



EFFETTI DEI PROCESSI COGNITIVI INDIVIDUALI E CONDIVISI SULLE DECISIONI IN MEDICINA

**Alessandra Gorini¹,
Gabiella Pravettoni^{1,2},**

1 Università degli Studi di Milano

2 Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RIASSUNTO

Decidere è un compito cognitivo complesso, soprattutto quando avviene in condizioni di rischio e di incertezza. Poiché il decisore umano possiede una razionalità limitata, le decisioni vengono spesso prese utilizzando delle scorciatoie cognitive, chiamate euristiche, che, se da un lato facilitano grandemente la presa di decisione, dall'altro sono spesso causa di errori sistematici che inficiano il processo decisionale.

Un'area di particolare interesse nello studio della presa di decisioni è la medicina. In questo capitolo ci soffermeremo proprio su questo ambito analizzando le principali caratteristiche che influenzano la decisione del singolo e del gruppo di lavoro e individuando delle possibili strategie che ne favoriscano i processi decisionali.

Parole chiave

Processi decisionali; euristiche; biases; errori in medicina; decidere nel gruppo di lavoro.

ABSTRACT

Taking decisions is a complex cognitive task, especially when it occurs under conditions of risk and uncertainty. Since human decision makers have a bounded rationality, decisions are often taken by using cognitive shortcuts, called heuristics, that, while greatly facilitating the decision-making process, often cause systematic errors that affect the final decisions.

One of the most interesting areas to study the decision-making processes is medicine. In this chapter we will focus on this area by analyzing the main characteristics that influence the individual



and group work decisions and identifying some possible strategies that promote an efficient medical decision-making.

Key words

Decision making processes; heuristics; biases; errors in medicine; group work decisions.

TEORIE NORMATIVE E TEORIE DESCRITTIVE

Il processo decisionale è tradizionalmente analizzato secondo due modelli teorici di riferimento, definiti in letteratura come *normativo* e *descrittivo*. L'approccio normativo si basa sulla teoria della scelta razionale secondo la quale il decisore considera le diverse alternative in termini di utilità attesa. Per "utilità attesa" si intende la rappresentazione, per ogni possibile alternativa, dello stato del mondo conseguibile valutando le probabilità che esso sia effettivamente raggiungibile. Secondo Von Neumann e Morgenstern (1944) chi deve compiere una scelta sceglie in modo razionale l'alternativa con maggiori probabilità di riuscita e con lo stato del mondo conseguibile desiderato.

L'osservazione delle differenze esistenti tra quanto previsto dalla teoria normativa e il comportamento reale delle persone ha portato la ricerca successiva a indagare i meccanismi sistematici attraverso i quali ciò avviene (Simon 1956). Si è osservato che le funzioni mentali che presiedono alla raccolta, selezione, elaborazione e memorizzazione delle informazioni sono significativamente vincolate e condizionate da limiti di natura cognitiva, e quindi definiti "interni" (capacità mnestiche e attentive limitate, etc.) e ambientali, o esterni (qualità, quantità e chiarezza delle informazioni, limiti di tempo, etc.) che, se da un lato rendono difficoltosa la scelta ottimale, dall'altro consentono un adattamento, attraverso la scelta di una soluzione comunque valutata come soddisfacente, a situazioni e compiti che sarebbero altrimenti troppo complessi.

In tale direzione si sono rivolte le ricerche condotte da Tversky e Kahneman (1974; 1981) che, concentrandosi sui processi decisionali in condizioni di incertezza e di rischio hanno individuato la presenza di scorciatoie cognitive (*euristiche*) che di fatto violano gli assunti della teoria della scelta razionale conducendo talvolta ad errori sistematici (*bias*), ma che, nello stesso tempo, permettono di decidere superando i vincoli imposti dalla razionalità limitata che caratterizza la mente umana. Questi studi sottolineano lo scarto esistente tra l'ottimo razionale e il comportamento reale, rendendo possibile uno studio sistematico dei processi decisionali e degli errori ad essi connessi.

LE DECISIONI IN CONDIZIONI DI INCERTEZZA E DI RISCHIO

L'incertezza e il rischio caratterizzano la maggior parte delle nostre decisioni. Il processo di scelta è dunque fortemente condizionato dal modo con cui percepiamo, ci rappresentiamo ed elaboriamo le informazioni che abbiamo a disposizione.

Un aspetto significativo che può influire sul processo decisionale riguarda le distorsioni determinate dalla modalità di rappresentazione del rischio. La percezione del rischio è un fenomeno molto complesso perché determinato non solo da dati obiettivi, per altro non sempre disponibili (per esempio, la frequenza del verificarsi di un dato fenomeno), ma anche da aspetti soggettivi ed emotivi (per esempio, le nostre esperienze precedenti legate a quel fenomeno). Incertezza e rischio impediscono una valutazione basata sul calcolo delle probabilità (come previsto dalla teoria normativa), e portano l'individuo ad agire sulla base di informazioni di carattere secondario, ma con un forte impatto emotivo, positivo o negativo che sia. In questo modo, una potenziale percentuale o valore assoluto



possono cambiare il loro *valore* soggettivo in base a fattori che nulla avrebbero a che fare con una scelta razionale.

