



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**La mappatura delle
competenze ostetriche**

Relatore:

Dott.ssa Laura Fermani

Tesi di Laurea di:

Dott.ssa Giulia Sabbatini

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione	1
1. Le competenze	3
1.1 Cosa sono le competenze	5
1.2 La classificazione delle competenze	6
2. Mappatura delle competenze ostetriche	13
2.1 La disciplina ostetrica	13
2.2 Le competenze professionali dell'Ostetrica	16
2.3 Le competenze avanzate	18
2.4 La valutazione delle competenze	20
2.5 Le competenze: strumenti e metodi per la Valutazione	22
2.6 Il Bilancio delle competenze	24
2.7 Il portfolio: uno strumento per la certificazione delle competenze	25
2.8 Mappatura delle competenze	29
2.9 L'apprendimento delle competenze	33
3. Lo studio	38
3.1 Obiettivi	38
3.2 Materiali e Metodi	41
3.3 Questionario di autovalutazione delle competenze ostetriche	45
3.4 Risultati	47
3.5 Risultati Sezione 1 Scheda Portfolio	48
3.6 Risultati Sezione 2 Scheda Portfolio	51
3.7 Analisi statistica inferenziale	60
4. Discussione	76
4.1 Progettazione del corso accreditato ECM	83
4.2 Progetto di rotazione del personale	87
4.3 Limiti dello studio	89
5. Conclusioni	90
6. Bibliografia	96
7. Allegati	98

Abstract

RAZIONALE: La mappatura delle competenze rappresenta il processo tramite il quale un'organizzazione, nello specifico un'azienda sanitaria, stabilisce e codifica i ruoli del personale, allo scopo di identificare le competenze necessarie allo svolgimento delle suddette mansioni con il fine ultimo di garantire un'assistenza ottimale.

OBIETTIVI: Eseguire la mappatura delle competenze del personale ostetrico all'interno della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica, attraverso un'autovalutazione anonima, allo scopo di: Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici; sviluppare nei professionisti la capacità di misurare, attraverso l'uso di criteri validati, il proprio livello di competenza; identificare quelli che sono i bisogni di sviluppo, formazione e cambiamento.

METODI: È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo attraverso la somministrazione di un questionario di autovalutazione delle competenze al personale ostetrico (n=59) della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale G. Salesi. I dati ottenuti sono sottoposti ad analisi statistica tramite l'analisi della varianza (ANOVA).

RISULTATI: La mappatura delle competenze ha mostrato un buon livello generale di competenze all'interno dei vari setting assistenziali, con margini di miglioramento in specifiche aree. L'analisi per sottogruppi ha mostrato una eterogeneità per setting assistenziale di appartenenza verosimilmente dovuta alla diversa specializzazione che ciascuna ostetrica professionista ha acquisito e maturato negli anni.

CONCLUSIONI: I risultati di questo studio forniscono un presupposto per poter sperimentare un nuovo metodo di categorizzazione delle competenze ostetriche. L'individuazione di carenze all'interno di specifiche aree di competenza è determinante per consentire di attuare interventi formativi mirati per il personale dipendente, al fine di uniformare le competenze.

PAROLE CHIAVE: mappatura delle competenze, ostetrica, formazione continua.

Introduzione

“Tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un’elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze”¹

L’evoluzione scientifica e tecnologica impone a tutti i professionisti sanitari di impegnarsi per tendere verso le competenze professionali che si definiscono e si implementano per dare una risposta efficace e innovativa ai bisogni dei singoli cittadini e dell’intera collettività, da ciò nasce l’esigenza di un processo di ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze delle professioni sanitarie.² L’esigenza di ampliare le competenze delle professioni sanitarie, è stata formulata dalla necessità dell’evoluzione formativa per la dinamica evoluzione dell’organizzazione del lavoro, anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore sanitario. L’attuale dibattito italiano, attorno al tema del riconoscimento e della gestione delle competenze professionali, pone al centro l’interesse a individuare e delineare queste ultime all’interno dei singoli profili professionali e nello specifico a noi interessa l’ostetrica/o.

La formazione ostetrica, come delineato dal profilo professionale di riferimento, deve essere centrata su quelle competenze professionali necessarie al professionista, per affrontare al meglio i problemi di salute e i bisogni di assistenza della popolazione.

Ogni ostetrica è una figura unica, detentrica di competenze che possono espandersi fino ai livelli più avanzati, competenze ricche anche di contenuto gestionale per il governo dei processi di cui è responsabile.

Attualmente nel sistema formativo ostetrico italiano non esiste una valutazione omogenea dello stato delle competenze acquisite; l’attuale forma curriculare non è più sufficiente e di conseguenza ci rende poveri di documentazione che certifichi e validi le competenze del professionista.³

In Italia, non esistono documenti condivisi che definiscono le competenze indispensabili all’esercizio della professione; nonostante il profilo professionale⁴ delinea la natura della

¹ Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 Dicembre 2001

² M. Guana. Le competenze infermieristiche e ostetriche. Metodi e strumenti per costruirle e comunicarle

³ M. Guana A. Colosio, Proposta di mappatura delle competenze core dell’ostetrica/o

⁴ DM n. 739/1994, Profilo Professionale dell’Ostetrica

professione e le principali funzioni dell'ostetrica, manca il successivo livello di esplicitazione delle competenze essenziali e dei relativi risultati di apprendimento. La definizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze ostetriche sono un argomento molto trattato attualmente al fine di superare il vecchio approccio mansionariale alla professione, delineare con più chiarezza i percorsi formativi (soprattutto quelli della formazione post-base) e ridefinire i modelli organizzativi ospedalieri e territoriali in termini di qualità e sicurezza.

Dall'esigenza di un ampliamento concettuale della valutazione del professionista nasce la proposta della creazione di un modello portfolio che permetta la mappatura e la valutazione delle competenze.

La mappatura e la valutazione delle competenze della figura dell'ostetrico/a rientra nell'ottica della qualità assistenziale in quanto il suo scopo principale è quello di portare ad un costante aumento e miglioramento delle competenze "agite" sulla persona assistita per soddisfare al meglio i suoi bisogni in un ambiente sicuro. Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. Il concetto di competenza acquista una importanza rilevante nella gestione del cambiamento e nella capacità d'instaurare percorsi di crescita organizzativa sia in ambito clinico, assistenziale, formativo e manageriale.

La mappatura delle competenze contribuisce a modificare il sistema in cui è inserito il professionista; implica l'analisi di diversi fattori quali la centralità del soggetto, la valorizzazione dell'esperienza, la centralità dell'apprendimento e la formazione intesa come apprendimento permanente. Pertanto è indispensabile che venga presa in considerazione per la sua importanza sia sotto il profilo etico, sia per il momento attuale di cambiamento caratterizzato dalla crisi dei tipici paradigmi organizzativo-assistenziali previsti dal sistema sanitario.

Valutare le competenze significa rendere conto all'utente del servizio, poiché il personale sanitario è chiamato a rispondere per tutte le dimensioni del sistema qualità garantendo al cittadino la miglior risposta possibile ai suoi bisogni di salute; e rendere conto all'azienda in cui esercita la professione per la quale mappare le competenze del personale è di fondamentale importanza per attuare un'ottimale gestione dello stesso.

1. Le competenze

La parola “competenza” deriva dal latino “*cumpetere*”, significa andare insieme, far convergere in un medesimo punto. Evoca inoltre il verbo italiano “competere”, cioè gareggiare, confrontarsi, misurarsi. Il significato di “persona competente” rimanda all’immagine di persone che hanno preparazione, capacità, esperienza, abilità in un determinato campo. Vi sono numerose definizioni date al concetto di competenza e risulta difficile sintetizzare l’idea della competenza in una comune e condivisa visione del concetto stesso. In ambito formativo la competenza si distingue da altri termini quali conoscenze ed abilità ed è caratterizzata da attributi globali e contestuali.

Globali in quanto richiama alla totalità delle variabili in gioco, quali conoscenze, abilità e atteggiamenti, *contestuali* perché la competenza è attribuita ad un soggetto che sa trasferire conoscenze e abilità. Quest’ultime due caratteristiche sono ben descritte nelle definizioni di competenza date da Michelle Pellerrey che afferma: “*le competenze si presentano come un insieme integrato di conoscenze, abilità e atteggiamenti, insieme necessario ad esplicitare in maniera valida ed efficace un compito lavorativo*”⁵ e da Guy Le Boterf che la definisce “*un insieme, riconosciuto e provato, delle rappresentazioni, conoscenze, capacità e comportamenti mobilizzati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato*”⁶; nel 2000 Le Boterf stesso finì per definirla un “*camaleonte concettuale*” a significare l’esistenza di concezioni contrastanti del termine, di approcci non univoci all’analisi e allo sviluppo delle stesse.

Più in generale, per riprendere una definizione più recente dello stesso Pellerrey (2004), il termine competenza indica “*la capacità di far fronte ad un compito o a un insieme di compiti, riuscendo a mettere in moto e a orchestrare le proprie risorse interne, cognitive, affettive e volitive e a utilizzare le risorse esterne disponibili in modo coerente e fecondo*”. Rosario Drago integra, invece, nella sua definizione una considerazione inerente la percezione delle competenze, sostenendo che “*la competenza è essenzialmente ciò che una persona dimostra di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione ad un determinato obiettivo, compito o attività in un determinato ambito*”.

⁵ Progettazione formativa: teoria e metodologia” – M. Pellerrey – ricerca ISFOL-CLISE - 1983

⁶ Le Boterf, G.,1990, De la compétence: Essai sur un attracteur étrange, Les Ed. de l’Organisation

disciplinare o professionale. Il risultato dimostrabile ed osservabile di questo comportamento competente è la prestazione o la performance”⁷.

Gabriella Di Francesco, ricercatrice ISFOL⁸, afferma che *“uno degli elementi pressoché comuni delle diverse definizioni di competenza rinvenibili in letteratura è proprio la centralità dell’individuo come soggetto attivo, in grado di declinare in modo proprio ed, al limite, ineditabile il proprio sapere”*. In definitiva, qualunque sia il modello o la definizione scelta, si può senz’altro affermare che la messa in opera di una competenza mobilita le tre componenti soggettive: le conoscenze (il sapere), le abilità (il saper fare) e le disposizioni interne stabili (saper essere).

La professione ostetrica, negli ultimi anni è stata attraversata da profondi cambiamenti in ambito formativo, riguardo il concetto di competenza si evidenzia una mancanza di chiarezza nella maggior parte degli studi in ambito di formazione ostetrica. Le caratteristiche stesse della disciplina ostetrica, non rendono facile l’analisi delle competenze che sono alla base della pratica professionale, si sviluppano in una complessa combinazione di atteggiamenti, conoscenze, competenze e potenzialità.

Il concetto di competenza, come si evince dalle varie definizioni, rimanda immediatamente a “ciò che si sa fare, piuttosto a ciò che si sa” e il suo utilizzo si è dimostrato negli ultimi anni funzionale soprattutto al campo dell’esercizio professionale in quanto ha contribuito a migliorare la conoscenza delle specificità professionali ed è servito all’identificazione di standard di competenze richieste a tutela degli interessi della collettività e della professione.

La nozione di competenza potrebbe far concludere che la formazione dell’ostetrica dovrebbe essere incentrata esclusivamente sulla competenza da esercitare nei luoghi di lavoro, ma questa sarebbe una ridotta interpretazione che potrebbe sbilanciare la formazione verso aspetti prettamente tecnici a sfavore di quelli “artistici” del sapere ostetrico, più difficilmente catturabili dalla descrizione oggettiva delle competenze richieste dai contesti lavorativi, come la capacità di risoluzione dei problemi, le attitudini personali o le capacità del pensiero creativo.

⁷ La nuova maturità” – Rosario Drago – Centro studi Erickson – Aggiornamento 2000

⁸ Isfol - Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori

Il sapere ostetrico si sviluppa su elementi tecnici, scientifici ed umanistici la cui equilibrata combinazione fonda quella competenza di “cura” così particolare che consente alle ostetriche di stare accanto alle persone che soffrono, interpretando le loro soggettive esperienze di salute/malattia e scegliendo di volta in volta soluzioni di cura appropriate, sicure ed eticamente accettabili, anche attraverso l’uso del pensiero critico e dei personali orientamenti etico-valoriali.

In definitiva, una formazione basata sulle competenze è una realtà indiscutibile perché concorre alla definizione ed alla verifica dei requisiti che ciascun ostetrico/a deve possedere per tutelare la salute dei cittadini.

1.1 Cosa sono le competenze

Si definisce competenza l’insieme delle caratteristiche individuali che incorrono all’efficace presidio di una situazione lavorativa, di una prestazione, di un’attività; tale definizione si adatta ad ogni segmento lavorativo o ambito disciplinare, ogni esperienza teorica ha applicazioni pratiche ed ogni applicazione pratica ha il suo riscontro teorico. Le Boterf sostiene che la competenza è la capacità di orientarsi in determinate situazioni. “La competenza non risiede nelle risorse da mobilitare ma nella mobilitazione stessa dei saperi che si sono saputo selezionare, integrare e combinare in un contesto e per un obiettivo specifico”. Nei vari ambiti della Formazione Professionale si evidenziano tre modelli di definizione e classificazione:

- **Capacità/Abilità-skill:** Insieme delle conoscenze, dei comportamenti (cioè la parte relativa al modo di eseguire le attività che incide sui rapporti con gli altri e sull’efficacia della mobilitazione dell’intera competenza stessa.), e degli atteggiamenti, acquisiti sia in processi d’apprendimento mirati, sia nell’esperienze pratica. Le capacità rappresentano il potenziale di una persona.

- **Competenze:** Combinazione, interazione delle capacità che vengono mobilitate per soddisfare determinate esigenze o per effettuare determinate attività.

- **Qualifiche:** Gruppi di competenze che vengono riconosciute da una autorità esterna. Secondo Le Boterf, “la competenza esprime una relazione tra un soggetto e una specifica situazione lavorativa; essa scaturisce dall’analisi del “soggetto in azione”, dalla

considerazione del tipo di risorse che mette in campo e dalla modalità con cui le combina per raggiungere i risultati di volta in volta richiesti.”

1.2 La classificazione delle competenze

Per comprendere il concetto di competenza è necessario individuare un modello di riferimento.

Le teorie più diffuse hanno elaborato modelli riferiti a:

1. specifiche componenti della competenza,
2. diverse tipologie di competenza utilizzate dalle persone nella vita lavorativa.

1. Componenti della competenza

Una delle definizioni più diffuse considera la competenza come "l'insieme strutturato di conoscenze, capacità e atteggiamenti necessari per svolgere un compito" (Pellerey 1983). Quaglino (1990) parla di competenze in termini di: "...qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, doti professionali e personali". In questa ottica le competenze professionali vengono analizzate attraverso la scomposizione in dimensioni singole e specifiche distinguendole in:

- *capacità professionali specifiche*, strettamente legate ai contenuti specialistici di un lavoro o di un'attività correlati alla posizione professionale;
- *capacità trasversali*, di natura più generica e flessibile, connesse anche alle risorse personali di un soggetto, utilizzabili in compiti e attività differenti, non correlati esclusivamente alla posizione professionale ricoperta.

Gli atteggiamenti rappresentano una variabile "stabile" per la valutazione positiva o negativa che determina il grado di predisposizione, da parte dell'individuo.

Un altro fattore, strettamente legato all'espressione e allo sviluppo delle competenze, è la motivazione che, spinge l'individuo all'azione: l'essere motivati verso ciò che si fa aumenta l'impegno, l'attenzione, la concentrazione, rinforzando l'efficacia dei comportamenti lavorativi.

2. Tipologie di competenze

- competenze *di base*: di tipo generale, trasferibili a differenti compiti, rilevanti per la formazione e la preparazione professionale generale della persona; fanno riferimento alla dimensione culturale generale di un individuo;
- competenze *tecnico professionali*: ad alto livello di specificità, sono acquisite in ambiti specialistici; sono connesse ad un contenuto lavorativo e si identificano in mestieri e ambiti professionali. Tali competenze fanno riferimento a determinate aree disciplinari;
- competenze *trasversali*: consentono la traduzione di saperi e capacità in comportamenti efficaci; consistono nell'abilità di mettere in atto strategie efficienti per traslare le proprie capacità alle richieste dell'ambiente, integrando le diverse risorse possedute. Queste competenze, quindi, appaiono come strategie generali, riferite all'ambiente, flessibili e modificabili;
- risorse *personali*: inclinazioni cognitive e affettive acquisite ed elaborate da un soggetto nell'ambito di qualsiasi esperienza personale o lavorativa nel corso della sua biografia. Queste risorse riflettono qualità di natura personale e psico-sociale, utili ai fini di un comportamento lavorativo e organizzativo efficace.

