COMPETENZA

Le parole sono pietre
Carlo Levi, 1955

Definizione generale

Il termine competenza ha trovato un crescente utilizzo in contesti e con significati diversi. L'attenzione alle competenze è stata stimolata da una parte dall'esigenza delle imprese di chiarire i ruoli e le responsabilità – e di conseguenza la preparazione necessaria a chi deve ricoprire tali ruoli – dall'altra dal bisogno di congiungere la formazione e il mondo del lavoro in modo che i nuovi professionisti siano in grado di rispondere ai fabbisogni di una società in continua trasformazione e quindi dipendente da sempre nuove conoscenze.

L'enciclopedia Treccani definisce le differenti declinazioni del termine competenza come:

i. l'idoneità e l'autorità a trattare, giudicare e risolvere determinate questioni (e la capacità di farlo);
ii. quanto spetta ad una persona;
iii. il verbo competere indica l'azione di "andare insieme, far convergere in un medesimo punto", anche nell'accezione di incontrarsi, finire insieme, corrispondere, coincidere, gareggiare o mirare a un medesimo obiettivo.

Da qui l'impiego del termine nel linguaggio corrente secondo due prospettive: quella dell'esigenza organizzativa (servono quelle competenze del personale per erogare una determinata prestazione) e quella della persona, che ha le competenze per rispondere a tale esigenza.

Tale differenza viene connotata anche in base al tipo di approccio:

1. inglese, "uno specifico lavoro correlato ad un compito che un individuo è in grado di eseguire secondo uno specifico standard";
2. americano, "ogni caratteristica personale che (di solito in combinazione con altre) permette l'esecuzione ottimale di uno specifico compito in una determinata organizzazione".

Su questo asse organizzazione-singolo sono proliferate negli ultimi anni diverse definizioni del termine competenza. Ha avuto un ruolo in tale discussione il contesto in cui le elaborazioni venivano proposte, pragmatico proprio della cultura americana o filosofico ed ideologico proprio della cultura latina.

Boldrini e Ghisa[1] evidenziano due aspetti intrinseci al concetto di competenza: la volontà/motivazione e la responsabilità. Sottolineano, infatti, come la figura del professionista esperto si riconosca laddove vi è un comportamento professionale non solo costituito da una prestazione efficace, ma anche responsabile, eticamente e deontologicamente coerente con i valori di un gruppo professionale e di una più ampia collettività, la competenza di essere competenti, consapevoli delle modalità con cui si mettono in atto i propri comportamenti competenti, al fine di controllarli e valutarli in maniera responsabile. Dal confronto delle definizioni di competenza nelle lingue italiano ed inglese, tali autori rilevano che il termine saper fare o abilità (una delle tre tipologie di risorse embricate nel concetto di competenza, con conoscenze ed atteggiamenti) viene spesso considerato sinonimo di competenza in relazione ai diversi corrispettivi terminologici utilizzati in inglese: a) *skill*, impiegato come sinonimo di competenza (l'espressione 'competenza chiave' viene anche tradotta dall'espressione *key/core skill* come equivalente di *key competence*); b) *performance*, l'azione competente che mette in gioco determinati *skill*; c) *capability*; d) attitude, il saper essere, derivante anche da risorse innate, le attitudini; e) *capacity*, che presume una abilità superiore, un insieme di valori, qualità personali, saperi e *skill* e la capacità di trasferire le competenze anche a contesti non familiari, attivando processi di transfert tra le situazioni. Di conseguenza, nell'analisi dei compiti si distinguono[2]: *job-knowledge*, *skill*, *ability*, direttamente osservabili (condotta ed esecuzione del compito) ed abilità, saperi ed altre caratteristiche latenti (e quindi soltanto ipotizzabili).

Modelli

Si richiamano in questa sede solo i modelli principali elaborati relativamente al concetto di competenza, rinviando il lettore ad approfondimenti[3-5] per quanto riguarda i molti altri approcci nati negli ultimi anni.

