

Come decidono i medici nei servizi di Pronto Soccorso? Uno studio sulla consapevolezza metacognitiva

A. Donati, P. Iannello, V. Perucca, A. Antonietti

Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Sintesi

Nel presente studio si rilevano il livello di consapevolezza e le credenze metacognitive che i medici sviluppano in relazione alla propria modalità di prendere decisioni in ambito professionale. A tale fine è stato somministrato a un campione di medici di Pronto Soccorso, di chirurghi e di internisti il questionario *Salomone*, che consente di indagare il grado di consapevolezza e di conoscenza metacognitiva relativa ai processi mentali coinvolti nella presa di decisione. I risultati ottenuti evidenziano delle differenze significative rispetto alle abilità metacognitive sviluppate nei tre specifici ambiti medici presi in considerazione.

Introduzione

Nell'ambito della psicologia della decisione, giudizi e scelte sono usualmente indagati in situazioni sperimentali di laboratorio, le quali poco si prestano a mettere in luce come nella realtà avviene un processo diagnostico da parte dei medici in forza in un Presidio Ospedaliero di Pronto Soccorso. Nelle concrete situazioni lavorative occorre infatti innanzitutto considerare i limiti intrinseci della nostra struttura cognitiva, la quale non permette di esaminare tutti gli aspetti della situazione, e i vincoli ambientali dati da un contesto di per sé problematico nell'interazione di variabili cruciali e ineludibili con le quali il clinico costantemente si misura quali:

- il rischio in cui sono presenti gli esiti oggettivi previsti e possibili e l'incertezza in cui questi valori non sono noti (1);
- la necessità di aggiornare le informazioni sulla base dell'esperienza;
- le strategie di pensiero semplificatorie (euristiche) per velocizzare la valutazione del danno che comportano implicite distorsioni sistematiche;
- la situazione di stress e carenza di tempo che innescano il paradosso di evitare la decisione o di concentrarsi su un'unica fonte di informazione (2);
- l'eccesso di confidenza nelle proprie abilità e la conseguente esclusione di altri fattori intervenienti non previsti;
- l'alto impatto emotivo che può alterare i valori del calcolo delle probabilità e/o inficiare i processi razionali della scelta (3).

Data la molteplicità dei fattori critici in gioco, una cornice di riferimento possibile per prenderli in considerazione in maniera coordinata è la metacognizione (4). Questa riguarda in primo luogo la consapevolezza che si ha dei propri processi mentali. Tale consapevolezza riguarda le strategie di pensiero impiegate nell'affrontare un compito di natura cognitiva (risolvere un problema, ricordare una nozione, etc.), ma anche gli stati emotivi che le accompagnano, così come anche la percezione dello sforzo che si sta compiendo, degli ostacoli che si incontrano, dell'incertezza che accompagna il comportamento. La metacognizione include anche le credenze che un soggetto ha delle proprie caratteristiche cognitive, sia delle proprie abilità che dei propri punti di debolezza, e delle caratteristiche del compito (livello di complessità, etc.) e del contesto in cui si sta operando (vincoli temporali, etc.), così come anche delle richieste e delle aspettative che gli altri sviluppano rispetto alle proprie azioni. Anche l'esercizio autocritico che accompagna la professionalità, la vigilanza sulla qualità delle proprie prestazioni, la capacità di avvalersi di consulenze, gestire conflitti organizzativi, il ricordo di fallimenti che si trasformano in *caveat* per i comportamenti futuri sono aspetti che possono essere collegati alla metacognizione. La metacognizione fa infatti riferimento alla capacità di controllare i propri processi mentali, e quindi i comportamenti che da essi derivano, basandosi sulla consapevolezza che di essi ha il soggetto e sulle convinzioni che egli sviluppa circa il funzionamento di tali processi.