Quanto esposto avviene anche, al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare, anche quando i decisori possiedono specifiche abilità professionali in determinati ambiti. Anche in questo caso essi trovano spesso un'assoluta difficoltà a seguire percorsi decisionali coerenti con le teorie normative, mostrando una mancanza di considerazione delle probabilità a priori (anche se disponibili o comunque facilmente reperibili) e una eccessiva ricerca di informazioni inutili arrivando spesso ad errori di valutazione plateali.

Come accennato in precedenza, gli studi effettuati sui processi decisionali hanno individuato una serie di strategie inferenziali volte a semplificare la presa di decisione in condizione di rischio e di incertezza. Tali strategie sono denominate euristiche e, sebbene siano spesso molto efficienti, non sono anch'esse immuni dal produrre estese e sistematiche distorsioni nella formulazione delle decisioni. Tra le euristiche più diffuse e maggiormente studiate troviamo quelle della **disponibilità**, basata sulle informazioni più facili da reperire nella nostra memoria, quella della **rappresentatività**, basata su criteri di somiglianza di un oggetto rispetto ad una categoria nella quale viene inserito, e quella dell' **ancoraggio**, che si manifesta quando l'individuo opera una valutazione iniziale della situazione e, nonostante effettui alcuni aggiustamenti con l'acquisizione di nuove informazioni, al momento della scelta finale, rimane ancorato al suo giudizio iniziale.

LE DECISIONI IN MEDICINA

Lo studio della presa di decisione in medicina è di particolare importanza, non solo per via delle possibili cause che una decisione sbagliata può determinare, ma anche perchè i medici, più di altri, devono decidere in condizioni di incertezza, di rischio, e avendo a disposizione un tempo limitato. In ambito medico, in particolare, sarebbe auspicabile che lo scarto fra scelta razionale e scelta reale fosse ridotto il più possibile. D'altra parte, come accennato in precedenza, le scelte, e gli eventuali errori che ne conseguono (quando non dovuti ad incapacità conclamata), sono legati a fattori cognitivi ed emotivi che influenzano sistematicamente il processo.

Proprio sugli errori si è concentrata l'attenzione di Reason (1990) e Rasmussen (1987) che ne hanno proposto una classificazione sulla base di un modello che considera aspetti legati al compito, al ruolo e alla conoscenza. Più in dettaglio, gli errori legati al compito sono causati per lo più da processi di distrazione dell'attenzione. In particolare, quando una procedura diventa routinaria si tende ad abbassare il livello di attenzione cosicché se la procedura, per qualsiasi ragione, viene cambiata, si commettono facilmente errori causati dalla riproduzione della procedura originaria. Questo tipo di errori dipendono spesso da fattori fisiologici (quali la fatica, lo stress, l'insonnia, etc.), emotivi (quali la frustrazione, la paura, la noia, l'ansia, etc.) ed esterni (l'interruzione di un compito, il sovraccarico di lavoro, le relazioni interpersonali, etc.). Gli errori che si basano sul ruolo e sulla conoscenza, invece, sono indotti dai vizi del ragionamento che abbiamo definito euristiche e biases.

Ma quanti sono gli errori in medicina? In realtà la stima della frequenza non è per niente semplice. L'ostacolo maggiore nel conteggio è rappresentato dal timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo o comunque a non comunicarlo. Tuttavia, alcuni studi internazionali hanno tentato di mettere in luce l'incidenza degli errori medici sulla salute dei pazienti curati in contesti ospedalieri. A tale proposito, un'apposita commissione americana ha stilato il famoso rapporto *To err is Human* (2000), analizzando i risultati di alcuni studi condotti negli stati di New York e Utah Colorado negli anni '80 e '90. Tale analisi ha messo in evidenza che ogni 100 pazienti (tra quelli analizzati) una percentuale compresa tra il 2,9 e il 3,7 subiva danni di diversa entità (dall'aumento dei giorni di ricovero fino alla morte) in conseguenza di com-



plicazioni dovute ai trattamenti medici, ma anche che ben il 53% di tali eventi avversi poteva essere evitato. Infine, e il dato appare davvero rilevante, si stimava un tasso di mortalità conseguente ad errore medico pari al 6,6% con un costo totale stimato per la società di circa 29 miliardi di dollari. Naturalmente queste cifre devono essere prese con prudenza vista la metodologia retrospettiva degli studi. Inoltre, i dati riguardano due soli stati degli Stati Uniti (tra l'altro i dati sono stati raccolti in due periodi differenti) e sono stati proiettati sull'intera popolazione statunitense senza garanzia dell'affidabilità di tale operazione. Comunque il rapporto ha avuto una grande risonanza, e ha messo in evidenza la necessità di uno studio approfondito dell'errore in medicina. Ulteriori studi sono stati in seguito compiuti in differenti Paesi, mostrando valori anche superiori rispetto a quelli americani.

