i quali se sono membri di gruppi emarginati avranno maggiore motivazione ad affrontare problematiche come la discriminazione attraverso la formazione sulla diversità. Si suggerisce di creare un comitato per la diversità composto da tirocinanti e docenti che può essere consultato per nuovi sforzi clinici e educativi. Inoltre, si propone di includere almeno un funzionario della DEI all'interno in ogni gruppo dirigenziale istituzionale. Tuttavia, il cambiamento organizzativo richiede una cultura dell'equità in tutta l'istituzione.

L'apprendimento basato sui casi di studi è un metodo di insegnamento tradizionalmente utilizzato nella formazione infermieristica (Altman, et al., 2021). Tale strumento è utile a simulare il contesto sanitario in cui gli studenti infermieri si stanno preparando a lavorare. In questo contesto gli educatori infermieristici plasmano gli atteggiamenti, gli approcci e le azioni che gli studenti dovrebbero acquisire e applicare poi nella cura dei pazienti. Gli educatori dovrebbero anche affrontare aspetti non detti e non riconosciuti, come gli effetti dell'oppressione dovuti al razzismo sistemico che molti studenti infermieri e pazienti sperimentano.

L'educatore deve intraprendere un processo di autoriflessione in modo da riconoscere come la propria posizione possa avere un impatto sugli studenti all'interno dell'ambiente scolastico, data la gerarchia intrinseca tra educatore e studente. È importante riflettere sulla propria identità sociale, la quale è modellata all'interno di gerarchie di potere e può influenzare i pregiudizi e le azioni in relazione ad altre persone. «La consapevolezza della posizione degli educatori mobilita la loro capacità di creare un ambiente di apprendimento inclusivo» (Altman, et al., 2021). Chiedere poi agli studenti di riflettere sulla propria posizione e di come essa possa influenzare la loro comprensione e il loro coinvolgimento con il caso di studio aiuterà l'educatore ad ottenere un feedback sul corso e a migliorare l'insegnamento.

Infine, i tirocinanti che si prendono cura di pazienti con esigenze mediche e sociali complesse hanno bisogno di risorse adeguate come assistenti sociali, operatori sanitari comportamentali e i cosiddetti *patient navigators*, ossia soggetti che aiutano i pazienti a comunicare con i loro operatori sanitari in modo da ottenere le informazioni di cui hanno bisogno e prendere decisioni sulla loro assistenza sanitaria (NCI Dictionary, s.d.). Senza tali risorse, aumenta il rischio di sviluppare pregiudizi sui pazienti e considerare alcuni di loro come cittadini di seconda classe.

1.4.4 Segnalazione dei bias

Le istituzioni, oltre ad organizzare corsi di advocacy per personale, tirocinanti e docenti, dovrebbero disporre sistemi di segnalazione dei bias poiché episodi di discriminazione e imparzialità possono influire negativamente sui tirocinanti, andando ad influenzare l'assistenza che forniscono ai pazienti.

La UW School of Medicine di Washington assieme al sistema sanitario UW Medicine ha implementato uno strumento online che consente di segnalare episodi di pregiudizi, ossia forme di discriminazione, microaggressione o molestia, nei confronti di membri della comunità universitaria. L'implementazione di un sistema di segnalazione può aiutare a individuare problemi e questioni che richiedono attenzioni e sviluppare di conseguenza interventi specifici per migliorare la comunità (UW Medicine Bias Reporting Tool, s.d.).

CAPITOLO 2: IAT test

2.1 Introduzione allo IAT test

L'Implicit Association Test (IAT) è uno strumento che misura la forza delle associazioni tra concetti (ad esempio: fiori, insetti) e valutazioni (buono, cattivo) o stereotipi (sicuro, pericoloso) (Project Implicit, s.d.). Si tratta della misura più comune di bias all'interno della letteratura di ricerca (Gopal, Chetty, O'Donnell, Gajria, & Blackadder-Weinstein, 2021) ed è frutto di un processo di revisione che ha identificato che gran parte dei comportamenti sociali sono inconsci ed impliciti e possono contribuire a discriminazioni involontarie.