In particolare, la metacognizione relativa ai processi decisionali – aspetto poco indagato di per sé, e ancora meno in riferimento alle decisioni mediche – rimanda da un lato al livello e al tipo di autocoscienza che l'individuo ha circa il proprio modo di compiere le scelte, le strategie di pensiero sui cui esse si basano, i vissuti emotivi che le accompagnano. Dall'altro lato rimanda alle credenze che l'individuo ha sviluppato circa la dinamica del processo decisionale, sia in riferimento alle proprie caratteristiche personali (limiti e punti di forza) che alle caratteristiche attribuite al decisore ideale. Nella misura in cui il medico ha una piena consapevolezza del proprio modo di prendere decisioni e condivide adeguate credenze circa come esse dovrebbero essere prese, dovrebbe essere in grado di esercitare un controllo sul processo decisionale, di pianificarlo adeguatamente e di modificarlo se si rivelasse inadeguato.

Obiettivi

Gli obiettivi della presente ricerca sono i seguenti:

1. Esplorare la consapevolezza metacognitiva che i medici hanno circa la modalità in cui prendono le proprie decisioni lavorative;
2. Descrivere le credenze metacognitive che i medici hanno sviluppato in relazione al processo e alle strategie decisionali;
3. Rilevare eventuali differenze nella consapevolezza e nelle credenze metacognitive esistenti tra professionalità mediche distinte;
4. Rilevare eventuali differenze nella consapevolezza e nelle credenze metacognitive in riferimento al genere e al livello di *expertise* (anni di esperienza nel proprio ambito di lavoro).

Metodo

Strumenti. Il questionario Salomone

Nella ricerca è stato utilizzato il questionario *Salomone* (5) per indagare la metacognizione nel *decision making*. È stata applicata una versione abbreviata del questionario originale, adattata allo specifico contesto medico.

Il questionario è composto da due sezioni:

- a. Consapevolezza metacognitiva, indagata in maniera diretta su due livelli. Il primo, descrittivo-comportamentale, consente di definire il prototipo di decisione che, generalmente, viene presa nella propria attività lavorativa. Il secondo, procedurale-emotivo, valuta la consapevolezza dei processi coinvolti nella presa di decisione, le strategie cognitive e le reazioni emotive esperite durante la decisione.
- b. Conoscenza metacognitiva dei processi coinvolti nella presa di decisione, indagata attraverso item che mettono in evidenza le credenze relative al processo decisionale in genere, e, in particolare, alle caratteristiche individuali che, secondo la propria idea, identificano il "buon decisore".

Campione

Il questionario è stato somministrato a un campione di 54 medici così suddiviso per specializzazione: 18 medici di Pronto Soccorso, 18 medici di Chirurgia Generale e 18 medici di Medicina Interna. Quattro sono i presidi ospedalieri di provenienza del campione: Ospedale di Borgosesia (VC), Ospedale di Busto Arsizio (VA), Ospedale S. Carlo di Milano, Ospedale Valduce di Como.

Il campione è costituito da 36 maschi e 18 femmine, con una prevalenza di maschi tra i chirurghi e internisti (83% di maschi in Chirurgia, 66% in Medicina Interna e 50% in Pronto Soccorso).

Il campione ha un'età compresa tra 26 e 60 anni ($M=44,9$; $DS=9,2$). Le differenze tra l'età media di ciascun gruppo di specialisti non risultano significative (Pronto Soccorso: $M=39$; Chirurgia: $M=46,5$; Medicina Interna: $M=49,1$).

Il numero di anni di esperienza maturato dai medici nel proprio ambito lavorativo varia da 1 a 34 e risulta essere significativamente correlato con l'età ($r = 0,91$). Pertanto, nelle analisi dei dati è stato preso in considerazione solo il dato relativo all'esperienza. L'anzianità di servizio è stata considerata espressione del livello di *expertise* dei soggetti, che, a tal proposito, sono stati raggruppati in tre categorie: basso (<9 anni; $N=22$ soggetti), medio (9-23 anni; $N=14$ soggetti), alto (>23 anni; $N=18$ soggetti).

Sistema di categorie

Per poter procedere con l'analisi del contenuto delle risposte alle domande aperte incluse nel questionario *Salomone*, si è proceduto a raggrupparle nelle categorie semantiche riportate nella tabella 1.