È possibile individuare alcune caratteristiche fondamentali comunemente attribuite al costrutto di competenza:

1. dinamicità: le competenze non sono statiche, ma si sviluppano e si apprendono continuamente attraverso le esperienze personali e professionali dell'individuo;
2. multidimensionalità: la competenza è riconducibile ad un insieme articolato di singoli fattori;
3. carattere sistemico: le competenze racchiudono il patrimonio complessivo di risorse e qualità dell'individuo attraverso l'integrazione, e non la mera somma, delle singole dimensioni;
4. contingenza: le competenze si concretizzano in comportamenti efficaci e funzionali, e solo attraverso questi divengono osservabili; le competenze si manifestano, quindi, nell'interazione tra un soggetto e uno specifico contesto;

5. flessibilità: nonostante la natura contingente, vi sono competenze trasversali che non riguardano in modo esclusivo i contenuti specifici di un dato compito ma, consistono in modi di agire e sviluppo di strategie generali, trasferibili a situazioni diverse.

Modello iceberg di Spencer & Spencer

La definizione di competenza che è stata ripresa più volte in lettura da diversi autori è: “per competenza intendiamo una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito”. Secondo il modello iceberg di Spencer & Spencer *Figura 1*, le competenze di un individuo sono costituite da una componente nascosta e difficilmente osservabile che appartiene ad una dimensione psicologica e si riferisce alla caratteristica intrinseca individuale, e da una parte costituita da caratteristiche osservabili e ben visibili che nel lavoro si esprime in conoscenza usata e sperimentata fatta di comportamenti visualizzabili e ripetibili:

Componenti osservabili:

- Abilità
- Conoscenze

Componenti nascoste:

- Valori e ruolo sociale
- Immagine sé
- Tratti
- Motivazioni



Figura 1 Modello ad iceberg (FONTE: Spencer e Spencer, 1993)

La componente personale gioca un ruolo centrale nell'espressione delle competenze di un individuo poiché essa si traduce in comportamento, ossia, nella sua parte osservabile. Quindi le componenti della competenza possono essere così descritte:

- *Attitudine*: predisposizione, fattore personale, atteggiamenti, si trasforma in capacità se stimolata e aiutata;
- *Capacità*: dotazione personale che permette di eseguire una determinata prestazione. La capacità è l'espressione di un'attitudine che ha trovato condizioni esterne (contesto) e interne (motivazione) favorevoli al suo manifestarsi in comportamenti.
Le capacità sono di molteplice natura: comunicative, intellettuali, manuali ecc.;
- *Conoscenze*: patrimonio di sapere acquisito tramite lo studio, l'aggiornamento;
- *Esperienza*: permette la maturazione delle conoscenze. Essa non si acquisisce solo con l'anzianità, ma piuttosto con la capacità di perfezionare le nozioni e la teoria acquisite coniugandole alle situazioni vissute;
- *Motivazione*: è la spinta interiore che ci permette di raggiungere certi obiettivi, di trasformare le attitudini in capacità

Le componenti della competenza sono schematizzate nel diagramma di Spencer & Spencer in *Figura 2*.

Secondo Schon⁹ l'essenza della competenza è la capacità di dialogare con il contesto come in una conversazione in cui, pur all'interno di un sistema di conoscenze e di regole che sono note, non tutto è prevedibile, ma l'efficienza e l'efficacia nell'interazione sono mantenute attraverso una gestione continua di ciò che inaspettatamente accade.

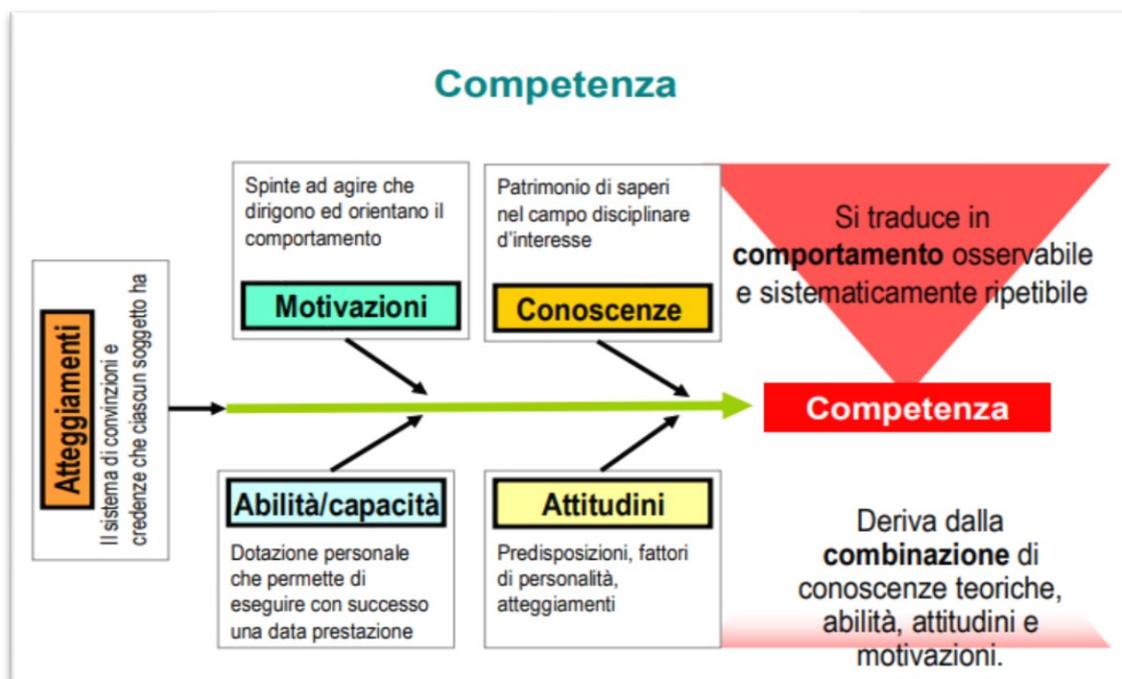


Figura 2 Competenza Fonte: Spencer & Spencer da M. Borriello, *Amministratore Delegato MIBI- "Risorse umane Processi Aziendali Miglioramento Continuo"* 16 giugno 2004

In letteratura esistono diversi modelli; in Italia uno dei più utilizzati è quello proposto dall'Isfol, ente che collabora con il Ministero del Lavoro e con le Regioni. Secondo la definizione Isfol (Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori) la competenza professionale è un insieme di elementi/dimensioni che concorrono all'efficacia di un comportamento professionale ed è finalizzata all'azione, intrecciata alla capacità di fare e alla conoscenza delle situazioni e dei contesti.

Modello Isfol

L'ISFOL "Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori" nato da una ricerca sulla formazione professionale condotta su incarico del Ministero del Lavoro

⁹ C.Argyris e D.A. Schön, *Apprendimento organizzativo*, Guerini, Milano 1998, p.15-16.

e dell'Unione Europea. La definizione del concetto di competenza utilizzata dall'Isfol è strettamente legata alle caratteristiche individuali, ovvero "...la competenza risiede, in ultima analisi, nella capacità, da parte del soggetto, di porre in atto, gestire, coordinare e monitorare le attività comprese in una area di attività".

Gli aspetti che emergono da tale definizione possono essere meglio descritti da tre concetti:

- la multidimensionalità, che implica il fatto che la competenza sia costituita da conoscenze;
- flessibilità, abilità nel problem solving e intelligenza strategica;
- la soggettività, che implica la centralità dell'individuo nella creazione di un proprio percorso professionale; la dinamicità, che implica il fatto che la competenza sia il risultato di un processo di apprendimento in divenire, associato a fattori personali e situazionali.

Il modello è stato pensato con una finalità piuttosto ampia, nel tentativo di fornire una visione globale delle varie professioni e agevolare la lettura e l'ideazione di percorsi di formazione e valutazione del capitale umano di un'organizzazione. La competenza viene così ad essere strutturata in tre cluster, denominati competenze di base, competenze trasversali e competenze tecnico-professionali.

Il modello Isfol ha suddiviso le competenze in tre aree:

- Competenze professionali di base: capacità (quali, ad esempio, parlare inglese, usare un computer, saper cercare lavoro) riconosciute come prerequisiti per l'accesso alla formazione e considerate imprescindibili per inserirsi o reinserirsi positivamente nel mondo del lavoro e per fronteggiare in modo positivo le situazioni di cambiamento;
- Competenze trasversali: capacità non connesse ad una specifica attività o posizione lavorativa, e che possono essere applicate in più ambiti lavorativi e di vita; comprendono la capacità di diagnosi, di relazione, di problem solving, di decisione;¹⁰
- Competenze tecnico-professionali: l'insieme dei saperi (conoscenze specifiche e

¹⁰ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8451366.pdf>

procedurali) e delle tecniche connesse all'esercizio efficace di determinate attività operative proprie di specifici processi di lavoro.

Il modello ISFOL può essere utilizzato per il censimento e la definizione delle competenze possedute dalle persone attraverso la compilazione del dossier formativo attraverso il quale è possibile ricavare un'analisi del fabbisogno formativo.

Questa metodologia di analisi permette di individuare il divario tra le competenze possedute e quelle attese, verificare la reale necessità di interventi formativi nel contesto lavorativo e inoltre ha la finalità di certificare le competenze acquisite e di cogliere le caratteristiche distintive di ognuno per poterle valorizzare e impiegare contribuendo così al funzionamento organizzativo e alla migliore realizzazione professionale. Questo modello di analisi prevede quattro fasi:

- Individuazione delle competenze: Si tratta di individuare per ogni attività o processo le competenze che devono possedute, da realizzare in un periodo definito, per raggiungere la performance che l'Azienda si attende;
- Traduzione delle competenze individuate in comportamenti osservabili;
- Mappatura delle competenze. Vi è l'attribuzione delle "attese comportamentali" ai diversi ruoli aziendali. Operativamente si tratta di rispondere a quali competenze o comportamenti sono necessari per realizzare una prestazione eccellente;
- Gestione delle competenze: La mappatura delle competenze diventa lo strumento principale per la progettazione di un sistema integrato per la gestione delle risorse umane che comprende la pianificazione, la selezione, la valutazione, la formazione, i valori e gli obiettivi aziendali.

2. Mappatura delle competenze ostetriche

2.1 La disciplina ostetrica

La “midwifery” è scienza ed è caratterizzata da un vasto insieme di conoscenze scientifiche (concetti, nozioni, principi generali, leggi, teorie, modelli e schemi di riferimento) e pratiche che costituiscono il "sapere di base" dell'ostetrica/o. Si tratta di un sapere che nel tempo si è accumulato, trasformato, consolidato "ufficialmente" (sostenuto da evidenze scientifiche).

Queste conoscenze indirizzano l'ostetrica/o verso scelte operative corrette nel sistematico svolgimento della propria attività professionale. Di fatto, le conoscenze scientifiche le consentono di attuare al meglio l'assistenza di interesse, ovvero le cure ostetriche. Si può considerare un "sapere-guida" poiché rappresenta concettualmente gli atti del lavoro dell'ostetrica/o il cui peso e valore ne condizionano l'efficacia. Non esiste azione senza sapere per il professionista che esercita una professione intellettuale.

La qualità e la quantità delle conoscenze scientifiche conferiscono all'ostetrica/o il possesso di un know-how adeguato anche di fronte agli imprevisti (emergenze-urgenze). Le conoscenze teorico-pratiche sono acquisite dall'ostetrica/o durante un percorso formativo universitario (laurea in ostetricia) con l'obbligo deontologico di mantenerle aggiornate durante la vita professionale (Codice deontologico dell'ostetrica/o, 2010). Queste conoscenze vengono ulteriormente sviluppate attraverso la formazione post base: laurea magistrale, master e formazione continua (accreditamento professionale Ecm). Attraverso l'analisi delle normative italiane ed europee in materia di esercizio professionale dell'ostetrica/o e di organizzazione della salute e dei documenti emanati da organismi preposti alla tutela della salute di uomini e donne nel mondo, si attribuisce alla midwifery il seguente valore sociale: promuovere, tutelare e mantenere lo stato di salute/benessere della donna, del bambino, della coppia, della famiglia e della collettività in campo sessuale/riproduttivo e non;

- tutelare i diritti universali e relativi alla salute sessuale riproduttiva;
- favorire nella donna e nella coppia una procreazione responsabile;

- facilitare/agevolare/sostenere la coppia verso il ruolo di futuri genitori e la formazione della nuova famiglia; preservare la fisiologia del percorso della nascita.

Ogni ostetrica/o possiede una definizione personale di midwifery e ciò dipende dal percorso formativo, dalla tradizione e dalla cultura tipici del suo Paese d'appartenenza.

Dal confronto e dall'analisi del contenuto di una serie di definizioni elaborate in questi ultimi vent'anni da fonti autorevoli quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) e contenute nella normativa europea e nazionale¹¹, è possibile oggi attribuire alla midwifery la seguente definizione generale:

La “midwifery” è l'attività professionale esercitata dall'ostetrica. L'ostetrica è una persona che, essendo stata regolarmente ammessa a frequentare un corso di formazione di Ostetricia, riconosciuto legalmente nel paese in cui si trova, ha completato con successo il corso di studi di ostetrica e ha acquisito le necessarie qualifiche richieste per essere registrata e/o legalmente abilitata all'esercizio della professione.

L'ostetrica è riconosciuta come una professionista competente e responsabile che lavora in partnership con le donne per dare il necessario sostegno, cura e consulenza durante la gravidanza, il travaglio e il periodo successivo al parto, assistere i parti, sotto la propria responsabilità, fornire cure al neonato e al bambino. Questa assistenza comprende le misure preventive, la promozione del parto normale, la rilevazione di complicanze nella madre e nel bambino, la richiesta di intervento medico o altra assistenza appropriata e la realizzazione di misure d'emergenza. L'ostetrica ha un compito importante nell'educazione e nel dare consigli sanitari non solo alla donna ma anche all'interno della famiglia e della comunità. Il suo lavoro dovrebbe comprendere l'educazione prenatale, la preparazione alla genitorialità e potrebbe estendersi ad alcune aree della salute della donna, alla salute sessuale e riproduttiva e alla cura del bambino. L'ostetrica può esercitare in diversi contesti come la casa, la comunità, gli ospedali, le cliniche o in servizi dedicati alla salute.”¹²

¹¹ Direttiva 80/155/CEE; D.M. 740/1994

¹² Guana M. et al., La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione, 2a ed. McGraw-Hill, Milano, 2011

Quando si parla di "*core competence*" dell'ostetrica/o ci si riferisce al nucleo centrale della sua attività e assistenza, ossia alle competenze irrinunciabili e necessarie per rispettare le indicazioni delle Leggi 42/1999 e 251/2000 e le Direttive Europee.

Gli elementi imprescindibili per la declinazione delle competenze dell'ostetrica/o proposti in questo modello sono:

1. le normative nazionali ed europee: il quadro normativo nazionale in ambito sanitario e universitario, gli obiettivi di salute previsti dalle normative italiane e dalle raccomandazioni UE e OMS, il quadro normativo europeo: D. Lgs. 6 novembre 2007, n. 206 Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE; gli obiettivi core del percorso formativo universitario dell'ostetrica/o;
2. i diritti/doveri contenuti nel Codice Deontologico nazionale (2010) e internazionale ICM (2005);
3. I modelli teorico-concettuali della disciplina ostetrica:
4. i bisogni di salute di genere e sessuale-riproduttivi
5. le aspettative dell'ostetrica/o.

La valutazione del potenziale, inteso come competenze, rappresenta lo strumento principe per la definizione dello sviluppo di carriera e l'impiego delle risorse umane. In questo contesto in rapido cambiamento una delle sfide più importanti è pensare a nuovi modelli di gestione delle risorse ostetriche con l'obiettivo sia di valorizzare l'importante capitale umano, professionale ed intellettuale, sia di mettere in campo progetti finalizzati a creare valore per l'organizzazione e per le persone.

Il contesto attuale però è caratterizzato dall'assenza di uno strumento in grado di analizzare le competenze attese e reali dell'ostetrica e dalla difficoltà di chiarire quali sono gli elementi ed i contenuti necessari per definire la competenza in una determinata area assistenziale. Nella sanità italiana il sistema Ecm è stato confermato quale strumento atto a garantire la formazione continua: il fine ultimo è quello di migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali dei professionisti, quindi assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'attività sanitaria.

Da qui nasce la necessità di affiancare alla logica dei crediti quella del portfolio delle competenze, che dovrebbe responsabilizzare ad una qualità oggettiva, nonché costituire elemento per la valorizzazione delle singole professionalità. L'evoluzione scientifica e tecnologica che ha sostenuto la ridefinizione di strutture e di percorsi formativi e personali, impone a tutti i professionisti sanitari di impegnarsi per tendere verso una nuova frontiera: quella delle competenze professionali che, in forma dinamica, si definiscono e si implementano per dare una risposta efficace e innovativa ai bisogni dell'intera collettività. L'esigenza di ampliare le competenze delle professioni sanitarie, è stata formulata sia per la consolidata evoluzione formativa e ordinamentale delle stesse sia per la dinamica evoluzione dell'organizzazione del lavoro, anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore sanitario. La formazione ostetrica deve essere centrata su quelle competenze professionali necessarie al professionista, per affrontare i problemi di salute e i bisogni di assistenza della popolazione.

Ogni ostetrica è detentrica di competenze che possono espandersi fino ai livelli più avanzati, ricche anche di contenuto gestionale per il governo dei processi di cui è responsabile.