McClelland[6] ha introdotto il concetto di competenza nei suoi studi sulla motivazione agli inizi degli anni Settanta, identificando le competenze delle persone (caratteristiche individuali codificate in indicatori comportamentali tali da essere misurati empiricamente) come possibili fattori predittivi di performance lavorativa in un determinato ruolo e contesto. Identifica come componenti della competenza: abilità, conoscenze tecnico-specialistiche, motivazioni, tratti di personalità, atteggiamenti, valori, interessi.
Boyatzis[7] descrive il modello della *job competency*, basato sull'interazione di tre dimensioni reciprocamente influenzanti: la domanda del 'lavoro' ovvero l'insieme delle richieste funzionali, che definisce cosa l'organizzazione si attende dalla persona; le competenze individuali (motivazione, tratti di personalità, abilità e conoscenze personali e professionali), che la persona pone in essere, e l'ambiente organizzativo, che definisce le modalità di esecuzione del lavoro. La competenza è quindi definita come "una caratteristica sottostante la persona che si traduce in una prestazione efficace o superiore nel lavoro".
Per Spencer e Spencer[8] la competenza è una "una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata ad una performance efficace/o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito, che causa o predice un comportamento ed i suoi risultati". Vi sono cinque tipi di caratteristiche nella competenza: 1) le motivazioni; 2) i tratti; 3) l'immagine di sé; 4) la conoscenza di discipline o argomenti specifici; 5) gli *skill*. Le motivazioni sono gli schemi mentali o le spinte interiori che normalmente inducono una persona ad agire. I tratti sono le caratteristiche fisiche e una generale disposizione a comportarsi in un determinato modo ad una data situazione. L'immagine di sé è costituita dagli atteggiamenti, dai valori e dal concetto di sé. La conoscenza è una componente complessa della competenza, spesso si accerta la capacità di scegliere tra risposte a più opzioni, ma non la capacità di agire sulla base dell'opzione scelta. *Skill* è la capacità di eseguire un determinato compito intellettivo o psicomotorio. Le conoscenze e gli *skill* sono osservabili in quanto emergono in superficie, mentre l'immagine di sé, i tratti e le motivazioni sono nascosti nelle parte intima. Di conseguenza, è più facile progettare e realizzare interventi di formazione rivolti ai primi che non ai secondi.
Secondo Le Boterf[9] la competenza è la capacità di 'mobilizzare' capacità cognitive per far fronte a situazioni complesse; un soggetto può possedere molte risorse, ma è competente quando: a) le implementa con padronanza nelle situazioni professionali reali, mobilitando, combinando e attivando quelle giuste al momento opportuno; b) consente alla persona di risolvere problemi complessi, adottando soluzioni innovative ed efficaci e di intervenire, se utile, sui processi, al fine di evitare errori. La competenza è pertanto l'attivazione e combinazione di conoscenze, abilità, attitudini ed altro innanzi a situazioni specifiche, al fine di realizzare prestazioni in grado di produrre risultati che costituiscano plusvalore nel processo produttivo, sia per i clienti/utenti esterni, che per i clienti interni all'organizzazione nella quale il soggetto agisce. Si tratta di combinare e mobilitare un insieme di risorse interne ed esterne, secondo determinati schemi operativi, per gestire un insieme di situazioni professionali, ciascuna delle quali è definita da un'attività chiave alla quale sono associati criteri di realizzazione per produrre risultati (servizi/prodotti) atti a soddisfare i requisiti di un destinatario (cliente, utente, paziente). Non si parte dalle competenze distintive per garantire prestazioni giudicate superiori, ma dai processi e dalle azioni organizzative per individuare le attività-chiave che producono output che favoriscono lo sviluppo. Dai risultati attesi (per il cliente esterno od interno) si deve risalire alle attività e da queste alle competenze/risorse necessarie. Nei contesti lavorativi complessi alla persona viene chiesto di assumere decisioni in autonomia e con responsabilità, di scegliere in base alla situazione e di saper agire combinando efficacemente diversi saperi. La competenza è quindi la capacità di trovare la giusta combinazione di risorse (interne ed esterne), saperi, abilità, attitudini, esperienze.
Pellerey[10] definisce la competenza come la "orchestrazione di un insieme di schemi, ciascuno dei quali è una totalità costituita, che sottende un'operazione relativa a un campo operativo particolare". Gli schemi d'azione del soggetto (che si possono osservare nelle performance) consentono di produrre comportamenti efficaci nelle diverse situazioni. La competenza non è di per sé osservabile o accessibile direttamente, è uno stato interno del soggetto. I soggetti non si limitano a registrare i dati sensoriali, ma li organizzano e li elaborano secondo diversi gradi di astrazione, che permettono di rielaborare l'esperienza passata in funzione della situazione