L'origine dello IAT risale al 1998 quando i ricercatori Anthony G. Greenwald, Dedbbie E. McGhee e Jordan L. K. Schwartz presso l'Università di Washington pubblicarono l'articolo "*Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test*" che gettò le basi per la comprensione dello IAT e il suo impatto nella ricerca sugli atteggiamenti impliciti. «Da allora, il test di associazione implicita ha costantemente dimostrato stereotipi impliciti per una gamma di diverse categorie sociali, in particolare genere ed etnia» (Vela, et al., 2022).

Il team di ricerca ha sviluppato il test come strumento in grado di misurare le associazioni inconscie e rilevare la velocità con cui le persone associano coppie di concetti ad attributi positivi o negativi. Il test di associazione di parole è stato in grado di identificare gli effetti stereotipati impliciti attraverso misure indirette del tempo di reazione anche quando i soggetti auto-riferiscono basse misure di pregiudizio (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998).

2.2 Le fasi del test

Il test di associazione implicita è strutturato in diverse parti in cui i partecipanti sono richiamati a rispondere rapidamente seguendo istruzioni specifiche. Le fasi coinvolgono l'associazione di concetti positivi e negativi con categorie diverse, creando blocchi in cui concetti e categorie sono combinati in diversi modi. Durante il test vengono presentati ai partecipanti stimoli visivi, come immagini o parole, che rappresentano determinate categorie. La velocità di risposta viene calcolata durante ogni fase e l'analisi dei tempi di risposta alle associazioni richieste consente di determinare la forza delle associazioni implicite che si vengono a creare nella mente dei partecipanti. In questo modo le categorie che vengono fortemente associate sono più facili da accoppiare e quindi caratterizzate da risposte molto più rapide e con meno errori.

Secondo quanto riportato dal Project Implicit, quando si esegue uno IAT test viene richiesto al partecipante di ordinare rapidamente le parole in categorie posizionate sul lato sinistro e sul lato destro dello schermo del computer. Si deve premere il tasto “e” quando la parola visualizzata sullo schermo appartiene alla categoria di sinistra e il tasto “i” quando appartiene a quella di destra. Il test è composto da cinque parti:

- 1) Nella prima parte, il partecipante deve ordinare le parole (ad esempio “persone grasse”) relative ai concetti nelle rispettive categorie. Se la parola “persone grasse” fosse nella categoria a sinistra e si visualizza un’immagine di una persona robusta, in questo caso si deve premere il tasto “e”.
- 2) Nella seconda parte viene richiesto di ordinare le parole relative alle valutazioni (ad esempio: “buono” o “cattivo”). Se “buono” appartiene alla categoria di sinistra e appare una parola positiva sullo schermo, si deve premere il tasto “e”.
- 3) Nella terza parte le categorie sono combinate e il partecipante ha il compito di combinare sia parole di concetto che di valutazione. La categoria che compare a sinistra potrebbe essere “persone grasse/buone”, mentre quella a destra “persone magre/cattive”. L’ordine dei blocchi può variare tra i partecipanti e per questo motivo alcuni faranno prima la parte “persone grasse/buone” “persone magre/cattive” mentre altri faranno prima “persone grasse/cattive” “persone magre/buone”.
- 4) Nella quarta parte la posizione dei concetti cambia: se prima “persone grasse” era sinistra, ora sarà a destra. In questa sezione, il numero di prove è aumentato in modo da minimizzare gli effetti del fare pratica nel test.
- 5) Nella parte finale le categorie vengono combinate in modo opposto rispetto alla prima parte. Ad esempio, se prima era “persone grasse/buone”, ora sarà “persone magre/cattive”.

Il punteggio del test si basa sul tempo medio necessario per ordinare le parole nella terza parte rispetto alla quinta. Il partecipante avrà una preferenza implicita per le persone magre rispetto a quelle grasse se ha risposto più velocemente durante le prove in cui le persone magre vengono associate all’attributo “buono”, rispetto alle prove in cui le persone grasse sono associate all’attributo “cattivo”.

2.3 IAT score

Il punteggio IAT viene etichettato come “leggero”, “moderato” o “forte” per aiutare il partecipante a valutare la dimensione del pregiudizio inconscio in base al tempo impiegato a rispondere alle prove proposte. «Queste etichette riflettono quanto più velocemente il partecipante ha risposto alle diverse condizioni di associazione» (Project Implicit, s.d.).