Oltre all'incidenza degli errori medici è poi importante distinguerne la natura al fine comprenderne le cause e attivare procedure correttive. Anche quest'operazione non è affatto semplice sia per la natura complessa della prassi clinica (in relazione anche al contesto in cui è inserita) sia in relazione alla cultura organizzativa e alle conseguenti procedure di indagine degli errori che possono introdurre o meno forti *biases* nella raccolta e nell'analisi dei dati.

Lo studio dell'errore in medicina, tra l'altro, rappresenta un campo di indagine assolutamente attuale dal momento che i mezzi di comunicazione di massa periodicamente si occupano dell'argomento a seguito di fatti di cronaca (spesso definiti episodi di *malasanità* in modo del tutto approssimativo, senza una adeguata valutazione del contesto) o a indagini più o meno serie diffuse da vari organismi di ricerca.

PREVENIRE L'ERRORE IN MEDICINA

Nei precedenti paragrafi abbiamo analizzato le circostanze che rendono sistematici alcuni errori nella presa di decisione. Tali errori sono propri dell'essere umano, e non devono essere ricondotti sistematicamente all'incapacità del singolo o alla poca professionalità del decisore.

Nella nostra analisi abbiamo posto una certa enfasi all'approccio normativo. Lo studio dell'errore sistematico all'interno di questo quadro teorico è necessario al fine di poter studiare al meglio dove, come e perché l'essere umano tende a sbagliare in quella determinata situazione, cioè perché in un determinato contesto non riusciamo a comportarci in modo "ideale" e razionale. Tale analisi ci permette di conoscere quali fattori influenzano la nostra scelta e in che modo. Se un evento è prevedibile e si conoscono i fattori che lo provocano, intervenendo sui fattori antecedenti, si può modificare l'accadere dell'evento stesso.

Lo studio dei fattori che influenzano l'agire dell'essere umano nel momento in cui deve prendere delle decisioni, non ci deve, però, far dimenticare che in nessun caso l'uomo compie delle scelte libere da vincoli ambientali. Sicuramente la propria esperienza passata così come la scarsità di tempo a disposizione sono alcuni di quegli elementi che non possiamo non tenere in considerazione. Di fatto in alcuni momenti l'errore può essere vincolato a una certa economia razionale che ci permette di non imbatteci in un dispendio troppo oneroso di energie. Il fine per l'essere umano resta pur sempre il tener sotto controllo l'ambiente circostante, cercando, allo stesso tempo, di raggiungere il miglior risultato con il minimo sforzo.

Nonostante queste considerazioni è fondamentale individuare delle tecniche considerate utili per rendere i processi decisionali in medicina meno affetti da *biases* cognitivi (si veda Tab.1). Infatti, anche se c'è ancora molto pessimismo sull'effettiva utilità, durante la prassi clinica, di ognuna delle tecniche qui presentate è sempre più riconosciuta la necessità di una serie di interventi integrati e distribuiti nell'arco della carriera del medico (dalla formazione universitaria alla formazione in itinere) atti a rendere consapevoli gli operatori dei propri processi di pensiero (Croskerry, 2003; Plous, 1993; Fischhoff, 1982).



Sviluppare Consapevolezza Fornire agli operatori descrizioni sintetiche e chiare di errori sistematici, biases e euristiche tipiche del contesto medico. Fornire esemplificazioni e casi clinici. Considerare alternative Formare gli operatori a considerare sempre possibili alternative, sviluppando la tendenza ad andare oltre la *prima scelta* Metacognizione Insegnare a riflettere sui propri processi di pensiero e in particolare sui processi di *problem-solving* Diffidare della memoria Riconoscere la fallacia della memoria umana e analizzare tecniche di supporto cognitivo per aumentarne le potenzialità (mnemotecniche, algoritmi e così via) Training specifico Fornire un'adeguata formazione al ragionamento probabilistico e riconoscere la fallacia del ragionamento euristico Simulazione Costruire scenari clinici in cui mostrare percorsi di ragionamento e scelte non razionali con le relativi conseguenze. Mostrare come correggere gli errori (per es. attraverso video o role-play) Semplificazione dei compiti e ottimizzazione delle informazioni Ottenere informazioni dettagliate circa specifici problemi per ridurre la complessità e le aree di ambiguità del compito. Organizzare le informazioni al fine di poter avere accessi rapidi ed efficaci (per se stesso e per gli altri). Pianificare in modo sistematico i follow-up, predisponendo rapporti concisi ed utilizzabili. Diminuire la pressione Pianificare i tempi delle decisioni in modo da diminuire lo stress correlato Feedback Fornire feedback rapidi ed attendibili agli operatori in modo da poter cogliere il nesso fra processi decisionali ed esiti clinici. In questo modo è possibile comprendere la natura di un potenziale errore e calibrare future scelte in contesti simili.