2.2 Le competenze professionali dell'Ostetrica

L'Ostetrica è una professionista specializzata nell'assistenza alla donna durante la gravidanza, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità. Secondo il *Profilo Professionale DM 740/1994* l'ostetrico/a è la professionista sanitaria che, in possesso del titolo abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. L'ostetrico/a partecipa come membro dell'equipe sanitaria:

- ad interventi di educazione sanitaria e sessuale alla donna, alla famiglia e alla comunità;
- alla preparazione psicoprofilattica al parto;
- alla preparazione e all'assistenza agli interventi ginecologici;
- alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;
- ai programmi di assistenza materna e neonatale;

- l'ostetrico/a individua situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare le relative misure di emergenza;
- l'ostetrico/a contribuisce alla formazione del personale di supporto e all'aggiornamento delle proprie competenze e alla ricerca.

Le competenze dell'Ostetrico/a si compongono di responsabilità tecnico-professionali, organizzativo-gestionali, relazionali e di sviluppo professionale.

Attraverso l'evoluzione storica, siamo arrivati ad avere una figura professionale in grado di seguire la donna durante tutto il periodo gravidico, il post-partum e nei primi mesi di maternità effettiva.

L'Ostetrico/a opera non solo in sala parto ma è professionista anche nei consultori, dove, oltre ad essere un importante punto di riferimento per le donne, esegue pap test, tamponi, visite gravidiche, pesatura dei bambini (controllo ponderale) fino ai primi due anni di vita, corsi di preparazione al parto, sostegno per l'allattamento e riabilitazione del pavimento pelvico. Il suo punto di forza sta nella preparazione tecnica (saper fare) e, nella capacità empatica (saper essere).

L'ostetrica realizza gli interventi assistenziali orientati:

- alla presa in carico della donna, coppia, bambino dall'accoglienza alla dimissione;
- alla promozione dell'autonomia e delle capacità di autocura della donna-coppia, nel rispetto dei loro valori etici, religiosi, culturali e delle risorse disponibili;
- alla tutela dei diritti degli assistiti in particolare del bambino in ospedale;
- alla promozione delle migliori condizioni di sicurezza per la donna e il bambino;
- alla garanzia della continuità assistenziale collaborando in rete con altri servizi;
- alla collaborazione e sinergia con le altre figure professionali;
- l'ostetrica partecipa attivamente ai processi di cambiamento professionale, culturale ed organizzativi attraverso il mantenimento della propria formazione professionale nel campo delle discipline strettamente ostetriche ed in quello delle innovazioni tecniche ed organizzative, sostiene la funzione didattica e promuove la ricerca scientifica finalizzata all'adozione delle migliori pratiche assistenziali.

Il *Codice Deontologico* rappresenta l'elemento principe di quelli che sono i cardini professionali, giuridici ed etici dell'Ostetrico/a.

Il primo articolo è sicuramente il più importante poiché delinea perfettamente tutta l'attività da essa svolta sottolineando molto l'importanza della prevenzione e del prendersi cura della salute della donna e del nucleo familiare.

Importante l'articolo 1.4 che così cita: “Nell'esercizio dell'attività professionale, si attiene alle conoscenze scientifiche e agisce nel pieno rispetto dei principi fondamentali della qualità dell'assistenza e delle disposizioni normative che regolano le funzioni di sua competenza, al fine di assicurare l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure.¹³”

Questo articolo mette in evidenza quanto in realtà la preparazione tecnico-scientifica ed etica sia fondamentale per la formazione professionale ed anche quanto sia fondamentale una giusta e severa valutazione della stessa durante il proprio percorso didattico. Data questa premessa mi preme sottolineare anche il secondo articolo del Codice Deontologico, nello specifico il 2.3 che così recita: “L'ostetrica/o riconosce il valore della ricerca. si impegna nella promozione e nella realizzazione della stessa e della sperimentazione clinica ed assistenziale ponendo particolare attenzione a quella di genere nel rispetto dei diritti inderogabili della persona”

2.3 Le competenze avanzate

In Italia l'evoluzione normativa in ambito di competenze ostetriche ha previsto tre passaggi fondamentali:

- Profilo professionale¹⁴ che determina le funzioni della professione ostetrica e individua, per la prima volta, la cinque aree di formazione complementare: sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria, area critica.
- Legge 42/99¹⁵ dà, alla figura dell'ostetrico/a, riconoscimento alla piena responsabilità, nelle decisioni e nelle scelte assistenziali poiché non è più un semplice esecutore, ma è soggetto attivo nello svolgimento del proprio lavoro, con responsabilità dirette ben precise e inserisce il percorso formativo tra i criteri

¹³ Art. 1.4 Codice deontologico dell'ostetrica

¹⁴ DM 14 settembre 1994 n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere

¹⁵ Legge 26 febbraio 1999 n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie

guida per l'esercizio della professione oltre al profilo professionale e a codice deontologico.

- Legge 43/2006¹⁶ individua i professionisti specialisti in coloro in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università. In questa legge si chiarisce la struttura della professione ostetrica; indicando anche la possibilità della progressione di carriera, sia in ambito clinico sia in ambito gestionale.

Gli ultimi passaggi, in termini temporali, di questa evoluzione normativa sono rappresentati dalla legge di stabilità 190/2014 che al comma 566 articolo 1 sancisce: “Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall’attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”¹⁷. Questo comma ha la sua spiegazione nell'art. 5 punto 15 del Patto per la Salute 2014/2016: “Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo.”

¹⁶ Legge 1 febbraio 2006 n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali.

¹⁷ Legge di stabilità 190/2014, comma 566 articolo 1

2.4 La valutazione delle competenze

“Pretendere di affermare che una competenza è misurabile è tutto da dimostrare, riconoscerla è diverso.”¹⁸ La valutazione delle performance cliniche deve essere intesa non più come un’azione rivolta esclusivamente ai professionisti, ma ha assunto un carattere sistemico, è diventata elemento fondamentale per il funzionamento del sistema e rappresenta un collante tra le diverse componenti del sistema sanitario. L’azione valutativa è ormai parte integrante dei processi di elaborazione, sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie, organica al disegno ed al funzionamento dei modelli di governance che tali politiche definiscono¹⁹.

Perciò è importante che il sistema di valutazione entri anche nel bagaglio culturale dei professionisti. Per un professionista sanitario, il valore della valutazione del suo operato si traduce nella responsabilità che egli ha sulla persona assistita, nella sua sicurezza, tutela e confort. La valutazione di competenze complesse che implicano conoscenze, abilità e stati emotivi, necessita di strumenti che consentano di utilizzare la valutazione come un momento costruttivo, come situazione di crescita volta a misurare competenze complesse²⁰.

Le ragioni della valutazione del personale sono molte e possono essere ricondotte a:

- la necessità sempre più avvertita dalle aziende di rafforzare i sistemi di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori.
- l’affermarsi dei concetti e dei sistemi legati alla gestione della qualità.

La stessa normativa che, con disposizioni legislative e contratti di lavoro, ha più volte affermato la necessità per le aziende sanitarie pubbliche di sviluppare sistemi di valutazione del lavoro adeguati ai tempi e alle sfide cui aziende e professionisti sono chiamati. La valutazione del lavoro all’interno delle aziende è sempre attuata anche se in modo implicito e informale e riveste una grande importanza nelle organizzazioni professionali. I vantaggi della valutazione delle prestazioni sono evidenti per tutte le parti coinvolte: valutato, valutatore ed azienda. In particolare, però, assume rilevanza per il

¹⁸ Piernigorgio Reggio - Università Cattolica - Milano - Conferenza Reflect Lugano 2007

¹⁹ Ministero della Salute, 2012 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Monitoraggio delle performance cliniche

²⁰ Sasso L. et al. 2012, Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie pag. 15 16

valutato in quanto gli viene data la possibilità di tenere sotto controllo i propri comportamenti e la propria autonomia professionale.

“Non si può misurare nulla se prima non si è definito ciò che si desidera misurare” ²¹

Perché una valutazione sia utile deve essere effettuata con le migliori tecniche possibili in base a ciò che si vuole valutare. Per essere efficace non può prescindere dal rispetto dei processi di valutazione che devono rispettare tempi, fasi e può comprendere anche una certa dose di soggettività che non deve sfociare nell'arbitrarietà. Poiché è umanamente impossibile raggiungere l'oggettività della valutazione è importante l'uso di strumenti specifici, con un alto livello di sensibilità, liberi da distorsioni e semplici da usare, non deve essere punitiva ma formativa. Il suo scopo è quello di motivare il personale ad aumentare le conoscenze per migliorare le competenze possedute in modo da rispondere al meglio i bisogni assistenziali della persona assistita. I parametri di valutazione devono basarsi sulle migliori evidenze scientifiche in modo da poter confrontare le competenze possedute con quelle ideali e dovrebbero riferirsi ad aspetti assistenziali misurabili/quantificabili traducibili in indicatori che rappresentino la misura quantitativa del grado di adesione ad un certo criterio, a loro volta distinti in indicatori di struttura, processo ed esito.

Requisiti dei criteri di valutazione:

- riflettere le conoscenze scientifiche disponibili acquisite (evidence-based).
- essere condivisi (ad esempio recepiti da linee-guida).
- essere pertinenti agli aspetti assistenziali che si intende valutare.
- essere traducibili in indicatori che rispondono alle seguenti caratteristiche:
 - misurabili in modo riproducibile (inter ed intra rilevatori)
 - accurati, cioè rilevati secondo modalità che assicurino che effettivamente l'indicatore misuri il fenomeno che si intendeva valutare, con una sensibilità e specificità tale da discriminare correttamente tra assistenza di buona e cattiva qualità, minimizzando falsi positivi e falsi negativi.
- sensibili al cambiamento, cioè in grado di rilevare variazioni del fenomeno misurato nel corso del tempo e nello spazio (cioè tra soggetti diversi).

²¹ Guilbert, 2002 Guida pedagogica per il personale sanitario / J.-J. Guilbert ; a cura di G. Palasciano e A. Lotti

- di facile comprensione
- di semplice e poco costosa rilevazione (Ministero della Salute, 2012).

2.5 Le competenze: strumenti e metodi per la Valutazione

Nel contesto internazionale molte sono le scale di valutazione delle competenze, in Italia, ad oggi, non c'è un modello univoco di analisi delle competenze. Di seguito vengono descritti alcuni strumenti utilizzati, dati dalla ricerca della letteratura.

Modello di Dreyfus

Questo modello aiuta a comprendere la struttura di tale processo ed i vari gradi in cui si sviluppa l'apprendimento. Secondo questo modello (sviluppato dai fratelli Stuart e Hubert Dreyfus – docenti presso l'Università della California) l'apprendimento si articola in cinque stadi:

1. Novizio. In questo stadio la persona si concentra sull'acquisizione delle conoscenze di base.
2. Apprendista. In questo stadio la persona ha già acquisito una conoscenza di base ed è impegnato nell'applicarla.
3. Competente. In questo stadio del modello di Dreyfus la persona ha già sviluppato una serie di esperienze ed è in grado di individuare le azioni da svolgere per raggiungere un determinato obiettivo.
4. Qualificato. La persona ha raggiunto un profilo di competenze riconoscibili e che è in grado di replicare con successo nelle varie occasioni.
5. Esperto. A questo livello la persona ha una visione approfondita e complessiva delle varie problematiche ed è in grado di aggiungere modalità creative ed innovative per migliorare il modo di intervenire nelle varie situazioni. Il modello di Dreyfus può anche essere molto utile nell'individuazione delle persone più adatte a svolgere determinati compiti. Consente infatti di evitare di assegnare in modo non appropriato determinati compiti a persone che non hanno ancora raggiunto un certo livello di competenze. In quest'ottica diviene importante far affiancare le persone da chi ha raggiunto il livello di esperto in modo da facilitare e velocizzare il processo di apprendimento.

BEI, Behavioral Event Interview

Tra le metodologie che vengono adottate più di frequente per la mappatura delle conoscenze e delle competenze, troviamo la BEI, Behavioral Event Interview, una sorta di colloquio basato sui comportamenti legati a situazioni specifiche che ha lo scopo di analizzare le abitudini e i modi di fare dei singoli lavoratori all'interno dell'organizzazione. La BEI è uno strumento progettato per identificare le competenze generiche di ogni persona. L'intervista si basa su un confronto tra come ci si sarebbe dovuti comportare in una certa situazione e come, in realtà, si è comportata la persona. Lo strumento fu ideato da David McClelland per identificare le competenze che si ritrovano tipicamente nei migliori profili professionali.

Per metterla in pratica, serve una persona addestrata che ponga una serie di domande ben strutturate allo scopo di determinare le similitudini tra la persona che sta rispondendo e i migliori performer che forniscono il modello al quale tendere.

Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)

Il Mini-CEX consiste nell'osservazione diretta della "performance" clinica su un caso clinico reale (paziente che acconsente alla valutazione) attraverso un percorso prestabilito (anamnesi, esame obiettivo, ipotesi diagnostica, proposta terapeutica, comunicazione guidata di informazioni al paziente) in un tempo predeterminato. Multi source feedback o feedback a 360° La valutazione della persona avviene attraverso la somministrazione in forma anonima di un questionario a diversi valutatori da confrontare con la propria autovalutazione.

Nurse Competence Scale (NCS)

La Nurse Competence Scale (NCS) è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003, poi sperimentato in altri paesi e in diversi setting ed utilizzata sia su infermieri novizi sia su quelli esperti.

La NCS è suddivisa in 7 sezioni, ciascuna delle quali prevede una serie di competenze specifiche, per un totale di 73 item.

L'autovalutazione con questo strumento, permette di esprimere il proprio fabbisogno formativo, consente all'organizzazione di identificare quali conoscenze trasmettere e quali competenze sviluppare e potenziare nei professionisti.

2.6 Il Bilancio delle competenze

Proprio in riferimento all'analisi dei fabbisogni professionali e formativi l'Accordo sul lavoro pone particolare attenzione a questioni quali la personalizzazione dei percorsi e la valorizzazione delle competenze acquisite in percorsi di formazione e di lavoro individuali attraverso metodi di auto/eterovalutazione.

Tra questi metodi, particolarmente diffuso per via dell'affermarsi di teorie delle competenze che privilegiano la rielaborazione individuale²² è il bilancio delle competenze definito da Aureliana Alberici e Paolo Serreri "un metodo di analisi e autoanalisi assistita delle competenze, delle attitudini e del potenziale di un individuo in funzione della messa a punto da parte dell'individuo stesso di un proprio progetto di sviluppo professionale o di inserimento lavorativo o di formazione per l'occupazione"²³. Attraverso una ricognizione delle competenze messe in atto durante alcune esperienze di lavoro e di formazione ritenute significative dal destinatario del bilancio è possibile giungere alla elaborazione di un progetto professionale che tenga conto: delle competenze possedute, delle aspettative personali e delle possibilità di carriera che offre il mondo del lavoro. È possibile, attraverso l'utilizzo del bilancio, approfondire la conoscenza di se stessi, dei propri punti di forza e di debolezza e del tipo di rapporto che si ha con il contesto all'interno del quale si lavora. Il bilancio delle competenze fornisce, pertanto, un sostegno alla realizzazione di percorsi di apprendimento finalizzati all'acquisizione di competenze, adeguate alle esigenze del singolo e della organizzazione in cui opera. Tale funzione è realizzabile se il soggetto è condotto a scoprire le molteplici variabili sia psicologiche sia sociali intervenute nel corso della soluzione di una situazione problematica (variabili di natura motivazionale: autopercezione, autoefficacia, aspettative, ecc.).

²² G.Di Francesco (a cura di), *Ricostruire l'esperienza*, op. cit., p.19.

²³ A.Alberici, P.Serreri, *Formazione e autoapprendimento: il bilancio delle competenze*, in FOR, Rivista per la formazione, n.53, 2002, p.27.

2.7 Il portfolio: uno strumento per la certificazione delle competenze

Funzionale al bilancio delle competenze vi è uno strumento utile: il portfolio delle competenze.

Il portfolio delle competenze è un dossier utilizzato sia in ambito professionale da soggetti adulti che desiderano l'accreditamento professionale sia in ambito formativo²⁴ per certificare cosa un soggetto ha appreso in ambiti formali e non formali²⁵ di formazione e nel corso delle proprie esperienze professionali.

Il portfolio “è così chiamato perché include progetti in corso d’opera con esempi di lavori nelle loro diverse fasi di realizzazione e nella versione finale (...).

Si tratta di una raccolta ben strutturata e ponderata dei lavori, che ha come obiettivo principale di stabilire i risultati da raggiungere.

Di conseguenza, tutte le opere relative ad un ambito di competenza specifico vengono raccolte per essere trasferite in un portfolio di presentazione o di valutazione”²⁶. Il portfolio, dunque, consiste in una raccolta di testimonianze riferibili a più attività o prestazioni significative (attestati, video, progetti, lavori scritti, etc) organizzate sulla base degli obiettivi che si vogliono raggiungere e dell’interesse di chi lo deve analizzare. Può servire, ad esempio, per un riconoscimento personale quando si vuole riprogettare la propria carriera professionale (è il caso del portfolio prodotto in seguito al bilancio delle competenze) ma anche per ottenere un riconoscimento istituzionale o professionale. Il portfolio serve per attestare e dimostrare le competenze che si possiedono in relazione ad un preciso ruolo²⁷.