Risultati

Sezione I del questionario

Per quanto concerne il campione considerato nella sua totalità, emerge che un medico ospedaliero prenda in media 31,5 (range=3-100) decisioni in una giornata lavorativa tipica. Considerando di 6 ore la giornata lavorativa tipo, si avrebbero circa 5 decisioni all'ora. Il 56,3% di tali decisioni risultano essere reversibili, il 69,2% prevedono una responsabilità diretta del medico, il 13% di esse sono accompagnate da un sentimento di rimpianto in quanto il decisore ritiene, a posteriori, che una diversa scelta sarebbe stata preferibile e il 23,4% richiedono molto tempo per essere prese. Il contesto in cui le decisioni vengono prese è di tipo routinario nel 37% dei casi e di urgenza nel 31,5%. La decisione sembra essere accompagnata soprattutto dal tentativo di non nuocere, ovvero alla base della scelta pare esservi soprattutto la preoccupazione di non aggravare la situazione clinica del paziente. In relazione alla decisione sembrano svilupparsi sentimenti di stress e inadeguatezza, oppure di serenità e tranquillità.

Il 37% dei medici dichiara di fare affidamento sulla propria competenza strategica mentre il 22,2% afferma di basarsi sulle proprie conoscenze. La maggior parte dei medici chiede aiuto ad altri se ne ha la possibilità e utilizza strategie che si sono già rivelate efficaci in passato. Infine, la metà del campione riporta di modificare la propria decisione iniziale al sopraggiungere di nuovi elementi.

Tabella 1. Sistema di categorie semantiche utilizzate nella codifica delle risposte al questionario.

Domanda	Categoria
2. Descriva brevemente tre decisioni tipiche della sua giornata lavorativa	<ul style="list-style-type: none"> - ricoverare/dimettere - terapia (impostare o modificare) - indicazione chirurgica o esami invasivi - diagnosi
8a Descriva la situazione generale, ossia il contesto in cui le è richiesto di prendere tale decisione	<ul style="list-style-type: none"> - urgenza - routine - problemi gestionali e organizzativi - confusione (molti pazienti in contemporanea, difficoltà percepita)
8b. Qual è in genere il suo primo pensiero?	<ul style="list-style-type: none"> - non nuocere - focus sul paziente (mettersi nei suoi panni, concentrare attenzione su di lui) - porsi domande/riflessione
8c. Quando le capita di prendere questo tipo di decisione, in genere, come si sente?	<ul style="list-style-type: none"> - sereno/tranquillo - stressato/inadeguato - concentrato/coinvolto - altro (rabbia/eccitazione/timore/impotenza)
8d. Che cosa fa per prendere la decisione?	<ul style="list-style-type: none"> - ricerca alternative/confronto con altri - strategicità (valuta costi/benefici, predisporre un piano d'azione) - conoscenza accumulata - istinto
8e. Affronta la cosa da solo o chiede aiuto/consiglio ad altri?	<ul style="list-style-type: none"> - da solo - altri - dipende/se ne ho la possibilità
8f. Tendenzialmente utilizza soluzioni che si sono rivelate efficaci in passato, o tende a sperimentare nuove strade?	<ul style="list-style-type: none"> - efficaci in passato - sperimento - dipende - entrambe
8g. Una volta presa la decisione, si attiene ad essa, oppure le capita di modificarla (del tutto o parzialmente)? Sulla base di quali pensieri/osservazioni modifica o non modifica la sua decisione?	<ul style="list-style-type: none"> - si attiene - modifica in progress (per nuovi dati disponibili, cambiamenti nella condizione del paziente)
11. Quali caratteristiche hanno le persone che sono in grado di prendere decisioni in modo efficace?	<ul style="list-style-type: none"> - esperienza/competenza - intuito/forza di carattere - intelligenza/capacità metacognitive (equilibrio, riflessione, autoconsapevolezza)
12. Il buon decisore è colui che non prova mai rimpianto per le decisioni prese? Perché?	<ul style="list-style-type: none"> - è possibile sbagliare - si può imparare dall'errore - autocritica (necessaria)
15. Nel caso in cui si ritenesse che la capacità di decidere bene possa essere appresa o migliorata, come si diventa dei "buoni decisori"?	<ul style="list-style-type: none"> - esperienza - formazione/maestri - aumentando la propria consapevolezza meta cognitiva (capire come si decide, consapevolezza dei propri limiti)
16. Come si può aiutare qualcuno a prendere delle buone decisioni?	<ul style="list-style-type: none"> - dare consigli - sviluppare autostima/meta cognizione - essere di esempio
17. Quale potrebbe essere un esempio di "buon decisore"? (può citare personaggi storici, mitologici, personaggi famosi in campi diversi, ma anche suoi colleghi, famigliari, amici, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - colleghi/capo - familiari/amici - politici attuali - storici del passato - fantasia/mitologici