presente, costruendo schemi d'azione o di eventi. Tali schemi sono strutture invarianti di un'azione che consente minimi accomodamenti di fronte a una varietà di situazioni riportabili ad una stessa struttura. Si può dire che si tratta di una organizzazione per classi di situazioni, costituendo così un modello di azione diverso da ogni azione particolare e per questo in grado di guidare e orientare l'azione. Per Vergnaud[11], lo schema è costituito dai seguenti elementi: gli scopi dell'azione, le regole dell'azione, alcune costanti operazionali – ovvero ipotesi, relazioni, proposizioni considerate vere – e processi inferenziali. Più tali schemi vengono adoperati, più essi saranno in grado di organizzare le esperienze con caratteristiche comuni; al contrario, se si presentano al soggetto situazioni distanti dallo schema, egli dovrà inferire in maniera diversa e trasformare e adattare maggiormente tale schema. Intervenendo in una situazione, il professionista non opera secondo la deduzione da leggi note, ma interagisce con la situazione e instaura con la stessa una conversazione riflessiva[12], adattandola ed adattandosi. La crescita della competenza professionale è legata alla capacità di riflessione durante l'azione, non solo prima e dopo la stessa. Una competenza di una certa complessità mette in campo più schemi di percezione, di pensiero, di valutazione ed azione, che implicano inferenze, anticipazioni, trasposizioni analogiche, generalizzazioni, probabilità, valutazioni. Non sempre è sufficiente una sola performance per definire la competenza sottesa, ma questo procedimento dipende dal livello di astrazione della competenza indagata, dal suo livello di complessità e di generalizzazione. Una situazione complessa ed astratta implica una famiglia di prestazioni di natura differente: cognitiva (comprensione e organizzazione dei concetti insiti), operativa (abilità che la caratterizzano), affettiva (convinzioni, atteggiamenti, motivazioni ed emozioni). Nell'acquisire la competenza si passa da una conoscenza globale e confusa ad una differenziazione progressiva che porta a comprensione, precisione terminologica e articolazione concettuale. Attraverso un processo di sintesi ed integrazione viene costruita un'organizzazione concettuale strutturata e stabile[13].

Dreyfus e Dreyfus[14] considerano l'esperienza lo strumento che favorisce la evoluzione della competenza, la quale si sviluppa su diversi livelli. Sulla base dell'esperienza vengono infatti costruiti schemi interpretativi ed operativi applicabili ad una molteplicità di situazioni particolari. Vengono identificati dai Dreyfus nel loro primo testo cinque livelli di competenza:

a) novizio: segue regole e piani, ha poca consapevolezza della situazione e discrezionalità;
b) principiante: collega le conoscenze possedute con il

contesto della sua attività, seleziona i comportamenti da adottare considerando le esigenze peculiari delle situazioni problematiche. Tutti gli attributi di una situazione vengono trattati separatamente ed a loro viene assegnata pari importanza;

c) capace: le prestazioni sono basate su principi abbastanza generali, derivati soprattutto dall'esperienza; sa adattarsi in maniera congruente alle varie circostanze ed esplicitare in modo adeguato gli obiettivi della sua azione ed i mezzi per raggiungerli; fissa obiettivi di lungo termine, elabora piani;
d) competente: considera la complessità delle situazioni, valuta le priorità, riconosce le anomalie;
e) esperto: affronta con padronanza situazioni complesse, anche in assenza di linee guida o regole; coglie tutti gli aspetti in forma olistica, utilizza un approccio analitico solo in situazioni nuove, che lo richiedono.

Successivamente sono stati aggiunti i livelli di master e di leggenda:

f) master: insegna e guida reti professionali. Sviluppa nuovi modelli e strumenti. Ha una prospettiva storica e strategica.
g) leggenda: oltre a quanto proprio del master, stabilisce gli orientamenti della disciplina, gode di fama internazionale.