Tabella 1: tecniche di debiasing

| | |
|---|---|
| Sviluppare Consapevolezza | Fornire agli operatori descrizioni sintetiche e chiare di errori sistematici, biases e euristiche tipiche del contesto medico. Fornire esemplificazioni e casi clinici. |
| Considerare alternative | Formare gli operatori a considerare sempre possibili alternative, sviluppando la tendenza ad andare oltre la <i>prima scelta</i> |
| Metacognizione | Insegnare a riflettere sui propri processi di pensiero e in particolare sui processi di <i>problem-solving</i> |
| Diffidare della memoria | Riconoscere la fallacia della memoria umana e analizzare tecniche di supporto cognitivo per aumentarne le potenzialità (mnemotecniche, algoritmi e così via) |
| Training specifico | Fornire un'adeguata formazione al ragionamento probabilistico e riconoscere la fallacia del ragionamento euristico |
| Simulazione | Costruire scenari clinici in cui mostrare percorsi di ragionamento e scelte non razionali con le relativi conseguenze. Mostrare come correggere gli errori (per es. attraverso video o role-play) |
| Semplificazione dei compiti e ottimizzazione delle informazioni | Ottenere informazioni dettagliate circa specifici problemi per ridurre la complessità e le aree di ambiguità del compito. Organizzare le informazioni al fine di poter avere accessi rapidi ed efficaci (per se stesso e per gli altri). Pianificare in modo sistematico i follow-up, predisponendo rapporti concisi ed utilizzabili. |
| Diminuire la pressione | Pianificare i tempi delle decisioni in modo da diminuire lo stress correlato |
| Feedback | Fornire feedback rapidi ed attendibili agli operatori in modo da poter cogliere il nesso fra processi decisionali ed esiti clinici. In questo modo è possibile comprendere la natura di un potenziale errore e calibrare future scelte in contesti simili. |

Queste tecniche hanno lo scopo di rendere consapevoli gli operatori del proprio modo di prendere decisioni e di aiutarli a decidere in modo più razionale. Tuttavia, ciò non significa eliminare errori diagnostici o terapeutici, che in realtà dipendono da una varietà di fattori. Per esempio, è possibile prendere decisioni perfettamente razionali in base ai dati disponibili e alle possibilità pratiche di



intervento, eppure mettere in pratica un comportamento (un errore?) potenzialmente pericoloso per il paziente in questione.

LE DECISIONI NEL TEAM OPERATIVO

Se è vero che gli errori in medicina sono spesso riconducibili a fattori cognitivi ed emotivi, è altrettanto vero che il contesto lavorativo e il gruppo di lavoro giocano un ruolo fondamentale nella prestazione medica. Nella tabella 2 sono riportati i fattori contestuali che secondo Vincent (1998) influenzano negativamente la pratica clinica.

Comprendere i processi decisionali in ambito medico, dunque, significa affrontare un contesto di complessità in cui necessario tenere presente una pluralità di dimensioni, attori e contingenze. E' necessario, quindi, analizzare non solo il processo cognitivo in senso stretto, ma anche il contesto all'interno del quale determinate decisioni vengono prese. Infatti, il singolo medico nell'atto di compiere una scelta professionale è indirizzato (e a volte strettamente vincolato) da una varietà di fattori contestuali legati all'ambito lavorativo in cui agisce. Considerare questa complessità sottostante alle scelte mediche significa assumere una prospettiva che potremmo definire organizzativa. Infatti, solo attraverso un'analisi del funzionamento organizzativo del contesto in cui il medico agisce è possibile spiegare un'ampia quota del comportamento di quest'ultimo, che altrimenti sarebbe difficilmente comprensibile.

Tabella 2: fattori che influenzano la pratica clinica e contribuiscono nel commettere errori (Vincent e coll. 1998)

| Contesto | Fattori | Esempi di problemi che conducono all'errore |
|-----------------------------------|---|--|
| Istituzionale | Contesto medico-legale | Pressioni legali |
| Organizzativo | Risorse finanziarie Obiettivi e standard di sicurezza Priorità e cultura della salute | Insufficiente priorità data ai temi riguardanti la salute Scarsa importanza data al reclutamento di personale qualificato |
| Strutture del contesto lavorativo | Livello di professionalità dello staff Design, reperibilità e manutenzione degli strumenti | Sovraccarico di lavoro e condizioni di affaticamento accesso limitato agli strumenti necessari |
| Equipe | Comunicazione verbale e scritta Supervisioni Leader dell'equipe | Scarsa supervisione per i professionisti giovani/inesperti scarsa comunicazione tra le diverse figure professionali |
| Membri individuali dello staff | Livello di professionalità Motivazione e expertise salute fisica e mentale | Fatica e stress prolungati |
| Compito | Reperibilità e uso dei protocolli reperibilità e accuratezza dei risultati dei test | Assenza di protocolli e linee guida chiari |
| Paziente | Complessità della condizione comunicazione fattori sociali e personali | Di stress; barriere linguistiche tra paziente e medico |