Fondamentale è, dunque, il processo di autovalutazione promosso da questo strumento in quanto i lavori da inserire in questa cartellina sono scelti a partire da una riflessione critica

²⁴ In ambito scolastico il portfolio è un “particolare dispositivo valutativo che si avvale di una raccolta sistematica, a partire da specifici obiettivi e criteri, dei lavori realizzati da uno studente nel corso di una determinata pratica educativa.

Questa raccolta costituisce la documentazione di una serie di prestazioni, che permette poi un loro esame, interpretazione e valutazione al fine di inferire il livello raggiunto dalle competenze oggetto di apprendimento” (M.Pellerey, *Le competenze individuali e il Portfolio*, La Nuova Italia, Milano 2004, 148).

²⁵ Cfr., ISFOL, *Il punto su...certificazione delle competenze*, Roma 2004.

²⁶ M.Pellerey, *Le competenze individuali e il Portfolio*, La Nuova Italia, Milano 2004, 148

²⁷ Cfr., R.Gallo, D.Boerchi, *Bilancio di Competenza e assessment centre*, Franco Angeli, Milano 2004

sulle esperienze che si ritengono più significative e contribuisce a prendere decisioni riguardo al proprio progetto di vita rappresentando una importante fonte di informazioni sull'andamento del proprio percorso professionale, sulle competenze raggiunte e, di conseguenza, sulle opportunità lavorative su cui è più opportuno investire. In tale prospettiva, “il portfolio è il frutto di un processo di analisi delle competenze che, se condiviso o creato direttamente dalla persona, concorre a supportare quest'ultima nella lettura e ridefinizione del proprio ruolo professionale aiutandolo a identificare discrepanze tra ruolo ricoperto e ruolo che potrebbe ricoprire (sia esso più elevato o in parte ridimensionato) e a identificare un progetto di sviluppo professionale più coerente ed efficace”²⁸.

Le competenze contenute all'interno del portfolio non devono essere presentate sotto forma di elenco ma, piuttosto, organizzate o in categorie (ad esempio, competenze di base, competenze tecnico-professionali e competenze trasversali) oppure sulla base delle mansioni svolte. Il bilancio va dunque interpretato sia come metodologia da utilizzare per l'individuazione delle competenze ma anche come sostegno alla persona, che diventa così responsabile del proprio processo di apprendimento e di cambiamento professionale. Il portfolio consiste in una raccolta di lavoro che viene utilizzata per documentare, monitorare e valutare i risultati conseguiti in relazione al programma definito a livello nazionale²⁹. La definizione che ne dà l'American Nursing Association è “La strategia che dà evidenza del mio sviluppo individuale e professionale, del mio percorso di carriera, dell'apprendimento e che ho attivato per mantenere attuali le mie competenze”.

Il portfolio è una raccolta di materiali accuratamente selezionati che documentano le competenze del professionista; uno strumento per pianificare il proprio avanzamento di carriera, un documento di monitoraggio dello sviluppo professionale. Un portfolio è un documento vivo che dimostra competenze, pensiero critico, valori e credenze. Nell'idea di portfolio è inclusa sia una valenza “valutativa”, in quanto fornisce indicazioni sui risultati e sul livello acquisito in un percorso formativo, sia una valenza “orientativa”, in quanto offre ai professionisti elementi per cogliere il modo personale di operare, i target e gli obiettivi raggiunti e da raggiungere. È poco produttivo separare la finalità/funzione

²⁸ Cfr., A.Selvatici, M.G.D'Angelo (a cura di), *Il bilancio di competenze*, Franco Angeli, Milano 2002

²⁹ Sasso L. et al, 2012 “Il percorso di certificazione delle competenze”

valutativa da quella orientativa o finalizzare il portfolio ad una delle due funzioni (Tomasi C. et al, 2013).

Nella Delibera n.1 del 2014 emanata dall'OIV³⁰, il portfolio viene chiamato Dossier curricolare individuale e dovrebbe contenere:

- la job description delle posizioni ricoperte dalla persona nel tempo;
- il mandato o contratto individuale redatto al momento dell'assegnazione dell'incarico;
- curriculum vitae aggiornato annualmente a cura del dipendente;
- esiti delle valutazioni:

- valutazione performance individuali e di team;

- valutazione delle competenze individuali;

- valutazioni triennali, rinnovo incarico professionale, manageriale, di posizione organizzativa.

Il documento può essere integrato di altre parti a seconda delle necessità.

Il portfolio è una raccolta di materiali accuratamente selezionati che documentano le competenze del professionista; uno strumento per pianificare il proprio avanzamento di carriera, un documento di monitoraggio dello sviluppo professionale; per documentare, monitorare e valutare i risultati conseguiti in relazione al programma definito a livello nazionale. Alcune ricerche (Dreiessen et al., 2005) hanno dimostrato che il portfolio è potenzialmente un buon strumento di valutazione e di sviluppo di abilità riflessive, purché siano ricercate e rispettate determinate condizioni che rendano lo strumento efficace. Il Portfolio si definisce come una raccolta di dichiarazioni che dimostra la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione e il raggiungimento di risultati. È allo stesso tempo retrospettivo e prospettico, attesta il raggiungimento di obiettivi di sviluppo personale e professionale attraverso l'analisi di questi contenuti, dunque si tratta di un vero e proprio bilancio delle competenze. Il portfolio serve al professionista per prendere coscienza e consapevolezza del proprio apprendimento,

³⁰ Organismo indipendente di valutazione del Ministero della salute

contemporaneamente egli mostra a sé e agli altri “il progresso in una o più aree di applicazione, attraverso il tempo” (Tomasi et al, 2013).

Il presente diventa consapevolezza del percorso effettuato, quindi uno strumento di certificazione delle competenze, ed è usato nell'educazione in ambito sanitario come metodo di valutazione. Il portfolio diventa, quindi uno strumento di certificazione delle competenze e che potrebbe essere usato per garantire, inoltre, la trasparenza nei confronti degli utenti come in alcune regioni già avviene.

“L'ostetrica svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.”³¹
Sulla base di quanto affermato dalla Legge 251/2000 si può affermare l'importanza di effettuare una valutazione delle competenze tecnico-professionali dell'ostetrica/o.

La realizzazione di un Portfolio:

- Permette di avere un unico documento che preveda la declinazione di competenze omogenee;
- Permette di osservare lo stato di conoscenza e competenza dell'intera organizzazione;
- Dichiarazione adeguata delle competenze permette di adottare un linguaggio comune;
- La percezione delle competenze permette di indirizzare la formazione su un gruppo ben definito di professionisti con conseguente riduzione dei costi aziendali;
- Comprendere quale sia la percezione che le Ostetriche hanno del proprio livello di competenza;
- Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici;
- Promuovere dimensioni etiche e di responsabilità professionali in coerenza con un sistema di valori culturali, sociali, economici, normativi di riferimento;

³¹ Legge 10 agosto 2000 n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

- Sviluppare nei professionisti la capacità di misurare, attraverso l'uso di criteri validati, il proprio livello di competenza (conoscenze, abilità ed esperienze) e di individuare/elaborare il proprio progetto formativo e di sviluppo professionale e di carriera;
- Diffondere nei professionisti competenze di autogestione del proprio portfolio di competenze anche attraverso la realizzazione di uno strumento di riferimento professionale condiviso;
- Identificare quelli che sono i bisogni di sviluppo, formazione e cambiamento per lo specifico professionale in una logica di evoluzione e integrazione per erogare prestazioni mirate ai bisogni, valide e sicure;
- Sviluppare un sistema di supporto al singolo professionista per gestire le ricertificazioni nel corso della carriera;
- Introdurre, tra i requisiti professionali specifici, abilitanti all'esercizio professionale, oltre al possesso del titolo di studio e dell'iscrizione all'albo professionale dell'area di appartenenza, l'utilizzo del Portfolio.

2.8 Mappatura delle competenze

La Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 Dicembre 2001 sostiene che “tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un’elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze. Devono, pertanto, assicurare il diritto alla formazione permanente, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui”.

La competenza in ambito clinico è un fattore essenziale per assicurare un'assistenza sanitaria qualificata e sicura. Per questo motivo la valutazione delle competenze assume una funzione centrale nei sistemi di garanzia della qualità, nella gestione del personale e nello sviluppo professionale, consentendo di identificare le aree di implementazione ed i bisogni formativi degli infermieri per ottenere un migliore utilizzo delle competenze stesse nell’assistenza alla persona.

La riflessione sulla mappatura delle competenze diventa quindi centrale nello studio delle figure professionali soprattutto nel settore socio sanitario, un ambito molto normato che rende più difficile la revisione delle competenze dei professionisti.

Da questa analisi nasce l'esigenza di capire quale modello è più applicabile all'analisi delle competenze. I vari modelli di mappatura offrono diverse interpretazioni sulla centralità delle competenze essenziali del profilo e su quelle comuni a più figure professionali. In Italia non c'è un modello univoco di analisi delle competenze ed ogni organizzazione crea un proprio modello, quello più adatto. In particolare, non esiste attualmente uno strumento utile ad eseguire una mappatura delle competenze dedicato alla figura dell'ostetrica/o.

Dall'analisi della letteratura si evince la possibilità di sperimentare un nuovo metodo di categorizzazione delle competenze ostetriche, con la speranza di far risaltare le peculiarità dell'assistenza e delle abilità specifiche della figura dell'ostetrico/a. Dallo studio della letteratura più recente emerge una approfondita attenzione nei confronti delle competenze e della formazione continua. È ormai appurato che un'assistenza ostetrica di qualità si configura come obiettivo raggiungibile se, e solo se, il personale possiede livelli di competenza adeguati al contesto in cui opera quotidianamente. Ciò è realizzabile solo nell'evenienza in cui vi sia una spinta e motivazione da parte del professionista stesso ad accrescere continuamente le proprie competenze, ma anche una precisa volontà da parte del Sistema Sanitario di mettere a disposizione strumenti ed occasioni che rendano il tutto agilmente praticabile.

Le professioni sanitarie non mediche svolgono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, grazie a professionisti che contribuiscono al benessere sociale, mantenendosi responsabilmente a buoni livelli di competenza. Tali competenze acquistano a loro volta rilevanza strategica attraverso l'azione che lega l'attività del singolo a un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite dalla struttura stessa. Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo di tali competenze al contesto clinico attuale, dove l'assistenza ostetrica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali.

La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista, perché implica l'analisi di diversi fattori quali la valorizzazione dell'esperienza, la centralità del soggetto, la centralità dell'apprendimento e la formazione intesa come apprendimento permanente. Pertanto è un indispensabile passaggio obbligato

sia sotto il profilo etico, sia per il momento attuale caratterizzato dalla crisi dei tipici paradigmi organizzativo-assistenziali.

Si sottolinea dunque l'importanza di avere uno strumento atto a certificare le competenze del personale che vuole invitare il professionista a riflettere e documentare le proprie abilità e capacità specifiche acquisite, per riconoscere e valorizzare le caratteristiche professionali ma anche personali.

Questo strumento potrebbe rappresentare per ogni professionista un'opportunità per effettuare un bilancio delle competenze acquisite, ovvero una attenta autovalutazione della situazione attuale, quale punto di partenza per l'elaborazione di un progetto che consenta uno sviluppo continuo delle performances.

Inoltre questo modello collegato al processo di valutazione del personale ha la finalità di certificare le competenze acquisite e di cogliere le caratteristiche distintive di ognuno per poterle valorizzare e impiegare contribuendo così al funzionamento organizzativo e alla migliore realizzazione professionale.

Inoltre la possibile individuazione di carenze riguardo determinati argomenti sarà determinante per progettare e organizzare la pianificazione della formazione del personale dipendente per il ruolo chiave della formazione continua nello sviluppo delle competenze che favorisce la crescita personale, la responsabilizzazione professionale e la carriera dell'ostetrico/a.

L'elemento di novità più dirompente rispetto agli schemi culturali tradizionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stata l'attenzione crescente al tema degli esiti e, quindi, alle condizioni necessarie per sostenere la sfida di un loro miglioramento sostanziale. Tra queste condizioni, oltre ai pur importanti aspetti di tecnologia e processo, assume di certo centralità assoluta la qualità delle competenze cliniche.

Si tratta di definire e gestire cosa fanno e cosa dovrebbero saper fare i professionisti e come costruire percorsi di crescita professionali coerenti con le strategie aziendali e i bisogni di salute in evoluzione, valorizzando le competenze distintive. Come conseguenza delle pressioni sulla misurazione di esiti e processi clinici e delle collegate trasformazioni e innovazioni organizzative, le aziende sanitarie sono quindi

chiamate a stabilire modelli e strumenti di riferimento per l'analisi, la mappatura e la valutazione delle capacità e dei saperi dei professionisti.

Questa necessità delle aziende sanitarie di conoscere e governare meglio i processi di acquisizione, consolidamento e dispiegamento del potenziale delle competenze possedute dai clinici, assume poi ancora più valenza se si considera come essa sia funzionale a una molteplicità di obiettivi di massima rilevanza organizzativa e istituzionale, tra i principali dei quali si possono ricordare:

1. la già citata attenzione agli esiti;
2. l'accompagnamento delle profonde trasformazioni e innovazioni organizzative, quali la creazione di team multidisciplinari, di équipes itineranti, di aree di cura graduate per intensità e complessità, di nuovi schemi di organizzazione;
3. la "messa in sicurezza" dell'attività aziendale, specificatamente con riferimento alla "malpractice";
4. la spinta a introdurre valutazioni delle performance cliniche a livello individuale, accanto a quelle organizzative, quali elementi cui collegare carriera e responsabilità organizzative;
5. la possibilità di segnalare e comunicare in modo più chiaro e netto all'esterno le capacità dell'azienda, in coerenza con gli sviluppi strategici attesi;
6. una migliore attenzione alle politiche di ricambio generazionale e, in particolare, al "risk management" delle competenze distintive possedute da uno o più professionisti, alla loro trasformazione da conoscenza tacita a esplicita e, quindi, alla loro incorporazione nel patrimonio aziendale;
7. nelle aziende ospedaliere universitarie, l'introduzione di uno strumento per misurare la qualità dell'apprendimento costante sulla frontiera dell'innovazione di saperi, tecnologie, pratiche.

La mappatura delle competenze ostetriche risulta essere uno strumento flessibile, soggetto a periodici aggiornamenti e revisioni consentendo di delineare le attività professionali predefinite.

Lo studio della posizione lavorativa ci permette di determinare quali conoscenze, competenze, attitudini e caratteristiche personali siano necessarie per esercitare la

professione con responsabilità, tutto ciò contribuisce ad una valorizzazione e misurazione dei saperi e delle competenze professionali.

2.9 L'apprendimento delle competenze

Dall'analisi delle competenze nasce la riflessione che ogni individuo dovrebbe avere la possibilità di giovare di un tipo di educazione che gli permetta di sviluppare al massimo il suo potenziale e le sue capacità.

“L'educazione è un processo il cui scopo essenziale è quello di facilitare delle modificazioni del comportamento, dunque deve avere per risultato la modificazione predefinita del comportamento del discente nel corso di un dato periodo.”³²

Visti i continui cambiamenti e la rapida evoluzione in campo ostetrico il sistema di formazione del personale ostetrico, a tutti i livelli assistenziali, deve essere riesaminato in funzione dei bisogni formativi di ogni setting assistenziale e di ogni individuo affinché le prestazioni erogate raggiungano i massimi standard assistenziali e che siano uniformi. Dalla valutazione delle competenze può conseguire una efficace pianificazione della formazione annuale che eroghi corsi che formano i professionisti sanitari soprattutto alle mansioni che dovranno effettivamente svolgere, occorre dunque adattare i programmi di formazione professionale ai bisogni specifici.

La definizione dei compiti professionali del personale sanitario da formare, che costituiscono la base stessa degli obiettivi educativi dei corsi di formazione, è di importanza cruciale; allo stesso modo un programma di formazione dovrà essere strutturato in funzione dell'obiettivo educativo che si vuole raggiungere e se l'obiettivo, nel tempo, cambia, anche il programma dovrà essere modificato di conseguenza. La definizione dei compiti professionali deve derivare dall'analisi dei bisogni, tener conto delle risorse e indicare, in maniera chiara e precisa, ciò che il personale dovrà saper fare quando presterà servizio in un dato setting assistenziale.

La definizione preliminare dei compiti professionali è la condizione necessaria per un orientamento dei programmi di formazione adeguato realmente a rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Esiste una quasi totale identità tra il profilo professionale di un

³² Organizzazione Mondiale della Sanità “Guida Pedagogica” J.J.Guilbert M. D., Ph. D. 1981

membro di un'equipe sanitaria e gli obiettivi educativi che saranno alla base della costruzione del suo programma.