In riferimento alle diverse specializzazioni professionali emerge che il maggior numero di decisioni viene preso all'interno dei reparti di emergenza. La responsabilità diretta delle decisioni prese è superiore nei reparti di Pronto Soccorso e Medicina Interna. Non emergono differenze tra i tre gruppi per quanto riguarda la reversibilità delle decisioni, il tempo necessario per prenderle e il rimpianto che le accompagna. Il contesto che risulta maggiormente caratterizzato da confusione è il Pronto Soccorso, mentre la Chirurgia sembra più connotata dal punto di vista dell'urgenza e, infine, la Medicina Interna viene più frequentemente definita come un luogo in cui prevale la routine. Durante il processo decisionale i medici di emergenza si

affidano in egual misura al confronto con altri e all'individuazione di strategie, i chirurghi si basano prevalentemente sulle conoscenze precedenti e i medici internisti seguono per lo più percorsi strategici. La scelta di soluzioni già rivelatesi efficaci nel passato rappresenta l'opzione migliore per tutti i medici, mentre una percentuale molto elevata di internisti dichiara di modificare sovente la propria decisione iniziale.

Considerando i diversi livelli di *expertise*, risulta che i medici più giovani prendono un numero maggiore di decisioni, mentre i più anziani prendono più decisioni con una responsabilità diretta. I medici appartenenti al livello medio prendono un numero maggiore di decisioni reversibili e i medici appartenenti al livello basso un numero superiore di decisioni inerenti a se stessi. Le percentuali di decisioni che richiedono molto tempo per essere prese e di decisioni accompagnate da rimpianto si distribuiscono equamente nei tre livelli. La decisione tipica per i medici di livello di *expertise* medio e basso è inerente al processo diagnostico (55,5%), mentre per i medici di livello alto è relativa alla terapia. I primi pensieri che sopraggiungono alla mente del medico di tutti i livelli sono riferiti al tentativo di non nuocere al paziente e alla riflessione. I dati sono riportati integralmente nella tabella 2.

In relazione alle domande chiuse della prima sezione del questionario, è stata effettuata un'analisi della varianza includendo come variabile indipendente la specializzazione lavorativa. Le differenze tra le risposte date dalle diverse tipologie di medici sono risultate significative in corrispondenza dell'item 5 del questionario (*"Delle decisioni che prende nella sua professione, all'incirca quante decisioni dipendono esclusivamente o prevalentemente da lei stesso?"*) ($F=3,7$; $p<.05$). Il test post-hoc di Bonferroni ($p<.05$) ha evidenziato che le decisioni relative a se stessi, ossia che hanno come diretto responsabile il decisore stesso, riguardano di più i medici del Pronto Soccorso se paragonati ai medici chirurghi.

La distribuzione delle risposte alle domande aperte del questionario è stata analizzata costruendo tavole di contingenza e con il relativo test del Chi quadrato. In relazione alla domanda *"Descriva tre decisioni tipiche della sua giornata lavorativa"* emergono delle differenze significative tra la tipologia di decisioni prese dai diversi specialisti ($\chi^2=24,9$; $p<.005$). Nello specifico, i medici del Pronto Soccorso riportano di decidere più frequentemente in merito al ricovero o alla dimissione del paziente, mentre gli internisti affermano di prendere un numero maggiore di decisioni di tipo terapeutico.