Ogni organizzazione è definita dagli specifici obiettivi da perseguire e dai processi messi in atto per raggiungerli. Di conseguenza più organizzazioni con lo stesso obiettivo (per esempio il benessere del paziente, supponendo che il concetto di benessere sia ben definito e condiviso, cosa tutt'altro che scontata) possono differenziarsi in larga misura rispetto ai processi messi in atto e ai risultati ottenuti, a loro volta misurabili rispetto a determinati criteri (per esempio la soddisfazione dei pazienti, l'esecuzione di un determinato numero di interventi e così via).

Queste caratteristiche organizzative, di processo, costituiscono contesti specifici in grado di influire pesantemente sulle scelte individuali e, in definitiva, sulla *performance* globale di una determinata struttura. Infatti, le direttive organizzative, la presenza o la scarsità delle risorse (strumenta-



zione, personale, informazioni, ecc.), l'utilizzo delle stesse, la definizione dei ruoli e dei relativi confini, nonché i giochi relazionali che guidano l'organizzazione stessa verso sotto-obiettivi impliciti potenzialmente contrastanti con quelli espliciti, costituiscono fattori da tenere in considerazione nel comprendere l'agire individuale e ampliare la nostra conoscenza di ciò che realmente determina le scelte medica nella loro complessità. Queste ultime, dunque, devono essere lette in chiave cognitiva, emotiva, sociale e organizzativa, al fine di metterne in luce la natura profonda e le relative ricadute sulla prassi quotidiana. Inoltre, questa molteplicità di prospettive è fondamentale per ampliare le azioni di supporto in grado di aiutare il medico ad attuare scelte più razionali. Infatti, la cultura organizzativa di una certa struttura può essere talmente forte e vincolante da imporsi ai processi individuali, rendendo spesso insufficienti gli interventi di tipo cognitivo basati sulla formazione standard di un modello decisionale che dovrebbe essere appreso e utilizzato in modo incondizionato, come fosse una pillola infallibile e senza effetti indesiderati.

MIGLIORARE I PROCESSI DECISIONALI NEI GRUPPI DI LAVORO

Data la rilevanza sociale ed organizzativa delle decisioni di gruppo, molti sforzi sono stati dedicati a comprendere come migliorare la qualità e l'accuratezza di tali processi, limitando le distorsioni che le dinamiche relazionali e affettivo-cognitive possono provocare. Le proposte formulate sono molteplici e hanno come punto di partenza i differenti possibili biases in cui un gruppo di lavoro può incorrere.

Vediamo dunque alcune indicazioni che emergono dalle ricerche applicative sulle strategie per contrastare le tendenze semplificanti nelle modalità di selezionare, elaborare e interpretare le informazioni¹. Per contenere questi fenomeni e sollecitare i membri del gruppo di lavoro a prendere in considerazione e discutere le informazioni critiche è necessario:

- a) Formare una mentalità controfattuale
- b) Stimolare il dialogo e il conflitto cognitivo²;
- c) Potenziare la capacità riflessiva del gruppo;
- d) Promuovere la comprensione intersoggettiva

a) Formare una mentalità controfattuale

Significa favorire nei membri del gruppo decisionale una riflessione su "what might have been" (altrimenti detti: pensieri controfattuali). Nella loro ricerca Kray e Galinsky evidenziano come l'aver stimolato i membri del gruppo ad attivare questo tipo di pensieri (anche prima e indipendentemente dal compito decisionale specifico) avesse aumentato la propensione a impegnarsi in "simulazioni mentali" (ossia impegnarsi nel costruire scenari su cosa sarebbe potuto accadere in quella situazione), a considerare un maggior numero di alternative rispetto a quelle inizialmente prese in considerazione, a cercare anche informazioni che potessero disconfermare le ipotesi elaborate, a prendere in considerazione tutte le informazioni disponibili, anche quelle possedute da un solo membro. Tale modalità di pensiero aumenta l'accuratezza della decisione collettiva finale, anche se i membri del gruppo possono non averne consapevolezza e tendono a sentirsi meno sicuri della correttezza della loro decisione rispetto a gruppi in cui non viene attivato un pensiero controfattuale.

b) Stimolare il dialogo e il conflitto cognitivo

La presenza di opinioni divergenti e la gestione aperta di tali divergenze genera un numero maggiore di ipotesi e un maggior scambio di informazioni, inducendo a prendere in considerazione anche le ipotesi minoritarie. Tale strategia non è esente da limiti: i gruppi con atteggiamenti forte-



mente divergenti dichiarano una minor soddisfazione per il modo di lavorare e per i risultati che può condurre a una crescita di turn-over; sono inoltre più lenti nel decidere e nell'implementare le decisioni.