Questi sono i principi fondamentali della formazione:

1. Deve essere orientata sia ai gruppi che agli individui, tenendo conto dei bisogni di salute della comunità interessata, dunque una formazione orientata alla comunità.
2. Deve mantenere il discente in una condizione attiva, portandolo gradualmente a gestire le sue stesse attività di apprendimento: è dunque una formazione basata sull'apprendimento.

Fondamentale appare nei processi formativi il sistema di valutazione. La valutazione fornisce una solida base alla pianificazione di un programma. Il sistema di valutazione va preparato prima di pianificare qualsiasi programma di formazione e permette di misurare il livello di partenza e quello di arrivo e di determinare se c'è stato un cambiamento ed un progresso.

Tutto questo è rappresentato dalla spirale della pianificazione dell'educazione

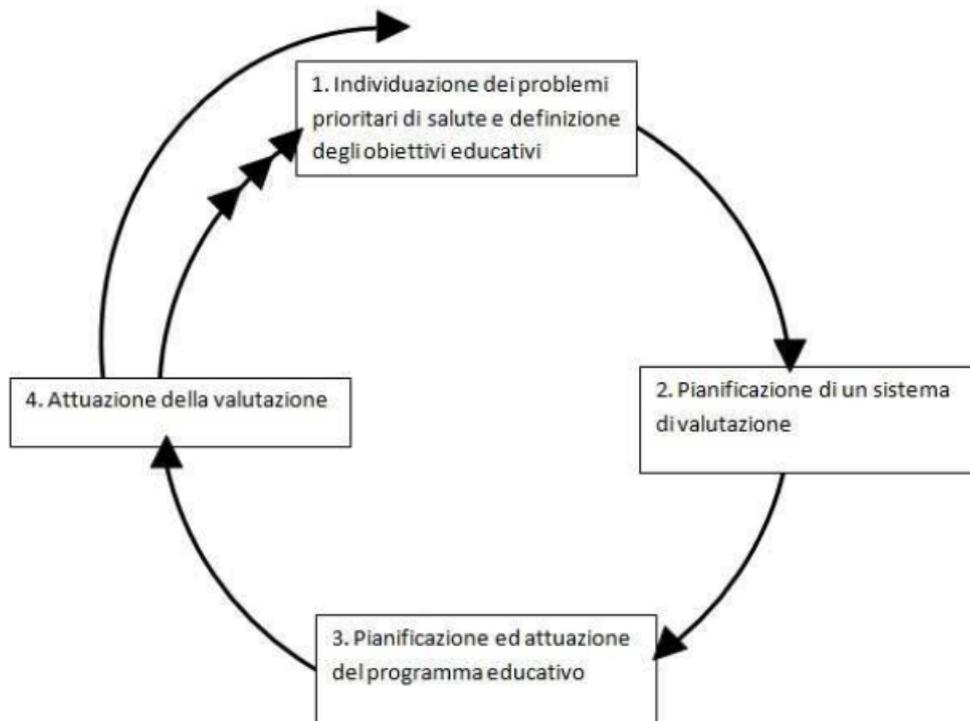


Figura 3 Guilbert J. "La spirale della pianificazione dell'educazione"

Un obiettivo educativo specifico è un compito accompagnato da un criterio che indichi il livello accettabile di performance della sua componente principale. Un obiettivo educativo specifico deve essere: pertinente, copre tutti gli aspetti utili conformi allo scopo da raggiungere, definito in base ai bisogni sanitari della popolazione, preciso e effettivamente realizzabile con i tempi e i mezzi a disposizione; rappresenta il livello di base richiesto cioè ciò che il discente deve saper fare prima d'intraprendere un programma educativo. Un obiettivo formativo deve essere logico, non devono esserci contraddizioni interne, ma anche osservabile per poterlo giudicare, misurabile perché deve essere accompagnato dall'indicazione di un livello di performance accettabile che deve poter essere misurato.

La conoscenza applicata al lavoro

La definizione e la valutazione delle competenze sono fondamentali per garantire un'assistenza qualificata ai pazienti e per favorire lo sviluppo professionale e con l'individuazione delle competenze si è andato sempre più affermando il progressivo riconoscimento della soggettività di chi lavora e dell'importanza che ricopre la sua esperienza cognitiva, così come quella emotiva, nel garantire il successo dell'assistenza. Il riconoscimento dei saperi e dei know-how dei dipendenti rappresenta oggi l'elemento distintivo di una politica di gestione volta a investire nelle risorse umane presenti nell'organizzazione attraverso l'utilizzo delle pratiche come punto di partenza per una riflessione sul "sapere in uso" dei dipendenti e sulla sua pertinenza rispetto alla performance richiesta.

Si tratta di un tipo di "apprendimento organizzativo strumentale" che si verifica quando – secondo Chris Argyris e Donald A. Schön – l'apprendimento organizzativo "poggia su uno schema, che rinvia all'efficacia di un'azione nel conseguimento dei suoi obiettivi stabiliti e ai criteri e alle misurazioni per la valutazione di tale efficacia"³³. La riflessione su questo "sapere in uso" non si limita a considerare le conoscenze esplicite quelle di cui si ha consapevolezza e che si riferiscono a quell'insieme di conoscenze codificate che possono essere facilmente trasformate in informazioni³⁴ ma anche alle

³³ C. Argyris e D. A. Schön, *op.cit.*, p.16.

³⁴ Cfr. M. Tommasini, *I sistemi educativi e formativi nella learning economy: presupposti e ipotesi per lo sviluppo di metodologie basate sulla riflessività*, in ...Franco Angeli, Milano 2002

conoscenze tacite considerate una “riserva cognitiva”³⁵ latente da esplicitare e che comprende le abilità e le consuetudini, operative e interpretative, di una determinata organizzazione e che vengono assimilate dal soggetto o in seguito a situazioni di apprendistato o nel corso delle relazioni interpersonali.

Le competenze dei professionisti - tecnico-professionali, ma anche di base e trasversali - iniziano ad essere sempre più percepite come una risorsa dalla quale partire per la sopravvivenza, crescita e sviluppo competitivo dell’impresa.

L’organizzazione, in tale prospettiva, viene sempre più paragonata a un sistema “cognitivo” “aperto” dove l’apprendimento continuo di nuove conoscenze e competenze di natura relazionale, emotiva, metacognitiva e simbolica permette ai soggetti di rispondere in maniera adeguata alle richieste di un’organizzazione che, a sua volta, deve fare i conti con la precarietà di una società, come quella contemporanea, che pone nuove istanze di cambiamento. In tal modo l’apprendimento è funzionale sia alla crescita dell’organizzazione sia alla crescita e alla promozione del processo di emancipazione dell’individuo, che scopre e potenzia progressivamente le proprie risorse, maturando un più forte senso di autostima. L’apprendimento organizzativo, in questa continua ristrutturazione del patrimonio conoscitivo e di know how dei lavoratori, abitua all’utilizzo dialettico, plurale, critico e creativo delle conoscenze³⁶, garantendo il miglioramento continuo delle prestazioni dei dipendenti e il soddisfacimento del loro bisogno di autorealizzazione.

In tale prospettiva, l’organizzazione che apprende finisce per configurarsi sempre più come una comunità “di pratiche”.

Si apprende anche grazie allo scambio continuo di esperienze personali e professionali, di conoscenze tra i diversi professionisti. Ciascun individuo offre all’altro, nel corso dell’interazione, ciò che sa e ciò che è in grado di fare, ciò che ha acquisito nei contesti formali di formazione e di lavoro e ciò che ha appreso nel corso della propria storia di vita personale. Il sapere, dunque viene messo a disposizione di tutti, divenendo oggetto

³⁵ A.Alberici, *Imparare sempre nella società della conoscenza*, Mondatori, Milano 2002, p.128.

³⁶ Cfr., F.Cambi, *Saperi e competenze*, Laterza, Roma-Bari, 2004

di riflessione e di negoziazione al fine di adattarlo alla situazione della pratica che in quel momento i membri della comunità sono impegnati a realizzare.

La partecipazione dei membri della comunità di pratica va intesa, pertanto, come messa in comune di storie, di saperi, di expertise, che, una volta narrati ed esperiti, diventano patrimonio comune, frutto di una riflessione analitica, e dunque critica e trasformativa, da parte degli altri membri della comunità e che va ad arricchire e, in alcuni casi, a rafforzare, la fisionomia dell'identità collettiva.

È nel corso di tale partecipazione che si verifica un processo di appropriazione da parte di ciascun componente la comunità delle norme, dei comportamenti, dei linguaggi, dei valori, delle routines, delle visioni della comunità di cui si fa parte.

3. Lo studio

La mappatura delle competenze è un processo con il quale un'organizzazione individua e classifica le caratteristiche delle mansioni o dei ruoli del personale, con lo scopo di conoscerne l'insieme delle skill e abilità necessarie a stabilire le capacità e le caratteristiche professionali necessarie all'organizzazione

L'introduzione di tale metodo di categorizzazione delle competenze garantisce un miglioramento e permette una riorganizzazione del personale in termini di efficienza e professionalità per garantire un'assistenza ottimale.

3.1 Obiettivi

L'obiettivo principale di questo lavoro è eseguire la mappatura delle competenze del personale ostetrico operante nei diversi contesti assistenziali della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche utilizzando un questionario di autovalutazione creato ad hoc.

Gli obiettivi specifici del mio lavoro di tesi, che ho perseguito attraverso lo studio e l'adozione dello schema di portfolio delle competenze proposto ai professionisti sono i seguenti:

1. Eseguire una mappatura delle competenze esistenti nei diversi setting clinici;
2. Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici;
3. Sviluppare nei professionisti la capacità di misurare, attraverso l'uso di criteri validati, il proprio livello di competenza (conoscenze, abilità ed esperienze) e di individuare/elaborare il proprio progetto formativo e di sviluppo professionale e di carriera;
4. Identificare quelli che sono i bisogni di sviluppo, formazione e cambiamento per lo specifico professionale in una logica di evoluzione e integrazione per erogare prestazioni mirate ai bisogni, valide e sicure;
5. Sviluppare un sistema di supporto al singolo professionista per gestire le ricertificazioni nel corso della carriera.

Il questionario è stato somministrato a tutto il personale ostetrico al fine di:

- confrontare le competenze autovalutate dalle Ostetriche in relazione al setting assistenziale di appartenenza;

- guidare lo sviluppo delle abilità e l'ampliamento delle conoscenze/skills;
- identificare le aree di intervento in cui sviluppare azioni formative mirate.

Il seguente lavoro prevede una impostazione suddivisa nei due anni di tirocinio previsti dal corso di Laurea Magistrale.

Una prima parte, nel corso del tirocinio del 1°anno, è stata dedicata allo studio della letteratura disponibile sul tema della mappatura delle competenze ostetriche, con l'obiettivo di effettuare un'analisi della letteratura più recente ed al fine di mettere a punto lo strumento ad hoc che è stato somministrato al personale ostetrico della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica.

La seconda parte, nel corso del 2° anno di tirocinio, ha visto l'implementazione dello strumento ideato, al fine di effettuare la mappatura delle competenze del personale ostetrico.

In seguito a ciò che è emerso dalla mappatura è stato progettato un evento formativo al fine di rafforzare particolari ambiti di competenze risultati carenti.

La terza fase dello studio è rappresentata dall'analisi dei questionari per raggiungere l'obiettivo specifico n. 2 "Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici" per il quale è stato svolto un ulteriore studio attraverso i dati raccolti.

Obiettivo: La rilevazione dei bisogni formativi

Il presente progetto ha tra gli obiettivi quello di prevedere corsi di formazione per la SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica che siano mirati per implementare le competenze per le quali le ostetriche si sono autovalutate con punteggi medi più bassi. Per attivare i corsi formativi, bisogna seguire un processo diagnostico che può essere rappresentato con il seguente schema³⁷:

³⁷ Praxiacademy (2011), Modello delle competenze: costruire un sistema di sviluppo del personale basato sulle competenze



Figura 4 Processo di rilevazione dei bisogni formativi

La gestione per competenze ha come scopo quello di individuare la formazione necessaria da progettare.

Analisi dei bisogni formativi: Il bisogno formativo può essere facilmente e utilmente inteso come espressione di una o più competenze da formare;

Pianificazione formativa: Ogni percorso formativo può essere definito in termini di alcune specifiche competenze (tecniche o comportamentali) o organizzative;

Progettazione didattica: Una progettazione è efficace se le indicazioni della formazione sono fortemente coerenti con gli obiettivi di competenza assegnati all'intervento formativo: gli argomenti, le metodologie didattiche.

Erogazione:

Verifica e Valutazione: I livelli di verifica dei risultati formativi si articolano così:

- Reazione dei partecipanti all'attività formativa misurata al termine della medesima.
- Apprendimento conseguito in termini di: Conoscenze, capacità, qualità/atteggiamenti che migliorano e sviluppano le prestazioni professionali dei partecipanti misurato al termine dell'attività formativa.
- Trasferibilità messa in atto di conoscenze, misurata ad una certa distanza di tempo dell'attività formativa.

3.2 Materiali e Metodi

La prima fase dello studio, ovvero quello della messa a punto di una analisi della letteratura è stata condotta da Giugno a Luglio dell'anno accademico 2021/2022 al fine di definire il metodo e lo strumento da implementare per la realizzazione del Portfolio. La ricerca bibliografica è stata svolta interrogando le principali banche dati scientifiche: Google Scholar, Pubmed e Cinahl, utilizzando le seguenti parole chiave in lingua inglese: “*competence, midwifery, practice, scale, midwife, nurse competence scale, portfolio, midwifery education, midwife competencies*”, ho analizzato articoli scientifici a partire dal 2000 in poi, dopo una prima analisi ho ritenuto idonei 75 articoli e di seguito ho selezionato e incluso nella revisione 9 articoli scientifici. Inoltre, ho utilizzato volumi pubblicati ritenuti fonti autorevoli per la scrittura del presente elaborato.

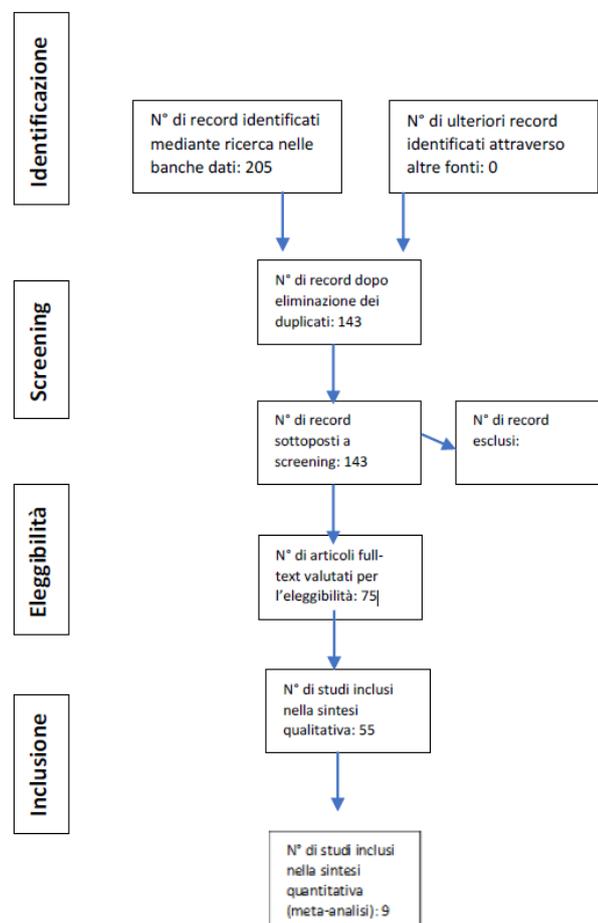


Figura 5 Prisma della analisi della letteratura

Sulla base di quanto emerso dalla ricerca bibliografica, ho deciso di utilizzare come strumento di indagine il questionario proposto dalla Mappatura delle Competenze studiata da M. Guana, A. Colosio nello studio “Proposta di Mappatura delle competenze core dell’ostetrica/o” adattato alla realtà della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica (*Allegato I*).

Previe opportune richieste di autorizzazioni concesse dall’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche per condurre il progetto è stato elaborato il **disegno di ricerca**: Uno studio osservazionale descrittivo attraverso la somministrazione della scheda “Portfolio” per eseguire la mappatura delle competenze ostetriche del personale sanitario della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell’Ospedale G. Salesi.

Il **setting** dello studio è la SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche Presidio G. Salesi.

La SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica comprende diversi setting assistenziali quali:

- Degenza 1° piano (in cui si assistono pazienti con patologia ostetrica oltre la 30a settimana gestazionale, gravide a termine e puerpere);
- Degenza 3° piano (in cui si assistono pazienti con aborto spontaneo, patologia ostetrica entro la 30a settimana gestazionale, patologia ginecologica e oncologica, donne che richiedono interruzione volontaria di gravidanza e si supportano le attività dell’ambulatorio emergenze/urgenze ostetrico ginecologiche);
- Ambulatori ostetrici e ginecologici;
- Sala parto;
- Casa di maternità (le cui attività preponderanti consistono nell’ambulatorio a basso rischio ostetrico e nell’ambulatorio di sostegno all’allattamento).