Anche in relazione alla domanda 8g (*"Una volta presa la decisione, si attiene a essa, oppure le capita di modificarla? Sulla base di quali pensieri/osservazioni modifica o non modifica la sua decisione?"*) è emersa una significatività statistica ($\chi^2 = 12,8$; $p<.05$). In particolare si rileva che la decisione presa viene successivamente modificata più frequentemente dai medici internisti. I dati sono riportati nella tabella 3.

Sezione 2 del questionario

L'analisi dei dati della totalità del campione mette in luce una visione del "buon decisore" come di una persona dotata di esperienza e competenza e capace di provare rimpianto, in quanto l'autocritica, ovvero il riconoscimento del proprio errore, è considerata una qualità importante che la stimola la metacognizione e aiuta ad apprendere. Essere dei buoni decisori è considerato frutto dell'interazione tra capacità innate e apprese nel 90,7% dei casi. Si può diventare buoni decisori, secondo il campione, attraverso l'esperienza e il confronto con gli altri, mentre si può aiutare qualcuno a esserlo con il proprio esempio o promuovendo la metacognizione e l'autostima. Sono ritenute qualitativamente migliori le decisioni prese a seguito di un'attenta riflessione e vengono riportati come esempio di buon decisore i personaggi storico-politici del passato.

In riferimento alle diverse specializzazioni lavorative, i medici del Pronto Soccorso e i medici della Chirurgia considerano una caratteristica saliente del buon decisore l'esperienza, mentre i medici internisti danno più importanza alla formazione. I medici di emergenza e di chirurgia riportano più frequentemente nomi di personaggi politici del passato per identificare esempi di buoni decisori, mentre i medici internisti fanno riferimento ai propri colleghi di lavoro o al proprio capo. La totalità dei chirurghi considera il rimpianto una caratteristica fondamentale del buon decisore.

Prendendo in considerazione i diversi livelli di *expertise*, i risultati indicano che i più giovani considerano in egual misura l'esperienza e la formazione per poter diventare un buon decisore (40,9% in entrambi i casi). In tutti i livelli di *expertise* vengono citati maggiormente, come esempi di buoni decisori, alcuni personaggi politici del passato. La totalità dei medici con più alto livello di *expertise* ritiene fondamentale per essere buoni decisori la capacità di provare rimpianto. I dati sono riportati nella tabella 4.

Sono stati calcolati i valori del Chi quadrato in riferimento alla distribuzione delle risposte per ciascuna delle domande aperte date in relazione ai diversi livelli di *expertise*. Nonostante nessun risultato raggiunga la significatività statistica, vi sono tre tendenze alla significatività. Nello specifico, il contesto lavorativo in cui vengono prese le decisioni viene definito come maggiormente confusivo dai giovani medici e maggiormente routinario dai medici più esperti ($p=.06$). Rispetto alla modalità con cui è possibile aiutare una persona a diventare un "buon decisore" emerge che i medici con alto livello di *expertise* optano prevalentemente per l'"essere di esempio", mentre i medici con basso livello di *expertise* prediligono la via della riflessione e del supporto all'autostima ($p=.08$). Infine, in riferimento alle caratteristiche attribuite al buon decisore emerge che i medici con alto e basso livello di *expertise* scelgono con maggiore frequenza l'esperienza e la competenza ($p=.05$). I dati sono riportati nella tabella 5.

Discussione

I risultati dell'indagine effettuata offrono la possibilità di ricavare alcuni interessanti spunti di riflessione.

Tabella 2. Risposte alle domande della prima sezione del questionario raggruppate per specializzazione lavorativa.