Krainer[15] descrive quattro livelli di competenza generale: azione e riflessione, autonomia e capacità di creare relazioni. L'OCSE identifica tre categorie di competenza per l'uso interattivo di strumenti: conoscenze e risorse, agire in autonomia, interagire con gruppi socialmente eterogenei. Centrale è la capacità di riflettere, che consente di gestire le situazioni nuove ed il cambiamento, apprendere dall'esperienza e pensare ed agire criticamente[16]. Delors nel rapporto UNESCO 'Learning: the treasure within' del 1996 evidenzia quattro pilastri delle competenze: apprendere a conoscere, a fare, ad essere e a vivere insieme, che corrispondono a domini di competenze metodologiche, personali e sociali[17]. Tagliagambe[18] sottolinea l'esigenza di caratterizzare la competenza come espressione di strategie in grado di gestire e controllare non solo conoscenze, comprensione ed abilità, ma anche emozioni appropriate ed in particolare la dimensione determinante dello sviluppo della identità personale, di una corretta percezione di sé, delle proprie potenzialità, specifiche caratteristiche e tendenze, senza cui le competenze e le capacità non potrebbero entrare concretamente in azione.

In questa sede l'autrice propone la seguente definizione di competenza: "Una persona è competente quando possiede:

1) le risorse (conoscenze, abilità, attitudini) necessarie ad affrontare e gestire un insieme di situazioni in cui potrebbe incorrere;
2) la capacità cognitiva di elaborare conoscenze ed applicarle ai diversi problemi e situazioni, facendo riferimento a teorie, oltre che alla propria storia ed esperienza;
3) l'abilità psicomotoria di agire con destrezza;
4) la maturità emotiva di affrontare con padronanza di sé le diverse situazioni, che si estrinseca in atteggiamenti ed abilità relazionali;
5) l'adozione di principi etici nelle scelte e nelle azioni;
6) la capacità di trasformare l'ambiente e di trasformarsi in relazione agli stimoli recepiti, in una dinamica costruttiva.

In sanità l'adozione di tale definizione potrebbe suggerire alcuni quesiti ai professionisti: "Possiamo accontentarci di aver eseguito il nostro lavoro o dobbiamo puntare all'eccellenza?", "Che cosa è necessario fare per dimostrare la propria competenza (quale evidenza è necessario fornire)?". Non basta certo affiggere alla parete i titoli accademici e gli attestati di frequenza ai corsi. Si tratta di scegliere azioni e realizzarle sulla base di probabilità di esito atteso, compatibilmente con il contesto ed i principi etici di riferimento, mettendosi in gioco "persona tra le persone" ed

innescando insieme il circolo virtuoso dell'apprendere ed insegnare reciprocamente, tra colleghi e studenti ed altri operatori e pazienti e familiari, guardando con occhi sempre nuovi gli eventi che accadono e le esperienze che si effettuano, riflettendo, attingendo alla letteratura, dibattendo e sperimentando.

Dal punto di vista dell'organizzazione, vanno definite le situazioni che devono essere affrontate ed i conseguenti requisiti, in termini di competenze richieste ai professionisti per assolvere i ruoli loro assegnati. Nella dinamica tra organizzazione, persone ed ambiente esterno (socio-economico-culturale) avviene lo sviluppo che può portare alla trasformazione dell'organizzazione, delle persone e dell'ambiente, in relazione al contributo di ciascuno ed alla relativa osmosi, da qui l'esigenza organizzativa di evolvere i repertori delle competenze. Come sottolineato da Fermanelli[19], "le persone e il loro patrimonio di competenze rappresentano la garanzia per la sopravvivenza dell'impresa", ma, si potrebbe aggiungere, lo sviluppo della stessa. Tale concetto va ribadito nella sanità pubblica, anche se le aziende sanitarie non falliscono.