Popolazione e Campionamento:

È stato adottato un campionamento non probabilistico di convenienza.

La popolazione dello studio è il personale Ostetrico operante all’interno della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell’Ospedale G. Salesi in tutti i setting assistenziali arruolato in maniera consecutiva.

Sono state **escluse** dallo studio:

-Personale in aspettativa

-Personale assente per malattia di lunga durata

-Personale in maternità

Le **variabili analizzate** sono state:

- Età
- Anni di esperienza
- Setting presso il quale prestano servizio
- Titoli di base e post-base

Strumenti di Raccolta dati:

Il personale coinvolto nello studio è stato reclutato personalmente consegnando la “Scheda Portfolio” in formato cartaceo, successivamente compilata e riconsegnata.

Ad ogni partecipante è stato consegnato anche un documento riportante le istruzioni dettagliate per la compilazione del questionario, corredato da una breve spiegazione del progetto per il quale si sta partecipando.

Tale scheda è stata creata ad hoc, allo scopo di eseguire un’autovalutazione individuale.

A ciascuna scheda somministrata è stato assegnato un codice alfanumerico il cui corrispettivo nominativo è noto ai soli incarichi Organizzativi della SOD, che utilizzeranno lo strumento ai fini organizzativi, per la valutazione delle competenze dei singoli e dei bisogni formativi individuali.

Ai fini dello studio, i dati raccolti sono stati elaborati attraverso un database Excel, in forma aggregata, mantenendo l’anonimato del compilatore, ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati valutando frequenze assolute e relative, percentuali, medie e deviazioni standard (DS).

In primo luogo sono stati analizzati i dati anagrafici e socio-demografici del campione: età, titoli di studio di base e post-base, anni di esperienza, setting presso il quale prestano servizio attualmente e autovalutazione delle competenze.

Successivamente i risultati dell'autovalutazione delle competenze sono stati analizzati suddividendo la popolazione in base ai setting di appartenenza presso il quale il personale presta servizio (setting A: R 1 (degenza I piano), B: R III (degenza III piano), C: SP (sala parto) e D: AMB e CM (ambulatori e casa maternità)). Inoltre il campione è stato distinto in “esperto” (> 5 anni di esperienza) e “meno esperto” (< 5 anni di esperienza); tale limite temporale si basa sul concetto di personale “esperto” come definito dal Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2019 – 2021.

Per il confronto dei dati quantitativi l'analisi statistica è stata effettuata con l'analisi della varianza (test ANOVA) o con il test t di Student per dati indipendenti, in base al numero di gruppi a confronto.

È stata inoltre condotta una analisi di regressione lineare semplice per stimare l'associazione tra i punteggi di macroarea e le variabili socio-demografiche. I risultati di tutte le analisi statistiche sono stati considerati statisticamente significativi per un valore di $p < 0.05$.

Somministrazione delle schede Portfolio:

Da dicembre 2022 a gennaio 2023 alla popolazione inclusa nello studio, ovvero 59 ostetriche, ho somministrato la “Scheda Portfolio” in formato cartaceo.

Periodo di analisi dei dati raccolti:

Da gennaio a marzo 2023 sono stati analizzati i dati raccolti e creato il database Excel.

3.3 Questionario di autovalutazione delle competenze ostetriche

La scheda utilizzata (*Allegato 1*) propone uno strumento di autovalutazione delle competenze ed è composta da 7 Macroaree espresse come Macrocompetenze, ciascuna riguardante le capacità distintive di tipo tecnico-professionale in cui si identificano le attività ed i comportamenti di competenza dell'ostetrica/o.

1. Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l'applicazione del processo di midwifery management (pmm) (5 item)
2. Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale (8 item)
3. Promozione della salute /benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali /fisiologici del ciclo della vita (10 item)
4. Caring ostetrico (15 item)
5. Realizzazione-attuazione interventi assistenziali al neonato (6 item)
6. Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici (6 item)
7. Realizzazione-attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita (21 item)

La scheda "Portfolio" proposta è strutturata in due sezioni finalizzate a rilevare le variabili strutturali (caratteristiche del campione) e le variabili di studio (misurate tramite la scala di Guilbert).

- la prima, nominata "Scheda Personale", richiede la registrazione dei dati anagrafici e dei dati relativi alla posizione lavorativa ed alla formazione professionale del dipendente;

- la seconda, nominata "Scheda di Valutazione delle Competenze", in cui sono presentate le Macrocompetenze specifiche relative alla professione e per ognuna sono individuati i relativi items oggetto di indagine.

Per ciascun item si può assegnare un punteggio da 0 (competenza assente) a 5 (massimo grado di competenza), rispettivamente alla valutazione del proprio livello di competenza.

Il livello di competenza (outcome) ritenuto acquisito misurato attraverso l'utilizzo della scala Guilbert³⁸, il cui focus centrale è orientato alla "padronanza" del compito e

³⁸ Guilbert ("Guida pedagogica per il personale sanitario" OMS – 2002 – PAG. 4.16.....4.20)

all'azione pratica e trova maggior riscontro e applicazione nella valutazione delle competenze previste nel profilo di base del percorso formativo dell'Ostetrico/a.

Punteggio	Descrizione
5	PADRONANZA TOTALE: la persona possiede una conoscenza aggiornata perfetta oltre ad una considerevole esperienza pratica
4	PADRONANZA PRATICAMENTE TOTALE: la persona è ben informata su questo elemento e possiede eccellenti competenze, anche se non raggiunge il livello di un esperto o di uno specialista. Ha grande esperienza pratica.
3	BUONA PADRONANZA: la persona è ben informata e competente in questo elemento. Possiede anche esperienza pratica, mostrando forse delle lacune.
2	PADRONANZA ACCETTABILE: possiede alcune conoscenze o competenze rispetto a questo elemento, ma ha pochissima esperienza pratica; nessuna traccia dell'applicazione di conoscenze o competenze pertinenti alla situazione lavorativa reale.
1	PADRONANZA MOLTO SUPERFICIALE: possiede alcune conoscenze o competenze rispetto a questo elemento, ma non ha alcuna esperienza pratica. Pertanto è incerta nell'applicare quel poco che sa. Potrebbe applicare le sue conoscenze se potesse avvalersi dell'ausilio, delle spiegazioni, della valutazione e delle informazioni di ritorno dei colleghi più esperti.
0	NESSUNA PADRONANZA: può aver ascoltato o letto qualcosa concernente questo elemento, ma non l'ha mai realmente studiato a fondo e non ne ha mai fatto ricorso durante la pratica.

Tabella 1 Scala Guilbert per valutare il livello di competenza

A termine del progetto di tesi sarà restituito un report all'Azienda che riassumerà le principali conoscenze desunte dallo studio stesso.

3.4 Risultati

I risultati ottenuti dalla prima fase dello studio sono stati i seguenti:

- Innanzitutto, tramite l'analisi della letteratura è stato possibile approfondire ed avere maggiore consapevolezza riguardo le recenti evidenze scientifiche in materia di dell'attuale panorama della letteratura sulla mappatura delle competenze, con particolare focus sulla figura dell'Ostetrica;
- In secondo luogo, è stata sottolineata l'importanza di certificare le proprie competenze acquisite negli anni e attraverso la raccolta dati si vorrà far emergere la diversa competenza acquisita dal personale in base alla sua collocazione; per avere una maggiore definizione delle diverse figure così da sfruttare al massimo le competenze di ognuno;
- Un altro risultato è la peculiarità della mappatura delle competenze che permette l'individuazione di carenze riguardo determinati argomenti per progettare e organizzare eventi formativi per il personale dipendente della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica.

I risultati dello studio osservazionale descrittivo dell'analisi dei questionari:

Su un totale di 63 ostetriche, tutte di sesso femminile, facenti parte dell'organico della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale G. Salesi sono state escluse 4 unità:

- N. 2 ostetriche per quanto riguarda la sala parto, 1 assente per maternità ed 1 assente per ferie prima del pensionamento
- N. 1 ostetrica per quanto riguarda il reparto I piano, assente per malattia prolungata
- N.1 ostetrica per quanto riguarda la casa di maternità, assente per maternità

Sono quindi state somministrate N. 59 schede Portfolio.

Il tasso di risposta dello studio è stato pari al 100%; tutte le 59 ostetriche selezionate hanno restituito il questionario compilato.

Il campione era così rappresentato (Grafico 1):

- N. 23 Ostetriche afferenti alla sala parto;
- N. 17 Ostetriche afferenti al reparto III piano della Clinica Ostetrica e Ginecologica;
- N. 12 Ostetriche afferenti al reparto I piano della Clinica Ostetrica e Ginecologica;
- N. 6 Ostetriche afferenti agli ambulatori;

- N. 1 Ostetrica afferente alla casa di maternità.

Nel periodo di somministrazione del questionario date le numerose assenze per quanto riguarda il setting assistenziale della casa di maternità è stato possibile ottenere un solo questionario.

Ho dunque deciso di accorpate l'unica ostetrica afferente alla casa di maternità con i questionari delle ostetriche del setting ambulatori per affinità di attività assistenziali per mantenere l'anonimato del compilatore, ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto.

3.5 Risultati Sezione 1 Scheda Portfolio

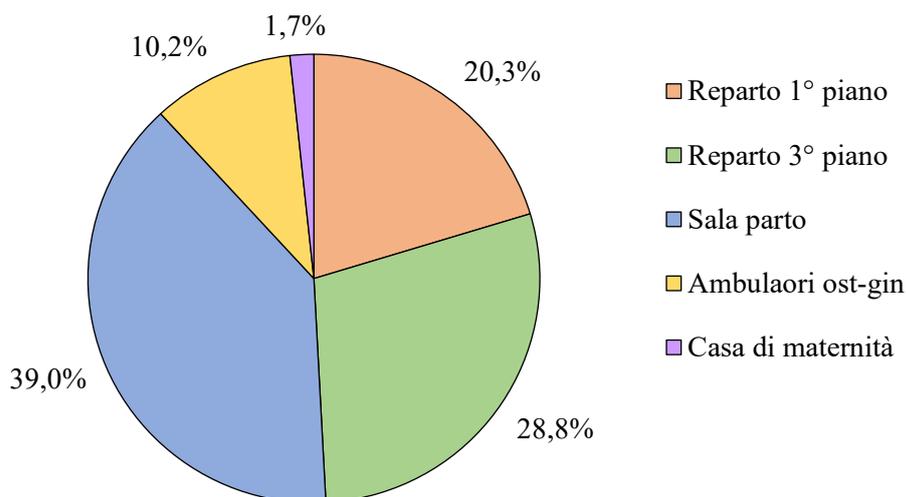


Grafico 1 Ostetriche attribuite ai diversi setting

L'età media del campione totale è di 35,53 anni (DS 9,35; min 23 anni-max 60 anni, mediana 35 anni).

L'esperienza lavorativa media è di 10,76 anni (DS 9,37; min 6 mesi-max 35 anni, mediana 8 anni).

TOTALE DEL CAMPIONE					
	MEDIA	MEDIANA	D.S.	MAX	MIN
ETA'	35,53	35	9,35	60	23
ANNI DI ESPERIENZA	10,76	8	9,37	35	0,50

Tabella 2 età e anni di esperienza sul campione totale

	R1					R3					SALA-PARTO					AMB-CM				
	MEDIA	MEDIANA	D.S.	MAX	MIN	MEDIA	MEDIANA	D.S.	MAX	MIN	MEDIA	MEDIANA	D.S.	MAX	MIN	MEDIA	MEDIANA	D.S.	MAX	MIN
ETA'	28,50	28	3,55	34	23	30,41	27	7,48	55	25	39,65	38	8,26	60	27	46,43	43	6,78	58	39
ANNI DI ESPERIENZA	3,46	3	2,46	8	1	4,50	2,5	5,99	25	0,50	15,52	14	7,86	35	4	22,86	21	6,28	35	19

Tabella 3 età e anni di esperienza nei diversi setting assistenziali

Il setting assistenziale con l'età media più bassa (28,50 anni, min 23 anni-max 34 anni, mediana 28) è rappresentato dal reparto I piano (Setting A).

Troviamo invece l'età media più elevata nel setting ambulatori-casa di maternità (Setting D); tale setting risulta inoltre al primo posto per esperienza lavorativa media.

In sala parto (Setting C) abbiamo un'età media di 39,65 anni (min 27 anni-max 60 anni, mediana 38).

Nel setting assistenziale del reparto III piano (Setting B) troviamo un'età media di 30,41 anni (min 25 anni-max 55 anni, mediana 27).

Per quanto riguarda l'età media, differenze statisticamente significative ($p < 0.001$) sono state osservate tra il setting A e i setting C e D, e tra il setting B e i setting C e D.

L'esperienza lavorativa media nei reparti I e III piano è di 3,46 anni (min 1 anno-max 8 anni, mediana 3 anni) e 4,50 anni (min 6 mesi, anche ostetriche al primo incarico lavorativo, mediana 2.5 anni), rispettivamente, mentre in sala parto abbiamo una media di anni di esperienza significativamente più elevata (15,52 anni, mediana 14 anni). Nei setting assistenziali ambulatori e casa di maternità l'esperienza lavorativa media è di 22,86 anni di esperienza (min 19 anni-max 35 anni, mediana 21 anni).

Anche per quanto riguarda l'esperienza lavorativa media, differenze statisticamente significative ($p < 0.001$) sono state osservate tra il setting A e i setting C e D, e tra il setting B e i setting C e D.

L'analisi dei titoli di studio evidenzia inoltre che:

- N. 48 (81%) Ostetriche sono in possesso del Diploma di Laurea, Classe delle Lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria Ostetrica/o (L/SNT1);
- N. 7 (12%) Ostetriche sono in possesso del Diploma universitario (DU) vecchio ordinamento riforma universitaria;
- N. 4 (7%) Ostetriche hanno frequentato Scuole per le professioni sanitarie ante Legem 341/90.

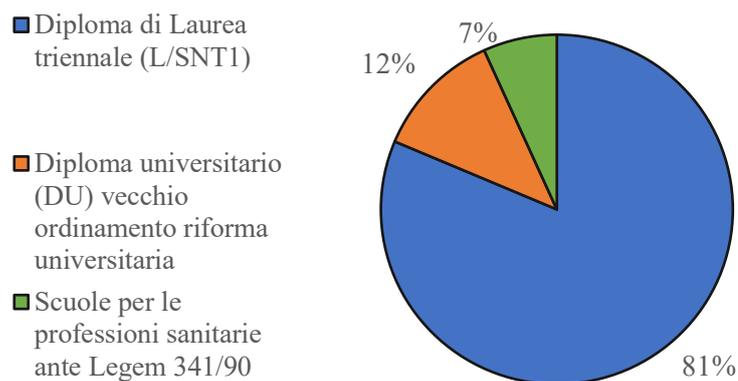


Grafico 2 Formazione Base

Il 35,6% delle ostetriche ha dichiarato di aver conseguito titoli per la formazione post-base. Di queste, solo 4 (6,8% del totale) Ostetriche sono in possesso della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e N. 17 (28,8% del totale) Ostetriche hanno conseguito il titolo di Master di I livello.