Domanda	Categoria	Specializzazione			Campione totale
		Emergenza	Chirurgia	Medicina Interna	
Numero medio decisioni [M (DS)]		40,4 (7,3)	31 (7,6)	23 (4,4)	31,5 (28,5)
Decisioni con responsabilità diretta		73,2%	59,4%	75%	69,2%
Decisioni reversibili		54,1%	56,4%	58,5%	56,3%
Decisioni inerenti a sé		51,4%	24,2%	41,1%	38,9%
Decisioni che richiedono molto tempo		23,9%	21,1%	25%	23,4%
Decisioni seguite da rimpianto		11,8%	15,8%	11,3%	13%
Decisione tipica	ricoverare/ dimettere	8	2	1	11
	terapia	0	5	10	15
	indicazione chirurgica o esami invasivi	3	4	1	8
	diagnosi	7	7	6	20
Contesto	urgenza	5	8	4	17
	routine	4	6	10	20
	problemi gestionali e organizzativi	3	3	3	9
	confusione	6	1	1	8
Primo pensiero	non nuocere	7	7	7	21
	focus sul paziente	4	3	4	11
	porsi domande/ riflettere	6	8	7	21
Sentimento	sereno	2	3	6	11
	stressato	7	7	6	20
	concentrato/ coinvolto	4	6	5	15
	altro	5	2	1	8
Che cosa si fa per decidere	ricerca di alternative/ confronto	7	4	6	17
	strategicità	7	5	8	20
	conoscenza accumulata	2	6	4	12
	istinto	2	3	0	5
Decidere da solo/con aiuto	da solo	6	3	7	16
	con altri	6	8	2	16
	dipende/se posso	6	7	9	22
Sperimentare soluzioni	efficaci in passato	9	13	9	31
	sperimento	2	0	2	4
	dipende	1	2	4	7
	entrambe	6	3	3	12
Ci si attiene alla decisione	si attiene	7	7	2	16
	modifica in progress	7	6	14	27
	modifica dopo riflessione	3	1	0	4
	dipende	1	4	2	7

Relativamente alle specializzazioni lavorative considerate, si evidenzia che la tipologia di decisioni prese nei diversi reparti presenta differenze. Mentre i medici del Pronto Soccorso decidono più frequentemente in merito alla dimissione e al ricovero dei pazienti, i medici internisti si confrontano più spesso con decisioni di tipo terapeutico. La plausibilità di questo riscontro risiede verosimilmente nella necessità dei medici di Pronto Soccorso di smistare un gran numero di pazienti acuti, laddove gli internisti, invece, sono chiamati a identificare una terapia a seguito dell'iter diagnostico.

Tabella 3. Risposte alle domande della prima sezione del questionario raggruppate per livello di *expertise*.

Domanda	Categoria	Livello di expertise			Campione totale
		Basso	Medio	Alto	
Numero medio decisioni [M(DS)]		38,5 (6,8)	30,3 (6,4)	23,7 (6,1)	31,5 (28,5)
Decisioni con responsabilità diretta		62,4%	73,9%	73,9%	69,2%
Decisioni reversibili		57%	58,6%	53,9%	56,3%
Decisioni inerenti a sé		42%	38,3%	35,5%	38,9%
Decisioni che richiedono molto tempo		23,7%	22,2%	23,9%	23,4%
Decisioni seguite da rimpianto		12,3%	11,1%	15,4%	13%
Decisione tipica	ricoverare/ dimettere	6	4	1	11
	terapia	3	4	8	15
	indicazione chirurgica o esami invasivi	3	1	4	8
	diagnosi	10	5	5	20
Contesto	urgenza	8	4	5	17
	routine	4	5	11	20
	problemi gestionali e organizzativi	4	3	2	9
	confusione	6	2	0	8
Primo pensiero	non nuocere	9	5	7	21
	focus sul paziente	5	3	3	11
	porsi domande/ riflettere	8	5	8	21
Sentimento	sereno	2	2	7	11
	stressato	8	6	6	20
	concentrato/ coinvolto	7	4	4	15
	altro	5	2	1	8
Cosa fa per decidere	ricerca di alternative/ confronto	6	8	3	17
	strategicità	8	3	9	20
	conoscenza accumulata	5	2	5	12
	istinto	3	1	1	5
Decide da solo/con aiuto	da solo	7	3	6	16
	con altri	7	5	4	16
	dipende/se posso	8	6	8	22
Sperimenta soluzioni	efficaci in passato	12	9	10	31
	sperimento	2	0	2	4
	dipende	3	1	3	7
	entrambe	5	4	3	12
Si attiene alla decisione	si attiene	9	3	4	16
	modifica in progress	10	5	12	27
	modifica dopo riflessione	2	2	0	4
	dipende	1	4	2	7