Schulz-Hardt et al. (2002) hanno analizzato, attraverso un esperimento di simulazione condotte con team di lavoratori di imprese pubbliche e private, le differenze tra conflitto "autentico" (*genuine*), cioè legato alla effettiva presenza nel gruppo di opinioni divergenti, e conflitto provocato attraverso tecniche quali ad es. "l'avvocato del diavolo"³: i risultati mostrano che, almeno nel breve termine, quest'ultimo appare meno efficace nel limitare le semplificazioni nei processi di ricerca collettiva delle informazioni e, in particolare, il confirmation bias. Queste ricerche offrono alcuni risultati applicativi interessanti su una questione cruciale per le organizzazioni che intendano utilizzare i team per migliorare le proprie modalità produttive e partecipative: con che criteri costruire i gruppi di lavoro?

In primo luogo si conferma l'importanza della diversità. Creare gruppi di lavoro eterogenei può aumentare la capacità elaborativa del gruppo e la qualità delle sue decisioni. Tuttavia i gruppi eterogenei al loro interno tendono a sentirsi meno fiduciosi nella correttezza della opzione preferita, sono più insoddisfatti e con tassi più elevati di turnover. La dimensione di eterogeneità che meglio sembra contenere questi rischi è la diversità nel background formativo, mentre le differenze di età e di ruolo sembrano aumentare l'insoddisfazione. In secondo luogo, si ribadisce la necessità che tale diversità sia gestita: è importante infatti che le differenze di opinione siano espresse durante la discussione in modo libero e senza timori di conseguenze grazie al supporto di un leader con funzioni di facilitatore.

c) Potenziare la capacità riflessiva del gruppo

La presa di decisione nei gruppi di lavoro e nelle organizzazioni si può caratterizzare come un complesso processo di *sensemaking* (Weick, 1997), di costruzione sociale di significati che attraversa le diverse fasi del processo (selezione e la definizione del problema; definizione dei criteri di valutazione; generazione e valutazione delle alternative; scelta, implementazione e valutazione della decisione) (Tesio, 2004). In ciascuna di queste fasi i membri del gruppo entrano in relazione tra loro sulla base di idee, convinzioni consapevoli, ma anche sulla base di assunti e presupposizioni, più o meno condivisi, spesso taciti e inconsapevoli, dati per scontati, che inducono a trascurare alcune opzioni e a valorizzarne altre. È importante che tale processo interpretativo possa, in alcune occasioni, diventare consapevole: il controllo delle premesse (Weick, 1997) e la chiarificazione dei valori (Tosi, Mero, Rizzo, 2000) diventano allora capacità importanti per il gruppo per sviluppare un pensiero critico su quanto va facendo. Si tratta di aprire uno spazio durante o alla fine del processo decisionale per interrogare le proprie assunzioni, le proprie credenze e sviluppare un'autocomprensione dei criteri in base a cui il gruppo sta definendo il problema e costruendo la decisione.

d) Promuovere la comprensione intersoggettiva

Abbiamo visto come un'interazione efficace sia il risultato di una costruzione condivisa della situazione da parte dei membri del gruppo. Tale costruzione non fa riferimento solo al "pensare nello stesso modo" (secondo la definizione cognitiva classica di modello mentale che esclude il riferimento alla consapevolezza reciproca di tale condivisione), ma comprende anche la capacità di ogni membro di usare la conoscenza di cosa l'altro sa della situazione, di come l'altro pensa e legge l'informazione a disposizione, di quale convinzione, idea o emozione provochi in lui una determinata reazione per prevedere i suoi comportamenti e crearsi aspettative coerenti su come comportarsi.

Questa costruzione condivisa viene definita da Hutchins e Klausen (2006) "comprensione intersoggettiva". Gli autori, nell'analizzare l'interazione di un team di pilotaggio di un aereo, evidenziano come sia sufficiente un'occhiata per originare una sequenza interattiva corretta: ciò è possibile lad-



dove ogni membro dell'equipaggio è consapevole di cosa l'altro sa rispetto al comportamento da adottare⁴. Tale comprensione intersoggettiva è facilitata laddove gli attori sono membri di una "comunità di pratica" (Wenger, 2002). In alcune situazioni "la condivisione intersoggettiva di rappresentazioni di aspetti della situazione mai esplicitati da nessuno degli attori" (Hutchins e Klausen, 2006 pag. 64) è possibile anche senza che in precedenza ci sia stata alcuna interazione tra quegli specifici attori perché esistono conoscenze strutturate pregresse, procedure formalizzate, teorie di riferimento accettate in modo omogeneo dalla comune comunità di riferimento dei membri (come è il caso dei piloti degli aerei). In altre situazioni invece queste condizioni non si danno nelle fasi iniziali di vita del team: non vi sono conoscenze e teorie di riferimento omogenee, accettate da tutti i membri che producono comportamenti simili e quindi prevedibili. In molti contesti, soprattutto nei team professionali, la dimensione interpretativa è molto più accentuata e ciò richiede che siano creati dispositivi appositi per promuovere una comprensione intersoggettiva delle rappresentazioni della situazione: essa infatti nasce e si sviluppa nel corso dell'interazione quotidiana tra quegli specifici membri del team nell'ambito dell'impresa comune in cui sono impegnati e non può essere data per scontata prima che l'interazione avvenga. Ciò richiede di sviluppare e sostenere una capacità nota in alcuni filoni della psicologia evolutiva come teoria della mente⁵: la capacità o disponibilità di rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui, di interrogarsi su cosa l'altro sa e di utilizzare tali stati mentali per predire il comportamento altrui. Tale processo di attribuzione ha componenti sia cognitive sia emotive in quanto richiede di tollerare e accettare come legittimo il punto di vista degli altri e di incorporare le prospettive altrui nella propria interpretazione delle questioni