Greenwald et al. hanno introdotto l’algoritmo D come miglioramento sostanziale per il punteggio IAT. Ottenuta attraverso l’algoritmo, la differenza media nel tempo di risposta tra le prove produce una misura continua che va da -2 a +2, la quale rappresenta una stima della dimensione dell’effetto (Greenwald, Nosek, & Banaji, 2003). I risultati vengono classificati in gruppi con punteggi che variano:

- da 0 a 0,14: indicano l’assenza di pregiudizi razziali
- da 0,15 a 0,34: indicano un lieve pregiudizio pro-bianchi
- da 0,35 a 0,64: indicano un moderato pregiudizio pro-bianchi
- > 0,65: indicano un forte pregiudizio pro-bianchi

Punteggi negativi dello stesso grado indicano categorie simili di pregiudizi a favore delle persone di colore.

2.4 Applicazioni e studi recenti

Di seguito si riportano alcuni studi che includono l’uso dello IAT test per misurare i pregiudizi impliciti degli operatori sanitari e degli studenti di alcune professioni sanitarie, come infermieristica e psicologia. In particolar modo, si approfondiranno gli atteggiamenti nei confronti dei pregiudizi impliciti e si confronteranno le convinzioni riguardanti i pregiudizi inconsci con i risultati del test.

2.4.1 Atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti dei pregiudizi impliciti: lo studio di Jones, 2022

Gli studi affrontati fino ad ora hanno dimostrato che il pregiudizio implicito è associato a disparità razziali nell’assistenza sanitaria ma non si sono approfonditi gli atteggiamenti di medici e infermieri nei confronti del pregiudizio inconscio. Uno studio pubblicato recentemente (Jones, 2022) ha utilizzato dati provenienti dal Project Implicit e ha esaminato un campione di 76.000 intervistati alla variabile di occupazione autoidentificata del Race Implicit Association

Test. Gli intervistati con un punteggio D pari a 0 non dimostrano alcuna preferenza per gli individui bianchi o neri, mentre punteggi più elevati suggeriscono una preferenza “lieve” ($>0,15$), “moderata” ($>0,35$) o “forte” ($>0,65$) per i bianchi.

Si è confermato ancora una volta che gli operatori sanitari, rispetto al pubblico in generale, hanno una maggiore preferenza per i bianchi. Nel complesso, i punteggi D dello IAT test indicano una leggera preferenza per i bianchi tra tutti gli intervistati. In particolare, gli infermieri hanno mostrato una preferenza maggiore per i bianchi rispetto ai medici (rispettivamente $M = 0,3331$ e $M = 0,3293$), specialmente nelle aree in cui gli infermieri hanno piena autorità.

Le preferenze verso i bianchi sono più alte tra gli infermieri nella regione del Midwest degli Stati Uniti. Ciò potrebbe suggerire che gli infermieri sono più numerosi dei medici in questa regione e che dovrebbero avere la priorità nell'affrontare i pregiudizi impliciti e ridurre di conseguenza le disparità nell'assistenza sanitaria.

Precedentemente si era già riscontrato un pregiudizio pro-bianchi e contro le persone di colore che variava da lieve a forte (si veda Maina et al., 2018).

Esaminando gli atteggiamenti nei confronti del pregiudizio implicito per occupazione, si nota che la maggior parte degli intervistati (73,3%) considera lo IAT test come un indicatore dei propri pensieri e sentimenti automatici rispetto a un riflesso della cultura a cui si è esposti. Se si approfondiscono i dati dello studio, si nota che a livello nazionale gli infermieri, rispetto ai medici e alla popolazione in generale, considerano che il pregiudizio implicito sia un riflesso della propria cultura e non un'indicazione di pensieri individualistici e automatici nei confronti di persone di altre razze. Gli atteggiamenti dei medici sono più simili a quelli del pubblico in generale e riflettono la prospettiva opposta, ad eccezione del sud dove gli infermieri considerano i pregiudizi impliciti come il risultato di pensieri e sentimenti individuali. Come si può notare, il pregiudizio implicito di medici e infermieri differisce da quello del pubblico in generale e varia anche a seconda della regione. Inoltre, differenze osservate tra medici e infermieri possono semplicemente riflettere differenze caratteriali personali e professionali.