Tabella 4. Risposte alle domande della terza sezione del questionario raggruppate per specializzazione lavorativa.

Domanda	Categoria	Specializzazione			Campione totale
		Emergenza	Chirurgia	Medicina Interna	
Tratti del buon decisore	esperienza/competenza	11	11	9	31
	intuito/forza di carattere	4	5	2	11
	intelligenza/capacità metacognitive	2	2	7	11
Il buon decisore prova rimpianto		88,9%	100%	94,5%	94,5%
Prova rimpianto perché	è possibile sbagliare	4	3	5	12
	si può imparare dall'errore	4	5	4	13
	autocritica	7	4	8	19
Le decisioni migliori richiedono un'attenta riflessione		66,6%	66,6%	88,9%	74%
Capacità di essere un buon decisore è	Innata	1	2	0	3
	Appresa	1	0	1	2
	entrambe	16	16	17	49
Come si può diventare un buon decisore	esperienza	7	10	6	23
	formazione/maestri	5	3	7	15
	aumentando la propria consapevolezza metacognitiva	5	3	3	11
Come si può aiutare gli altri a diventarlo	dare consigli	5	2	4	11
	sviluppare autostima/metacognitiva	5	7	5	17
	essere di esempio	7	7	7	21
Esempio di buon decisore	collegi/capo	3	3	3	9
	familiare/amici	3	4	2	9
	politici attuali	2	2	2	6
	storici del passato	6	7	2	15
	fantasia/mitologici	1	0	2	3

Un altro dato che emerge dalla presente ricerca sottolinea che nel reparto di Pronto Soccorso i medici, generalmente, prendono decisioni che hanno loro stessi come diretti responsabili più frequentemente rispetto agli internisti e ai chirurghi. Questo dato può essere meglio compreso alla luce delle caratteristiche peculiari dei reparti di Pronto Soccorso; in questi reparti verosimilmente il medico è più spesso chiamato ad agire repentinamente senza avere occasioni di consultarsi con i colleghi o di rinviare a specialisti la scelta dell'iter diagnostico e/o delle terapie.

Un'ulteriore differenza riscontrata tra l'area della medicina di emergenza e quella interna risiede nel numero di decisioni che vengono modificate nel tempo. La prevalenza di cambiamenti strategici a seguito della disponibilità di nuovi dati nei reparti di Medicina Interna appare comprensibile in riferimento al contesto maggiormente routinario in cui si trovano i medici che vi operano, che, di conseguenza, permette di avere più tempo disponibile per rivedere la propria posizione.

La maggior parte delle decisioni viene generalmente presa rapidamente e solo una minoranza di esse è seguita da rimpianto. Vi è una quasi unanimità, a prescindere dalla specializzazione, nel ritenere la possibilità di provare rimpianto una caratteristica saliente del "buon decisore", motivata dalla convinzione che un'attenta analisi critica della decisione presa possa condurre a un miglioramento delle proprie competenze metacognitive e, quindi, della qualità delle proprie decisioni. L'impossibilità di dissimulare l'errore chirurgico (6) e i molti anni di esperienza potrebbe spiegare il motivo per cui la totalità del campione dei medici chirurghi e dei medici con alto livello di *expertise* ritiene fondamentale la capacità di provare rimpianto.