Non si tratta soltanto di una capacità individuale, poiché in alcuni contesti la possibilità di accettare la parzialità della propria rappresentazione e la compresenza di posizioni, attese, interessi diversi e contrastanti è inibita. Nelle culture di gruppo o organizzative che temono il conflitto, il dialogo tra posizioni diverse è percepito come pericoloso e viene quindi svalorizzato.

Collegandoci al punto precedente, promuovere una comprensione intersoggettiva nel team richiede dunque di sostenere un funzionamento riflessivo del gruppo in cui la consapevolezza delle assunzioni e delle credenze con cui si sta procedendo passi attraverso il riconoscimento della molteplicità di rappresentazioni con cui il gruppo sta affrontando il compito e la disponibilità a investire energie per esplicitarle, percepirlle nella loro parzialità, utilizzarle per interagire. Si tratta di imparare a conversare riflessivamente con la propria mente e la mente altrui (Gilardi e Pezzotta, 2005) predisponendo uno spazio di lavoro decisionale che renda tale conversazione fattibile.

Lo sviluppo delle capacità fin qui descritte e l'espressione costruttiva del dissenso richiede la presenza di due condizioni:

- una cultura di gruppo in cui il dialogo e il confronto siano concepiti come parte integrante del processo decisionale
- una leadership capace di incoraggiare e sostenere il dibattito: il conduttore responsabile del gruppo di lavoro capace di sostenere il processo decisionale è descritto come un facilitatore/moderatore, attento non tanto a esprimere il proprio parere troppo presto e prima degli altri (rischiando così di bloccare la produzione di idee), quanto a gestire il confronto, sollecitando l'emergere di una chiara e condivisa definizione del problema, la generazione di alternative di soluzione, l'esplicitazione dei criteri di valutazione, la valorizzazione dell'eventuale disaccordo, la connessione con gli obiettivi di lavoro e con il contesto in cui si sta operando⁶.

La complessità delle strategie e delle capacità fin qui elencate sottolinea ancora una volta l'importanza per un'organizzazione di sostenere i gruppi impegnati in processi decisionali critici con attività di formazione. Non basta convocare un gruppo, e tanto meno farlo nascere senza aver chiari i criteri di costruzione, per ottenere ambienti decisionali di qualità.



Non vi sono neanche “istruzioni per l’uso” valide per ogni gruppo di lavoro e generalizzabili ad ogni contesto organizzativo. Si tratta piuttosto di sviluppare azioni di supporto, anche attraverso specifiche iniziative formative, che aiutino i membri dei gruppi a riflettere sulle proprie pratiche⁷ decisionali e a potenziare una competenza metacognitiva nel riconoscere e gestire i fattori dinamici di tipo motivazionale, cognitivo e socio-affettivo che intervengono durante il processo collettivo di presa di decisione.

Tabella 3: euristiche e biases che possono influenzare il comportamento del gruppo di lavoro e relative strategie di supporto

| Aspetti di funzionamento del gruppo | Euristiche e Biases | Strategie di supporto |
|---|---|---|
| <u>Dimensioni socio-cognitive:</u> Modalità di processamento delle informazioni Modelli mentali condivisi (su compito e team) Consenso cognitivo | Confirmation bias Shared vs unshared information | Mentalità controfattuale (Kray e Galinsky, 2003) Eterogeneità di opinioni e conflitto cognitivo |
| <u>Dimensioni relazionali</u> Dinamiche interattive e comunicative Dinamiche affettive | Falso consenso Pensiero di gruppo Polarizzazione Escalation del commitment | Brainstorming Avvocato del diavolo Doppio gruppo di decisori Discussione in gruppo (senza precedente valutazione individuale autonoma) |
| <u>Dimensioni motivazionali</u> Motivazione alla padronanza Motivazione all'affiliazione | Euristiche del consenso | Sensibilizzazione per lo sviluppo di competenze metacognitive sul processo decisionale in gruppo |

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Croskerry P., “Cognitive Forcing Strategies in Clinical Decision Making”, *Annals of Emergency Medicine*, 2003, 41, 1, pp. 110-20.