Competenze e professioni sanitarie

Nel 1988 l'Organizzazione Mondiale della Sanità[20] ha enfatizzato il ruolo della competenza: "La competenza richiede conoscenze, appropriate attitudini ed abilità osservabili meccaniche o intellettuali che insieme concorrono all'erogazione di una specifica prestazione professionale". In sanità la competenza è saliente per assicurare che gli operatori siano in grado di prevenire, curare ed assistere persone, scegliere gli interventi da effettuare, realizzare (o far realizzare) tali interventi, ponendosi sempre come persone tra persone, compassionevoli, ma consapevoli. Che cosa richiede il ruolo – essere competenti per fare che cosa? La formazione ha in questo la sua principale scommessa, come sottolineato da Storey[21] "l'approccio basato sulle competenze nella formazione professionale sta diffondendosi e sembra offrire l'opportunità di sviluppare programmi flessibili, in grado di soddisfare i bisogni degli studenti, dei professionisti e delle istituzioni sanitarie". Tra le diverse esperienze di definizione delle competenze avviate negli ultimi anni in sanità se ne citano alcune a livello esemplificativo. Sembra di poter sottolineare che comunque tutte hanno posto al centro delle loro analisi e delle proposte i bisogni dei cittadini e la responsabilità nei confronti della società. In Canada nel 1993 ha preso avvio il progetto CANMED, che ha definito le competenze del medico specialista in una prospettiva di rilevanza sociale e di aggiornamento delle conoscenze. I risultati del progetto sono stati implementati a partire dal 1997 (http://rcpsc.medical.org/canmeds) e dal 2005 è in corso un ulteriore aggiornamento. Nel 2003 la Association of American Medical Colleges ha avviato un progetto di revisione delle competenze del medico, da assumere alla base della formazione universitaria, i cui risultati sono entrati a regime nel luglio 2007. Il modello di riferimento assunto è quello di Dreyfus & Dreyfus. Le competenze sono organizzate in quattro aree: Patient Care, Medical Knowledge, Practice-based learning and Improvement, Systems-based Practice (http://www.acgme.org/outcome/comp/compCPRL.asp). La Commissione europea ha promosso un progetto per la definizione delle competenze dell'infermiere che ha portato nel 2004 alla elaborazione di 'Tuning Educational Structures in Europe'. Il Collegio australiano degli infermieri ha intrapreso un progetto mirato alla definizione di una metodologia per l'accertamento delle competenze ed una revisione di quelle degli specialisti. In Australia[22] nel 2004 è stato avviato un programma per la identificazione delle competenze necessarie agli operatori per assicurare la promozione della sicurezza dei pazienti, sulla cui base promuovere la relativa formazione. Il Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ha identificato sette domini di abilità che tutti gli operatori dovrebbero possedere per promuovere la sicurezza del paziente: creare una cultura della sicurezza, lavorare in squadra, comunicare efficacemente, utilizzare strategie di sicurezza per migliorare la pratica professionale, gestire i fattori umani ed i processi cognitivi, gestire le situazioni ad alto rischio, gestire gli eventi avversi.

Il paziente competente

Nella prospettiva della partnership ed in relazione al crescente ruolo dei cittadini nel controllo sociale dei servizi sanitari, in alcune realtà vengono avviati studi per identificare in base a quali indicatori i pazienti esprimano giudizi sulle competenze dei professionisti. In uno studio del 2006, Calman[23] rileva che le competenze infermieristiche vengono identificate in base a competenze tecniche (in particolare la adozione di misure per

la sicurezza e la relazione interpersonale) e conoscenze assistenziali. Negli ultimi anni è stato introdotto inoltre il concetto di "paziente competente". Ciò è collegato al ruolo che i pazienti sempre più assumono nei processi organizzativi e di sviluppo dei servizi sanitari, ma anche nello sviluppo delle componenti cliniche. Esempi di coinvolgimento dei pazienti riguardano lo sviluppo di linee guida (van Weert, 2003)[24], ma anche la gestione della propria patologia e della sue conseguenze nella vita quotidiana. Il paziente esperto è definito nell'editoriale di Shaw e Baker[25] come "persona che ha la confidenza, le abilità, l'informazione e le conoscenze per assumere un ruolo centrale nella gestione della propria vita di portatore di malattia cronica". Nel Regno Unito, sulla scorta del Government's White Paper del 1999, di 'Saving lives: our healthier nation' e del Piano Sanitario del 2000, è stato promosso uno specifico programma per aiutare i pazienti a diventare competenti nella gestione delle proprie condizioni, "The expert patient: a new approach to chronic disease"[26]. Dai risultati di precedenti studi, i pazienti competenti risultavano infatti più sicuri e meno ansiosi, comunicavano meglio con gli operatori ed erano meno soggetti a episodi acuti e ricoveri[27]. Nel programma di formazione dei pazienti, lanciato nel 2002, le competenze da far acquisire ai pazienti comprendevano: la capacità di stabilire obiettivi, scrivere un piano di azione, risolvere problemi, fare esercizio fisico, respirare adeguatamente, alimentarsi, rilassarsi, comunicare con la famiglia, interagire produttivamente con gli operatori sanitari, gestire al meglio i farmaci da assumere. I risultati della formazione dimostrano che i pazienti hanno sviluppato maggiori conoscenze, auto-efficacia e comportamenti di autogestione. In Italia negli ultimi anni sono andate crescendo le iniziative di formazione dei pazienti all'auto-gestione, soprattutto dopo il ricovero. La sinergia tra associazioni di pazienti ed istituzioni ha consentito di sviluppare progetti rilevanti, quale ad esempio Partecipasalute[28], ma dovrà costituire negli anni a venire un perno centrale nelle politiche sanitarie.