2.4.2 Pregiudizio implicito del peso negli Stati Uniti: due studi a confronto

L'obesità è oggi uno dei principali problemi di salute pubblica negli Stati Uniti e in altre nazioni industrializzate (Waller, Lampman, & Lupfer-Johnson, 2012). Distorsioni di peso implicite ed esplicite sono evidenti tra medici e studenti di medicina e possono tradursi in esiti

negativi per la salute dei pazienti. Gli studi evidenziano che anche altri operatori sanitari, come i farmacisti, possono avere pregiudizi di peso (Murphy & Gardner, 2016).

Il bias di peso può essere definito come atteggiamenti, convinzioni o discriminazioni negative basate sul peso di una persona e può essere sia esplicito che implicito.

Lo IAT test è stato utilizzato per misurare gli atteggiamenti impliciti tra gli studenti di infermieristica e psicologia nei confronti delle persone in sovrappeso (Waller, Lampman, & Lupfer-Johnson, 2012). Il test include 24 attributi positivi e 24 negativi, selezionati da studi esistenti sulla distorsione del peso. Gli attributi sono stati associati dai partecipanti a stimoli fotografici provenienti da otto categorie target. I partecipanti hanno risposto più rapidamente in tutte le prove congruenti, ossia le prove che prevedevano l'associazione di immagini di soggetti in sovrappeso con attributi negativi e immagini di soggetti di peso normale con attributi positivi. Sia gli studenti di infermieristica che di psicologia hanno risposto molto più lentamente agli accoppiamenti incongruenti, ossia l'associazione di soggetti in sovrappeso con attributi positivi e soggetti normopeso con attributi negativi.

In generale, i partecipanti hanno commesso più errori di digitazione durante le prove incongruenti rispetto alle prove congruenti. Lo studio presenta però delle restrizioni: i campioni non sono rappresentativi dell'intera popolazione degli studenti di infermieristica e psicologia e presentano un'abbondanza di partecipanti di genere femminile, il che limita la possibilità di effettuare un confronto tra partecipanti maschi e femmine.

Uno studio più recente si è posto l'obiettivo di determinare «se le convinzioni esplicite degli studenti infermieri sulla preferenza di peso fossero coerenti con gli atteggiamenti impliciti dello IAT test, nonché di ottenere le percezioni degli studenti relative al test» (George, DeCristofaro, & Murphy, 2019). Gli studenti hanno completato un pre-sondaggio, l'Harvard Weight IAT ed infine un post-sondaggio. La partecipazione ai sondaggi pre e post è stata del tutto volontaria. Gli studenti hanno fornito il loro risultato IAT come parte del post-sondaggio, nel quale sono state incluse domande qualitative per determinare la percezione degli studenti sullo IAT test. Come si può notare, il seguente studio differisce dal precedente poiché si analizza la capacità degli studenti di prevedere la loro distorsione di peso.

Il Wilcoxon Signed Rank Test², che è stato utilizzato per confrontare le valutazioni degli intervistati sul pregiudizio di peso con i loro punteggi IAT, ha riscontrato una differenza significativa tra l'affermazione pre-sondaggio sulle preferenze per le persone grasse/magre e il risultato IAT effettivo. Si riporta qui di seguito la differenza tra il pregiudizio di peso previsto e quello attuale misurato dal test di associazione implicita.

Table 1. Predicted vs. actual weight bias. IAT = Implicit Association Test.

Pre-Survey	IAT Prefer Fat	IAT No Preference	IAT Prefer Thin	Totals
Prefer Fat	1	0	1	2
No Preference	5	11	40	56
Prefer Thin	0	2	9	11
Totals	6	13	50	69

Fonte: George, DeCristofaro, & Murphy, 2019

Dalla tabella si può notare come 21 studenti su un totale di 69 hanno predetto correttamente i risultati del loro Weight IAT: 11 hanno predetto correttamente di non avere alcuna preferenza, 9 hanno predetto di avere una preferenza per le persone magre e solamente uno studente ha predetto correttamente una preferenza per le persone grasse. In aggiunta, si è dimostrato che i partecipanti, il cui punteggio IAT mostrava una preferenza per le persone magre, avevano maggiori probabilità di essere sorpresi dal punteggio ottenuto.

Si può concludere che la maggioranza dei partecipanti ha manifestato un livello di pregiudizio legato al peso durante lo IAT test superiore alle aspettative, evidenziando quindi la presenza di un pregiudizio di peso inconscio.