Croskerry P., “The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them”, *Academic Emergency Medicine*, 2003, 78, 8, pp. 775-780.

Hutchins E. e Klausen T. (2006). Cognizione distribuita nella cabina di pilotaggio aereo. In C. Zucchermaglio e F. Alby (a cura di). *Psicologia culturale delle organizzazioni*. Roma: Carocci, pp. 51-76
 Fischhoff B. Debiasing. In: Kahneman D. Slovic P. and Tversky A (a cura di). (1982). *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. New York: Cambridge University Press,; 422–44.

Gilardi S. e Pezzotta C. (2005). Teoria della mente e mondo del lavoro. In O. Liverta Sempio, A. Marchetti e F. Leccio. *Teoria della mente. Tra normalità e patologia*. Milano: RaffaelloCortina Editore, pp. 115-143.

Rasmussen J., Duncan K., Leplat J., “*New Technology and Human Error*”, Wiley & Sons, England, 1987.

Reason J., *Human Error*, Cambridge University, New York, 1990.

Plous S. (1993). *The Psychology of Judgment and Decision Making*. Philadelphia: Temple University Press.



Schulz-Hardt S., Frey D., Lüthgens C., Moscovici S., "Biased Information Search in Group Decision Making", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, 78, 4, pp. 655-669.

Simon H.A., "Rational Choice and the Structure of the Environment", *Psychological Review*, 1956, 63, pp. 129-138.

Tesio L., (2004). *Decidere*. Milano: Raffaello Cortina.

Tosi H.L., Pilati M., Nero N.P. e Rizzo J.R. (2002). *Comportamento organizzativo*. Milano:Egea.

Tversky A., Kahneman D., "Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases", *Science*, 1974, 185, pp. 1124-1131.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, pp. 453-458.

Von Neumann J., Morgenstern O., *Theory of Games and Economic Behaviour*, Princeton, Princeton University Press, 1944.

Vincet C., Taylor-Adams S. E Stanhope N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 4, 226-241.

Weick K.E. *Senso e significato nell'organizzazione*. Milano: Raffaello Cortina, 1997.

(Kray e Galinsky, 2003)

Wengler E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization*, 7 (2), 246-267.

NOTAS

¹ Ricordiamo le due tendenze principali cui abbiamo fatto precedentemente cenno: il *confirmation bias* collettivo (cercare solo l'informazione che supporta, e non falsifica, l'ipotesi su cui la maggioranza converge) e il modello dell'informazione non condivisa (discutere e ragionare solo sulle informazioni disponibili a tutti i membri, evitando di prendere in considerazione e riflettere sulle informazioni possedute solo da un membro).

² Cfr Schulz-Hardt, Jochims e Frey (2002) per una sintesi delle ricerche empiriche condotte in questo campo)

³ La tecnica prevede di identificare un membro del gruppo che ha il compito di criticare l'opzione su cui converge la scelta del gruppo. Ciò spingerebbe il gruppo a ricercare ulteriori informazioni utili a contrastare le critiche e a testare la propria opzione.

⁴ Gli autori analizzano una sequenza fatta di frasi interrotte ed occhiate scambiate tra i due comandanti che danno origine a comportamenti corretti nella guida dell'aereo. Come ciò può essere possibile? L'ipotesi è che ciascuno sia a conoscenza di cosa l'altro debba fare e, contemporaneamente, di cosa l'altro sa su quale sia il comportamento da adottare. Con le parole degli autori: "E' come se (il comandante) dicesse: 'lo so che tu sai che io so che tu dovresti rispondere' " (pag. 63).

⁵ La teoria della mente è definita come capacità di attribuire stati mentali (emozioni, desideri, pensieri, credenze, intenzioni) a sé e agli altri e usare tali rappresentazioni mentali per predire il comportamento proprio e altrui (Camaioni,1993. Per un'applicazione ai processi decisionali individuali, si veda Marchetti e Castelli in questo volume). Per una analisi dei possibili legami tra Teoria della mente e mondo del lavoro, si veda Gilardi e Pezzotta, 2005.

⁶ Il tema della leadership attraversa tradizionalmente gli studi sui gruppi organizzativi, quindi anche quelli collegati al *Decision Making*. Uno degli studi più citati sul ruolo del manager nel processo decisionale è quello proposto da Vroom e Yetton (1973) in cui si distinguono tre principali stili decisionali: autocratico (il manager prende le decisioni da solo); consultivo (il manager ascolta i pareri dei suoi collaboratori e quindi prende la decisione), di gruppo (il manager discute con i suoi collaboratori e si genera insieme la soluzione). La scelta dello stile appropriato dipende da una valutazione attenta della situazione in cui il gruppo si trova. Per un'analisi dettagliata del modello si veda: Tesio, 2004.

⁷ Per una analisi della metodologia di analisi delle pratiche e dell'agire professionale si veda: ?????, 2005.