Piera Poletti

Responsabile CEREF, Centro Ricerca e Formazione Padova
Membro Direttivi ESQH (European Society for Quality in Healthcare) e SIQuAS VRQ (Società Italiana per la Qualità sanitaria)

BIBLIOGRAFIA

1. Boldrini E, Ghisa G. Competenza, compétence, competence, kompetenz. Alcuni spunti sul concetto di competenza a partire da un approccio linguistico. In: Competenze e loro valutazione in ambito formativo, Quaderno ICeF 12, Lugano: Istituto Formazione e Comunicazione, 2006.
2. Sarchielli G. La relazione soggetto-lavoro: competenze trasversali e risorse personali. Professionalità 2001; 64: 9-21.
3. Gambino D. Breve rassegna sull'approccio per competenza. FOR 2005; 63: 42-50.
4. Zanon R (a cura di). Competenze e intelligenze per la qualità. Milano: Guerini e associati, 2006.
5. Poglia E, Fumasoli T (a cura di). Competenze e loro valutazione in ambito formativo. Quaderno ICeF 12, Lugano: Istituto Formazione e Comunicazione, 2006.
6. Mc Clelland DC. Testing for competence rather than for 'intelligent'. Am Psychol 1973; 28, 1-14.
7. Boyatzis RE. The competent manager: a model for effective performance. New York: Wiley, 1982.
8. Spencer LM, Spencer SM. Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore. Milano: Edizioni Franco Angeli, 1993.
9. Le Boterf G. De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Parigi: Les Édition de l'Organisation, 1994.
10. Pellerey M. Il portfolio complessivo progressivo per la valutazione delle competenze. Orientamenti pedagogici, 2000.
11. Vergnaud G. Le développement cognitif de l'adulte. In: Carre Ph, Caspar P, Traité des sciences et des techniques de la formation, Dunod, 1999.
12. Schön DA. Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale. Bari: Edizioni Dedalo, 1993.
13. Ausubel D. In defense of advance organizers: a reply to the critics. Rev Educ Res 1978; 48: 251-257.
14. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer. Oxford: Basil Blackwell, 1986.
15. Krainer K. Beiträge zum Mathematikunterricht. "Selbständig arbeiten – aber auch gemeinsam und kritisch prüfend!" Aktion, Reflexion, Autonomie und Vernetzung als Qualitätsdimensionen von Unterricht und Lehrerbildung. In: Henn HW (a cura di), pp 25-32, 2003.
16. Rychen DS, Salganik LH (a cura di). Key competences for a successful life and a well-functioning society. Hogrefe&Huber: Cambridge (State of Washington) and Göttingen, 2003.
17. Erpenbeck J, von Rosenstiel L (a cura di). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer, Poeschel, 2003.
18. Tagliagambe S. Le competenze: valore per le organizzazioni e le persone. FOR 2002, 50-51: 12-21.
19. Fermanelli C. Il vantaggio competitivo delle competenze. FOR 2002; 50-51: 28-32.
20. World Health Organisation. Learning to work together for health. Report of a WHO study group on multi-professional education for health personnel: a team approach. WHO Switzerland, p 68, 1988.
21. Storey FL. The concept of competence. Proceedings of the Assessment of Competence Conference, Dublin 2001.
22. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. Qual Saf Health Care 2006; 15: 437-442.
23. Calman L. Patients' views of nurses' competence. Nurse Educ Today 2006; 26: 719-725.
24. Van Weert C. Fare le cose giuste per il paziente e farle bene. QA 2005; 3: 129-134.
25. Shaw J, Baker M. "Expert patient" - dream or nightmare? BMJ 2004; 328: 27.
26. http://www.doh.gov.uk/healthinequalities.
27. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care 1999; 37 (1): 5-14.
28. Mosconi P, Colombo C. Costruire un'alleanza strategica tra associazioni di pazienti & cittadini e comunità medico-scientifica: il progetto Partecipasalute. Clinical Governance 2005; 2: 37-42.