2.5 Critiche e sviluppi futuri

Sebbene lo IAT sia ampiamente utilizzato nella letteratura di ricerca, alcuni oppositori del test sottolineano che non è chiaro che cosa misura effettivamente e sostengono che non sia in grado di distinguere tra associazioni e risposte attivate automaticamente (Fazio & Olson, 2003). Non è facile misurare le associazioni e di conseguenza l'attività della mente inconscia.

Alcuni ricercatori hanno svolto una serie di interviste tra gli operatori sanitari selezionati presso la Western University in Ontario al fine di analizzare l'esperienza dei partecipanti nello

² Il test viene utilizzato quando si vuole vedere se ci sono delle differenze significative tra due situazioni, individuo per individuo.

svolgere lo IAT test (Sukhera, et al., 2019). Indipendentemente dal fatto che il test mostrasse la presenza di pregiudizi o meno, si è scoperto che completare il test e ricevere feedback sui pregiudizi ha portato i partecipanti a mettere in discussione la credibilità del test, ma ha anche attivato una riflessione su come gestire il feedback ricevuto sui propri pregiudizi impliciti. I ricercatori hanno in seguito approfondito le sensazioni dei partecipanti riguardo i risultati ottenuti dal test e le loro implicazioni per la pratica attraverso delle interviste. Ciò dimostra come sia importante promuovere conversazioni di debriefing riguardanti il feedback ricevuto sui pregiudizi per affrontare le reazioni emotive dei partecipanti.

Il feedback può apparire minaccioso ma può essere anche utile ai partecipanti che ne mettono in dubbio la validità. Tali risultati dimostrano la necessità di ricerche future sugli elementi nella conversazione di feedback che facilitano la riflessione sui feedback emotivamente stimolanti. Lo IAT dovrebbe essere utilizzato come strumento per l'autoriflessione e l'apprendimento, piuttosto che come misura punitiva dei propri pregiudizi o stereotipi.

CONCLUSIONI

Attraverso l'analisi dettagliata dei pregiudizi impliciti e delle loro implicazioni, emerge chiaramente come questi preconcetti possano avere conseguenze significative nell'assistenza medica. L'elaborato ha esaminato diverse dimensioni dei pregiudizi impliciti, iniziando dalla loro definizione e radici psicologiche. Si è compreso come possano influenzare non solo le decisioni degli operatori sanitari, ma anche la qualità dell'assistenza fornita.

Dedicando più tempo all'interazione con i pazienti, i medici possono prendere decisioni più mirate, evitando di essere guidati da pregiudizi o stereotipi. Gli operatori sanitari possono anche svolgere un ruolo significativo nel promuovere la giustizia sociale, incoraggiando discussioni sui pregiudizi impliciti e contribuendo all'eliminazione delle disuguaglianze sia a livello nazionale che internazionale.

La presenza di tali pregiudizi nella formazione dei futuri medici è stata evidenziata come punto critico, con studi che dimostrano come essi possano influenzare le scelte professionali. Tuttavia, la consapevolezza dei pregiudizi impliciti si è fatta strada attraverso strategie volte a individuare e ridurre i bias e formare gli studenti, creando un ambiente più equo e rispettoso.

L'Implicit Association Test (IAT) ha fornito un'ulteriore profondità alla comprensione dei pregiudizi impliciti ma richiede ulteriori indagini per affrontare le sue limitazioni e sviluppare un approccio più completo. Se i partecipanti al test vengono guidati nella comprensione del risultato ottenuto, vi sono maggiori probabilità di riflessione e comprensione dei pregiudizi impliciti. In questo modo, i risultati ottenuti non vengono completamente ignorati, ma tenuti in considerazione con l'obiettivo di capire come affrontare e ridurre i preconcetti inconsci misurati.

Affrontare tali pregiudizi è un passo essenziale verso una pratica medica che riflette l'uguaglianza e la dignità di ogni individuo. Attraverso consapevolezza, educazione e azione è possibile ridurre l'impatto di tali concetti. Il percorso verso un'assistenza più equa ed inclusiva richiede sforzo costante ma ciò sarà di grande beneficio per pazienti, operatori sanitari e la società nel suo insieme.