LAUREA MAGISTRALE	4	6,8%
EVENTUALI MASTER	17	28,8%

Tabella 4 Formazione post-base

I master conseguiti dalle Ostetriche riguardano diverse aree di interesse:

- Master I livello in Coordinamento delle Professioni Sanitarie
- Master internazionale riabilitazione pavimento pelvico
- Master I livello in salute riproduttiva tecniche endoscopiche e PMA
- Master “active birth” percorso nascita I livello Metodologia per condurre percorso nascita
- Master I livello “Diagnostica clinica, strumentale e di laboratorio a supporto delle decisioni dell’ostetrica/o”
- Master I livello "Infermieristica ed Ostetricia Legale e Forense"
- Master I livello "Ostetrica di comunità e salute della madre e del neonato"
- Master di I livello in Area Neonatologica
- Master I livello "Ostetrica di comunità”
- Master I livello “Medicina tradizionale cinese in ambito clinico”
- Master I livello in “Urgenze ed Emergenze in sala parto”

3.6 Risultati Sezione 2 Scheda Portfolio

Autovalutazione delle competenze

Macroaree per Macrocompetenze	Punteggio medio/max	d.s.
Macroarea 1. Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l'applicazione del processo di midwifery management (pmm) (5 item)	19,10/25	3.34
Macroarea 2. Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale (8 item)	31,78/40	5.09
Macroarea 3. Promozione della salute /benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali /fisiologici del ciclo della vita (10 item)	32.24/50	8.73
Macroarea 4. Caring ostetrico (15 item)	52,47/75	11.20
Macroarea 5. Realizzazione-attuazione interventi assistenziali al neonato (6 item)	21.22/30	5.76
Macroarea 6. Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici (6 item)	20.66/30	5.46
Macroarea 7. Realizzazione-attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita (21 item)	80,42/105	15.29

Tabella 5 Punteggio medio singole Macroaree

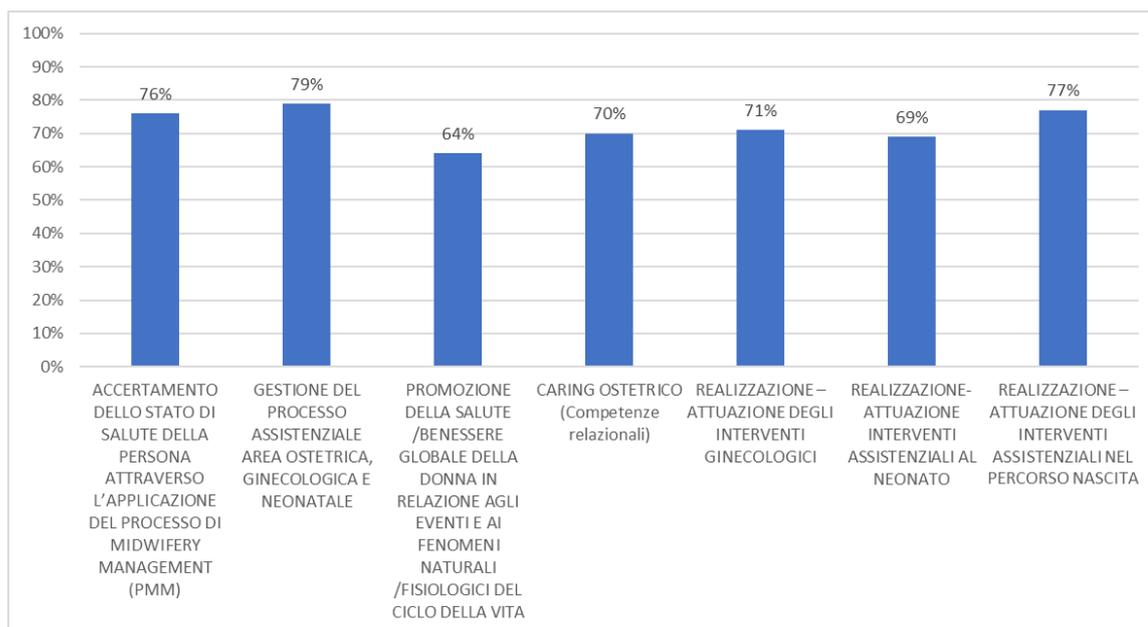


Grafico 2 Punteggi medi Macroaree, % rispetto a punteggi massimi

L'autovalutazione delle competenze esplora 7 diverse macroaree di competenza, per un totale di 71 item valutate attraverso la scala Guilbert (da "0" a "5"). Complessivamente è emerso un buon livello di competenze tra le ostetriche dei 4 diversi setting assistenziali come si può osservare nel *Grafico 3*, il punteggio medio di ogni singola Macrocompetenza è al di sopra del 60% rispetto al punteggio massimo che si poteva ottenere nella Macroarea.

Tuttavia, all'interno di ogni macroarea, sono individuabili degli item con punteggi medi più bassi ed ho deciso di considerare come "sufficiente" il punteggio dei singoli item \geq a 3, valore riferito ad una "buona padronanza" come osservato dalla scala di valutazione Guilbert.

Ho quindi individuato gli item risultati "insufficienti", ovvero quelli con un punteggio medio inferiore a 3 (media punteggi compresi tra 0-2,99).

In allegato la tabella con il numero e percentuale per ogni valore della scala Guilbert (Allegato n. 3).

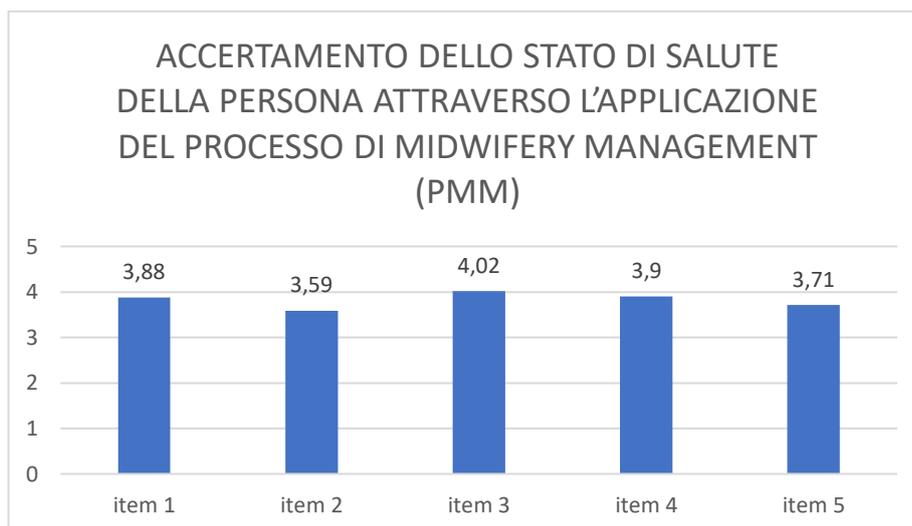


Grafico 3 Media punteggi item 1-5 Macroarea "Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l'applicazione del processo di Midwifery Management"

Nella macroarea “Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l’applicazione del processo di midwifery management (PMM)” troviamo che i punteggi sono tutti al di sopra del valore stabilito come livello di “buona padronanza”.

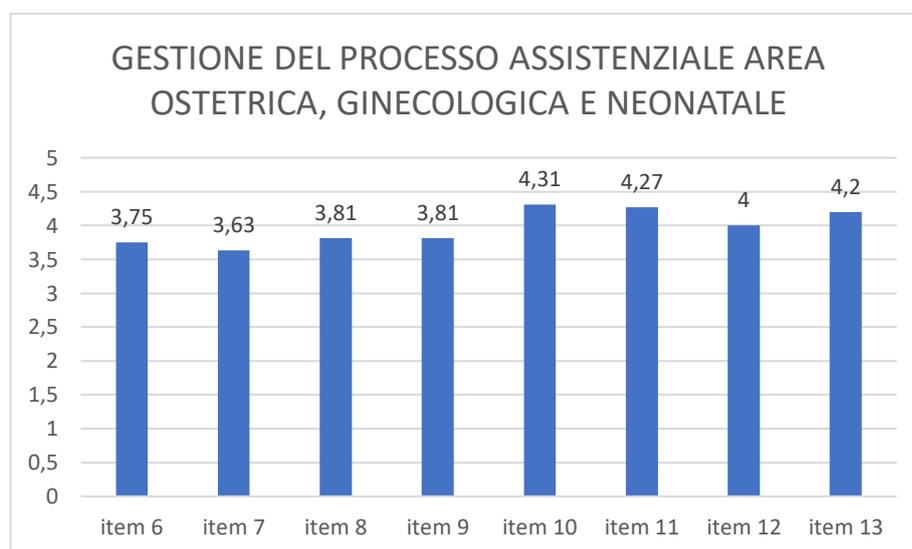


Grafico 4 Media punteggi item 6-13 Macroarea "Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale"

Per quanto riguarda i punteggi attribuiti alla Macroarea “Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale” tutti gli item hanno ottenuto punteggi al di sopra del valore 3. I punteggi attribuiti a questa macroarea sono significativamente superiori alla media complessiva della scheda.

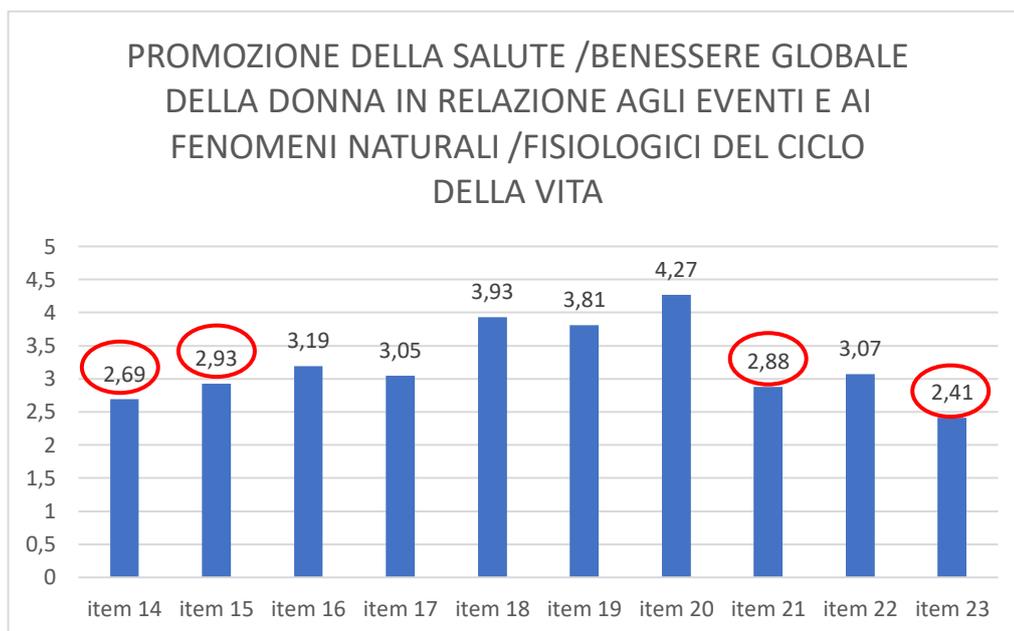


Grafico 5 Media punteggi item 14-23 Macroarea "Promozione della salute/benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali/fisiologici del ciclo della vita"

La Macroarea “Promozione della salute/benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali/fisiologici del ciclo della vita” presenta item con valori medi più bassi.

L’item con la media più bassa (2,41) è il 23 “Assistenza alla donna/coppia infertile” e la media dei diversi setting assistenziali risulta essere più bassa tra le ostetriche dei reparti e sala parto.

L’item 14 “Promuovere/realizzare counseling pre concezionale” ha una media di 2,69 e le medie analizzate per setting assistenziali risultano essere più basse tra le ostetriche attribuite al reparto e sala parto. Mentre la media delle risposte per quanto riguarda le ostetriche afferenti agli ambulatori e casa di maternità è di 3.14.

Troviamo punteggi più bassi anche per quanto riguarda l’item 21 “Promuovere la salute della donna in menopausa/climaterio” (2,88) e l’item 15 “Collaborare nella prevenzione dell’IVG e delle gravidanze indesiderate” (2,93).

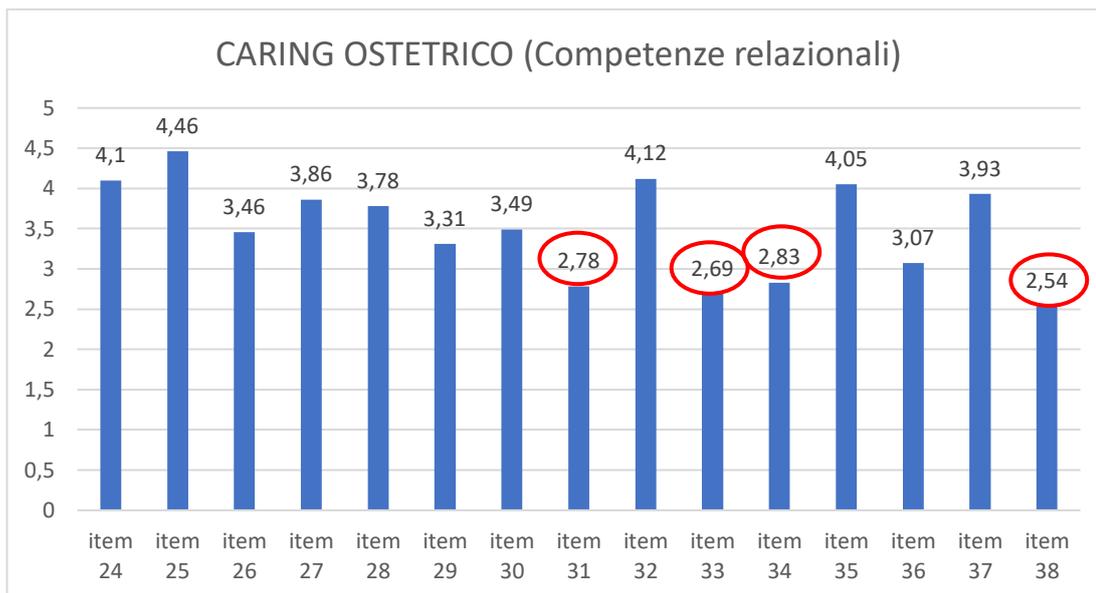


Grafico 6 Media punteggi item 24-38 Macroarea "Caring ostetrico (Competenze relazionali)"

Per quanto riguarda la Macroarea “Caring Ostetrico (Competenze relazionali)” notiamo che sono quattro gli item con i punteggi più bassi:

Item 38 “Relazione di aiuto alla coppia infertile” (2,54);

Item 33 “Counseling in caso di IVG” (2,69);

Item 31 “Counseling prenatale” (2,78);

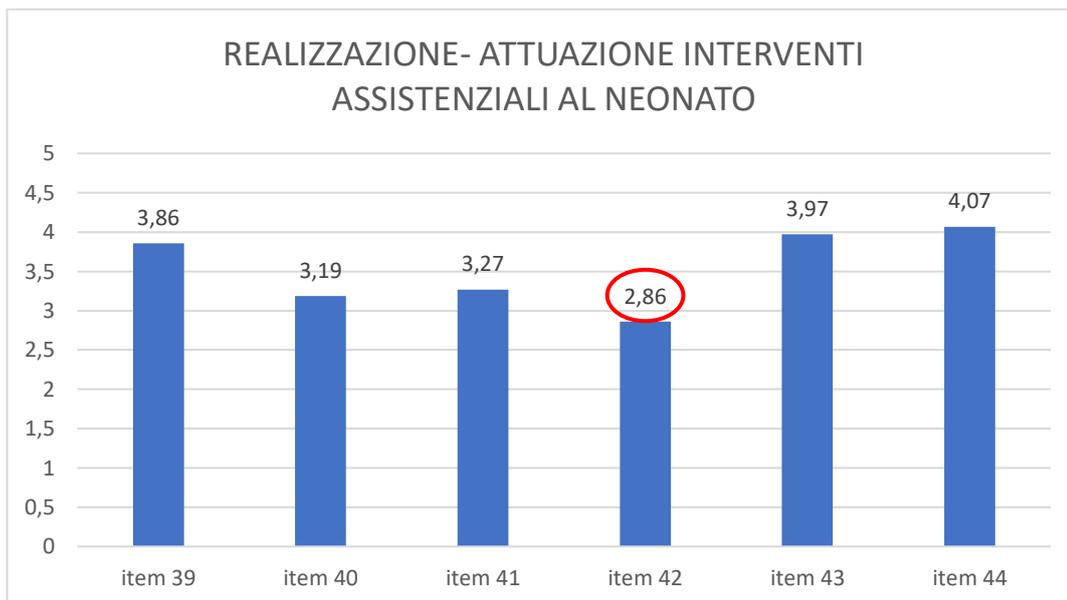
Item 34 “Sostegno alla partoriente in caso di non riconoscimento del figlio” (2,83).

Analizzando i dati di questi item nei singoli setting assistenziali troviamo che per quanto riguarda l’item 38 troviamo che le ostetriche del setting assistenziale reparto I e III piano sono quelle con la media più bassa (1,75-2,35), al secondo posto troviamo la sala parto (2,83), mentre le ostetriche degli ambulatori hanno una media di 3,43.

Per quanto riguarda l’item 33 troviamo una media più alta tra le ostetriche del III piano (2,94).

L’item 31 ha una media di 2,74 (sala parto); 2 (reparto I piano); 3,18 (reparto III piano); 3,43 (ambulatori e casa di maternità).

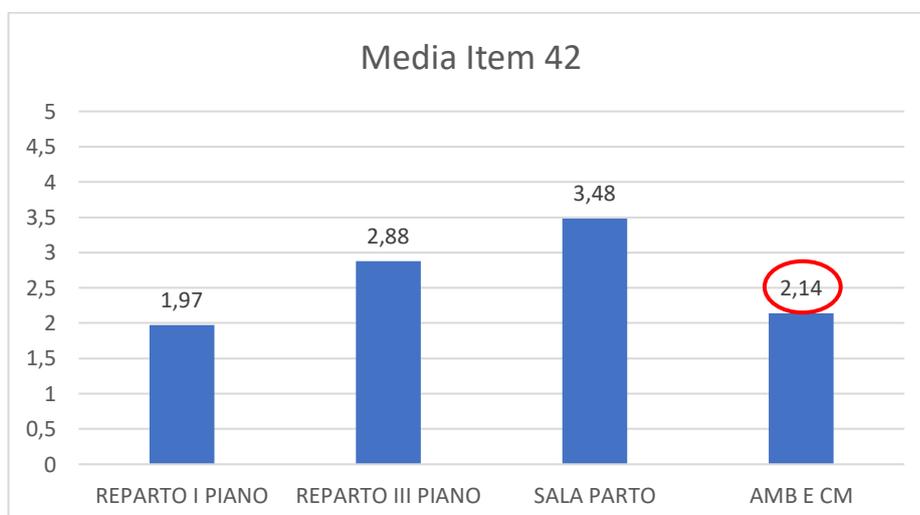
Per quanto riguarda l’item 34 “Sostegno alla partoriente in caso di non riconoscimento del figlio” i punteggi nei diversi setting assistenziali sono: 3,52 (sala parto); 1,75 (reparto I piano); 2,59 (reparto III piano); 2,57 (ambulatori e casa maternità).