La metacognizione, intesa come forma di riflessione e come bilancio di costi/benefici, sembra essere una modalità di approccio alla decisione a cui molti medici fanno riferimento. Ciò potrebbe essere dovuto a un effetto di sensibilizzazione del personale medico in seguito all'incremento, negli ultimi anni, del numero di pubblicazioni specialistiche sul tema della decisione medica nelle più importanti riviste del settore (*New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine*). L'importanza della metacognizione trova riscontro anche nel fatto che, in particolare i medici più giovani, ritengono fondamentale stimolare autostima e capacità metacognitive al fine di diventare buoni decisori.

Tabella 5. Risposte alle domande della terza sezione del questionario raggruppate per livello di *expertise*.

Domanda	Categoria	Livello di expertise			Campione totale
		Basso	Medio	Alto	
Tratti del buon decisore	esperienza/competenza	13	7	11	31
	intuito/forza dicarattere	6	3	2	11
	intelligenza/capacità metacognitive	3	3	5	11
Il buon decisore prova rimpianto		90,9%	92,8%	100%	94,5%
Prova rimpianto perché	è possibile sbagliare	4	3	5	12
	si può imparare dall'errore	8	1	4	13
	autocritica	8	5	6	19
Le decisioni migliori richiedono un'attenta riflessione		72,6%	64,3%	83,3%	74%
Capacità di essere un buon decisore è	innata	2	0	1	3
	appresa	1	0	1	2
	entrambe	19	14	16	49
Come si può diventare un buon decisore	esperienza	9	7	7	23
	formazione/maestri	9	3	3	15
	aumentando la propria consapevolezza metacognitiva	3	4	4	11
Come si può aiutare gli altri a diventarlo	dare consigli	7	1	3	11
	sviluppare autostima/metacognitiva	9	5	3	17
	essere di esempio	6	5	10	21
Esempio di buon decisore	colleghi/capo	4	2	3	9
	familiare/amici	4	1	4	9
	politici attuali	2	2	2	6
	storici del passato	5	5	5	15
	fantasia/mitologici	1	0	2	3

A differenza di quanto postulato dal modello normativo decisionale secondo cui il decisore dovrebbe essere interessato solo alle conseguenze future delle proprie scelte, lo studio evidenzia che le decisioni vengono spesso prese basandosi sulle conoscenze possedute e sulle strategie che, in passato e in contesti decisionali simili, si sono rivelate efficaci. L'esperienza accumulata nel tempo, infatti, sembra giocare un ruolo centrale nel processo di presa di decisione e, inoltre, viene indicata come una delle caratteristiche più importanti che un "buon decisore" dovrebbe possedere. Passando a considerare le analogie scelte per la definizione del processo decisionale, emerge una visione della presa di decisione come di un processo ben organizzato e finalizzato, caratterizzato da un'iniziale visione globale del problema decisionale che, attraverso capacità di tipo intuitivo, si focalizza e si concentra sui dettagli per arrivare alla decisione finale.

In conclusione, dallo studio condotto si può dedurre che i medici appaiono consapevoli di agire e operare in un contesto di incertezza e con elevato rischio di errore. Complessivamente emerge una certa sensibilità nei confronti dell'atteggiamento riflessivo, utile ed efficace per supportare i medici nel processo decisionale.

Bibliografia

1. Motterlini M, Crupi V. *Decisioni mediche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
2. Allnutt MF. Human factors in accidents. *Quality and Safety in Health* 1987; 2: 29-37.
3. Pravettoni G, Vago G. *La scelta imperfetta*. McGraw-Hill, Milano, 2007.
4. Yzerbyt VY, Lories G, Dardenne B (a cura di). *Metacognition. Cognitive and social dimensions*. SAGE, London, 1998.
5. Colombo B, Iannello P, Antonietti A. *Metacognitive Knowledge of Decision-Making: An Explorative Study*. In: Efklides A, Misailidi P (a cura di). *Trends and prospects in metacognitive research*. Springer, New York, 2010: 445-472.
6. Murphy JG, Stee L, McEvoy MT. The wisdom of Solomon, the bravery of Achilles, and the foolishness of Pan. *Journal Reporting of Medical Errors - Chest* 2007: 131.