BIBLIOGRAFIA

- (s.d.). Tratto da UnBIASED: <https://www.unbiased.health/project>
- (s.d.). Tratto da Project Implicit: <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>
- (s.d.). Tratto da Project Implicit: <https://implicit.harvard.edu/implicit/iatdetails.html>
- (s.d.). Tratto da NCI Dictionary: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/patient-navigator>
- (s.d.). Tratto da UW Medicine Bias Reporting Tool: <https://equity.uwmedicine.org/bias-reporting-tool/>
- (s.d.). Tratto da Vocabolario Treccani: <https://www.treccani.it/vocabolario/>
- Ackerman-Barger, K., Boatright, D., Gonzalez-Colaso, R., Orozco, R., & Latimore, D. (2020). Seeking inclusion excellence: understanding racial microaggressions as experienced by underrepresented medical and nursing students. *Academic Medicine, 95*(5), 758.
- Ahadinezhad, B., Khosravizadeh, O., Maleki, A., & Hashtroodi, A. (2021). Implicit racial bias among medical graduates and students by an IAT measure: a systematic review and meta-analysis. *Irish Journal of Medical Science (1971-), 1-9*.
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & social care in the community, 24*(6), e117-e130.
- Altman, M. R., Kantrowitz-Gordon, I., Moise, E., Malcolm, K., Vidaković, M., Barrington, W., . . . & de Castro, A. B. (2021). Addressing positionality within case-based learning to mitigate systemic racism in health care. *Nurse educator, 46*(5), 284-289.
- Amutah, C., Greenidge, K., Mante, A., Munyikwa, M., Surya, S. L., Higginbotham, E., . . . & Aysola, J. (2021). Misrepresenting race—the role of medical schools in propagating physician bias. *New England Journal of Medicine, 384*(9), 872-878.
- Blair, I. V., Havranek, E. P., Price, D. W., Hanratty, R., Fairclough, D. L., Farley, T., . . . & Steiner, J. F. (2013). Assessment of biases against Latinos and African Americans among primary care providers and community members. *American journal of public health, 103*(1), 92-98.
- Blair, I. V., Steiner, J. F., Fairclough, D. L., Hanratty, R., Price, D. W., Hirsh, H. K., . . . & Havranek, E. P. (2013). Clinicians' implicit ethnic/racial bias and perceptions of care among Black and Latino patients. *The Annals of Family Medicine, 11*(1), 43-52.

- Bower, K. M., Kramer, B., Warren, N., Ahmed, S., Callaghan-Koru, J., Stierman, E., . . . & Creanga, A. A. (2023). Development of an instrument to measure awareness and mitigation of bias in maternal healthcare. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(4), 100872.
- Cannito, L. (2017). Cosa Sono I Bias Cognitivi? *Economia Comportamentale*.
- Cerdeña, J. P., Plaisime, M. V., & Tsai, J. (2020). From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act. *The Lancet*, 396(10257), 1125-1128.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *American journal of public health*, 102(5), 979-987.
- Croskerry, P., Singhal, G., & Mamede, S. (2013). Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ quality & safety*, 22(Suppl 2), ii58-ii64.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual review of psychology*, 54(1), 297-327.
- Ferrari, L., Mari, V., De Santi, G., Parini, S., Capelli, G., Tacconi, G., . . . & Gumbs, A. (2022). Early barriers to career progression of women in surgery and solutions to improve them: a systematic scoping review. *Annals of Surgery*, 276(2), 246-255.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 1-18.
- Fnaiss, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., . . . & Tricco, A. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 89(5), 817-827.
- George, T. P., DeCristofaro, C., & Murphy, P. F. (2019, September). Unconscious weight bias among nursing students: a descriptive study. In *Healthcare* (Vol. 7, No. 3, p. 106). MDPI.
- Gopal, D. P., Chetty, U., O'Donnell, P., Gajria, C., & Blackadder-Weinstein, J. (2021). Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future healthcare journal*, 8(1), 40.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1464.

- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology, 85*(2), 197.
- Hagiwara, N., Lafata, J. E., Mezuk, B., Vrana, S. R., & Fetters, M. D. (2019). Detecting implicit racial bias in provider communication behaviors to reduce disparities in healthcare: challenges, solutions, and future directions for provider communication training. *Patient education and counseling, 102*(9), 1738-1743.
- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., . . . & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American journal of public health, 105*(12), e60-e76.
- Hansen, M., Schoonover, A., Skarica, B., Harrod, T., Bahr, N., & Guise, J. M. (2019). Implicit gender bias among US resident physicians. *BMC medical education, 19*, 1-9.
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 113*(16), 4296-4301.
- Johnson, T. J., Hickey, R. W., Switzer, G. E., Miller, E., Winger, D. G., Nguyen, M., . . . & Hausmann, L. R. (2016). The impact of cognitive stressors in the emergency department on physician implicit racial bias. *Academic emergency medicine, 23*(3), 297-305.
- Jones, D. D. (2022). Examining the unconscious racial biases and attitudes of physicians, nurses, and the public: Implications for future health care education and practice. *Health Equity, 6*(1), 375-381.
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social science & medicine, 199*, 219-229.
- Murphy, A. L., & Gardner, D. M. (2016). A scoping review of weight bias by community pharmacists towards people with obesity and mental illness. *Canadian Pharmacists Journal/Revue Des Pharmaciens Du Canada, 149*(4), 226-235.
- O'brien, K. S., Puhl, R. M., Latner, J. D., Mir, A. S., & Hunter, J. A. (2010). Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial. *Obesity, 18*(11), 2138-2144.
- Phelan, S. M., Burke, S. E., Cunningham, B. A., Perry, S. P., Hardeman, R. R., Dovidio, J. F., . . . & Van Ryn, M. (2019). The effects of racism in medical education on students' decisions to practice in underserved or minority communities. *Academic Medicine, 94*(8), 1178-1189.

- Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W., . . . & Van Ryn, M. (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity, 22*(4), 1201-1208.
- Plaisime, M. V., Jipguep-Akhtar, M. C., & Belcher, H. M. (2023). ‘White People are the default’: A qualitative analysis of medical trainees' perceptions of cultural competency, medical culture, and racial bias. *SSM-Qualitative Research in Health, 100312*.
- Sabin, D. J., Nosek, D. B., Greenwald, D. A., & Rivara, D. F. (2009). Physicians’ implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of health care for the poor and underserved, 20*(3), 896.
- Sabin, J. A. (2022). Trackling implicit bias in health care. *New England Journal of Medicine, 387*(2), 105-107.
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling, 107890*.
- Spatoula, V., & Panagopoulou, E. (2023). Biases towards different patients groups. How do they differ during medical education? *Patient Education and Counseling, 112, 107747*.
- Sukhera, J., Wodzinski, M., Milne, A., Teunissen, P. W., Lingard, L., & Watling, C. (2019). Implicit bias and the feedback paradox: exploring how health professionals engage with feedback while questioning its credibility. *Academic Medicine, 94*(8), 1204-1210.
- Thompson, J., Bujalka, H., McKeever, S., Lipscomb, A., Moore, S., Hill, N., . . . & Gerdtz, M. (2023). Educational strategies in the health professions to mitigate cognitive and implicit bias impact on decision making: a scoping review. *BMC Medical Education, 23*(1), 1-23.
- Van Ryn, M., Hardeman, R., Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Herrin, J., Burke, S. E., . . . & Przedworski, J. M. (2015). Medical school experiences associated with change in implicit racial bias among 3547 students: a medical student CHANGES study report. *Journal of general internal medicine, 30, 1748-1756*.
- Vela, M. B., Chin, M. H., & Peek, M. E. (2021). Keeping our promise—supporting trainees from groups that are underrepresented in medicine. *New England Journal of Medicine, 385*(6), 487-489.
- Vela, M. B., Erondy, A. I., Smith, N. A., Peek, M. E., Woodruff, J. N., & Chin, M. H. (2022). Eliminating explicit and implicit biases in health care: evidence and research needs. *Annual review of public health, 43, 477-501*.

Waller, T., Lampman, C., & Lupfer-Johnson, G. (2012). Assessing bias against overweight individuals among nursing and psychology students: an implicit association test. *Journal of Clinical Nursing, 21*(23-24), 3504-3512.

Zestcott, C. A., Blair, I. V., & Stone, J. (2016). Examining the presence, consequences, and reduction of implicit bias in health care: a narrative review. *Group Processes & Intergroup Relations, 19*(4), 528-542.