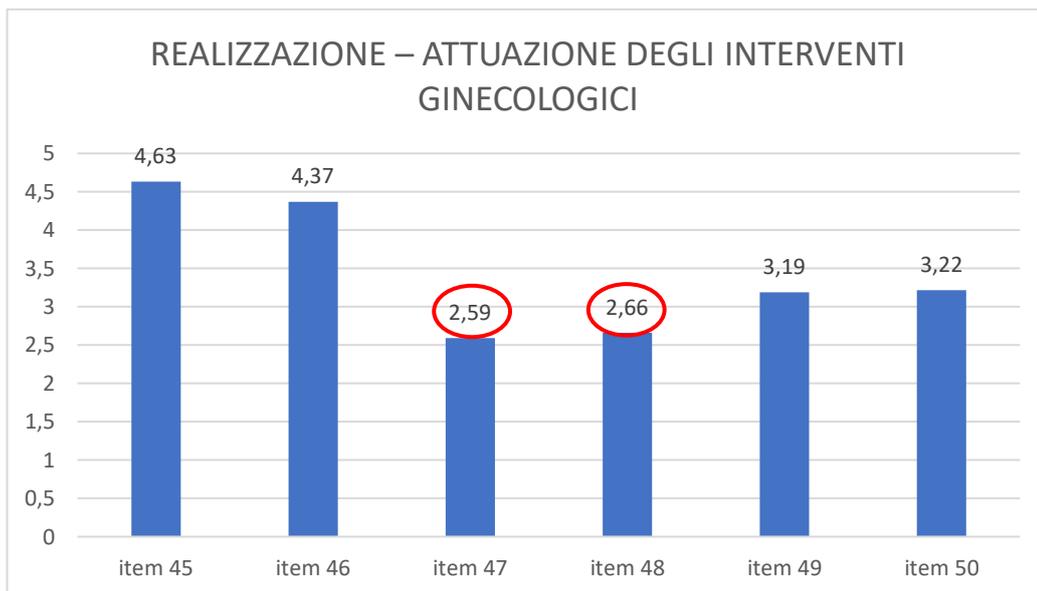
*Grafico 7 Media punteggi item 39-44 Macroarea
"Realizzazione-attuazione interventi assistenziali al neonato"*

La Macrocompetenza “Realizzazione-attuazione interventi assistenziali al neonato” dimostra un buon livello di competenza medio con un solo item con il punteggio della media inferiore a 3, l’item 42.

L’item 42 “Realizzare la rianimazione primaria assistita nel neonato” ha una media sul campione totale delle ostetriche di 2,86 e nei diversi setting assistenziali è stato così autovalutato:



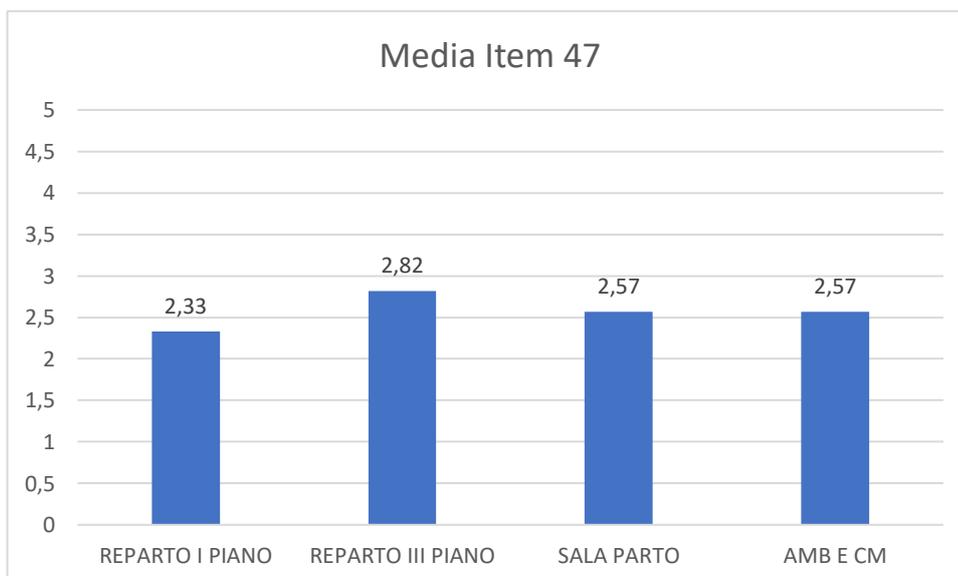
*Grafico 8 Media punteggi Item 42 nei diversi setting
"Realizzare la rianimazione primaria assistita nel neonato"*



*Grafico 9 Media punteggi item 45-50 Macroarea
"Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici"*

Per quanto riguarda la Macrocompetenza “Realizzazione – attuazione degli interventi ginecologici” a livello generale due sono gli item con punteggi più bassi:

- Item 47 “Recupero delle funzioni della zona pelviperineale (rieducazione pavimento pelvico)” (2,59) ed è così rappresentato nei diversi setting assistenziali.



*Grafico 10 Media punteggi Item 47 nei diversi setting
"Recupero delle funzioni della zona pelviperineale"*

- Item 48 “Assistenza alla donna con patologie ginecologiche e/o oncologiche” (2,66).

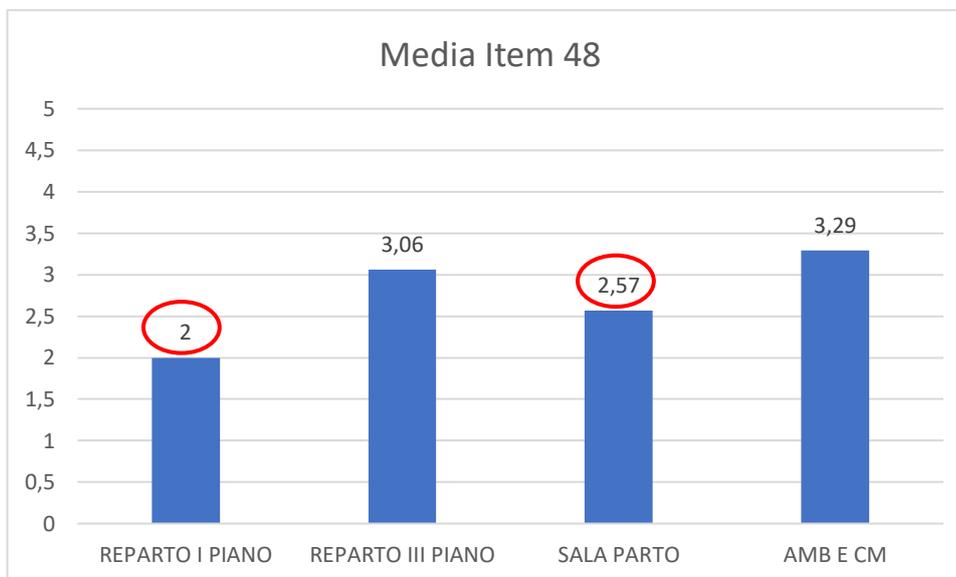


Grafico 11 Media punteggi Item nei diversi setting

"Assistenza alla donna con patologie ginecologiche e/o oncologiche"

Notiamo che i punteggi medi più bassi si trovano tra le ostetriche attribuite al setting assistenziale della sala parto e del Reparto I piano.

L'ultima Macrocompetenza riguarda la "Realizzazione – attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita".

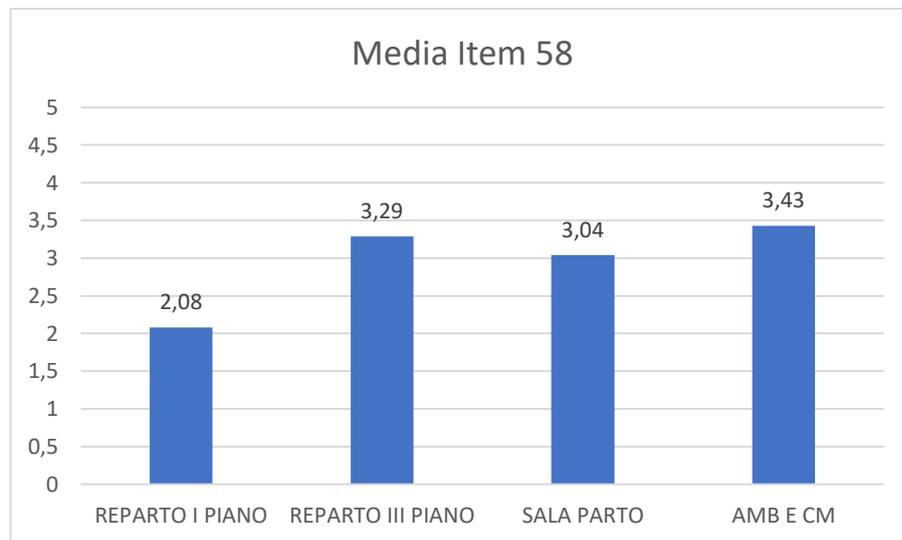


Grafico 12 Media punteggi Item 51-71 Macroarea

"Realizzazione-Attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita"

Complessivamente notiamo che le ostetriche si sono autovalutate in modo positivo ma si evidenziano due item in particolare con punteggi medi molto inferiori rispetto agli altri item.

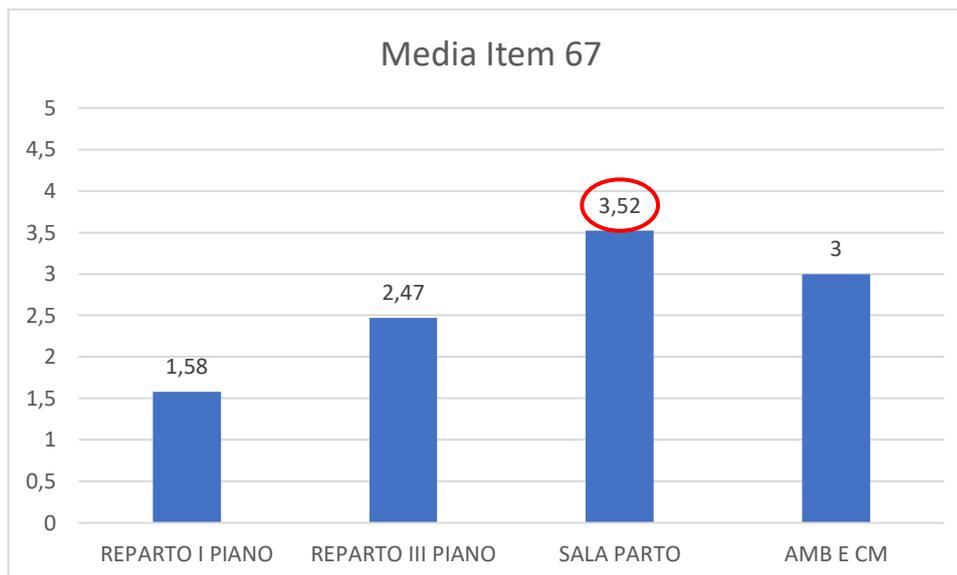
L'item 58 "Gestione dei corsi di accompagnamento nel percorso nascita" ha una media di 2,97 che nei diversi setting assistenziali è così rappresentata.



*Grafico 13 Media punteggi Item 58 nei diversi setting
" Gestione dei corsi di accompagnamento nel percorso nascita"*

Il setting assistenziale con il valore medio più alto (3,43) è quello delle Ostetriche degli ambulatori e casa di maternità.

L'altro item con il punteggio medio più basso è il 67, "Eseguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale (compresa compilazione documentazione, corretta conservazione e invio della sacca raccolta)" con una media di 2.78 sul campione totale delle ostetriche ed è così rappresentato nei diversi setting:



*Grafico 14 Media punteggi Item 6 nei diversi setting
 "Eeguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale"*

Le ostetriche con il punteggio medio più alto sono quelle afferenti alla sala parto.

3.7 Analisi statistica inferenziale

A seguito di questa prima analisi sono stati messi a confronto diversi gruppi rappresentati dai diversi setting assistenziali.

Setting A: degenza I piano (R1)

Setting B: degenza III piano (R3)

Setting C: sala parto (SP)

Setting D: ambulatori e casa maternità (AMB-CM)

Di seguito viene riportata l'analisi delle singole macroaree suddivise per setting lavorativo.

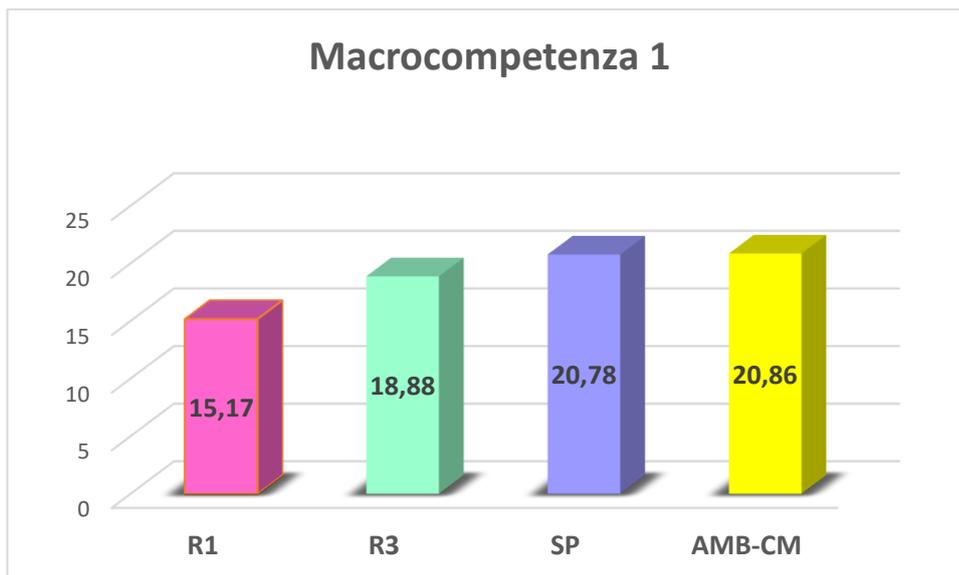


Grafico 15 Macrocompetenza 1, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 1 (item 1-5) con un punteggio massimo ottenibile di 25 ha ottenuto una media di 15,17 (d.s. 3.90) tra le ostetriche della degenza I piano, 18.88 (d.s. 1.76) tra le ostetriche della degenza III piano, 20,78 (d.s. 2.26) tra le ostetriche della sala parto, 20.86 (d.s. 2.73) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative solo per il setting A vs gli altri tre ($p < 0.01$).

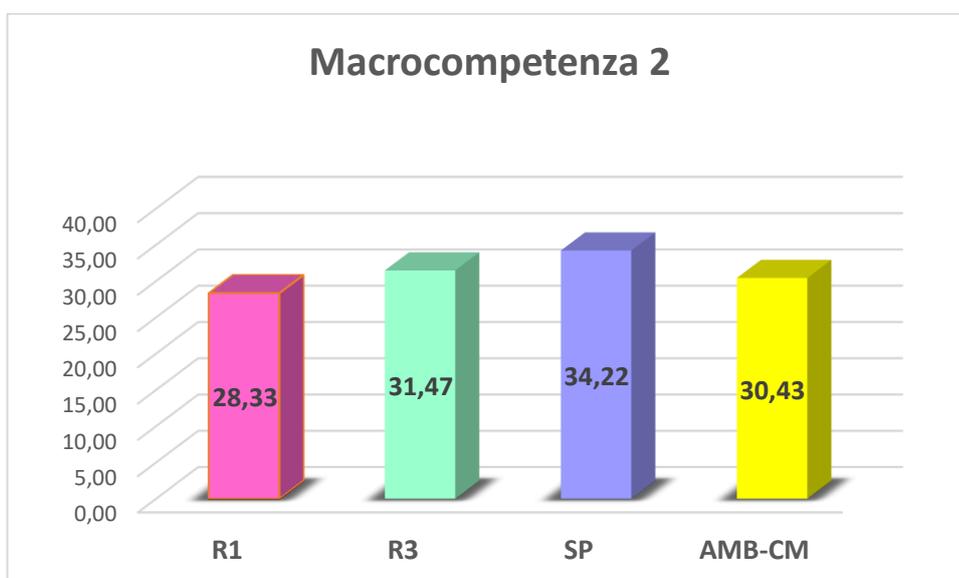


Grafico 16 Macrocompetenza 2, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 2 (item 6-13) con un punteggio massimo ottenibile di 40 ha ottenuto una media di 28.33 (d.s. 6.29) tra le ostetriche della degenza I piano, 31.47 (d.s. 4.62) tra le ostetriche della degenza III piano, 34.22 (d.s. 3.30) tra le ostetriche della sala parto, 30.43 (d.s. 5.68) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative solo tra il setting A vs il setting C ($p < 0.01$).

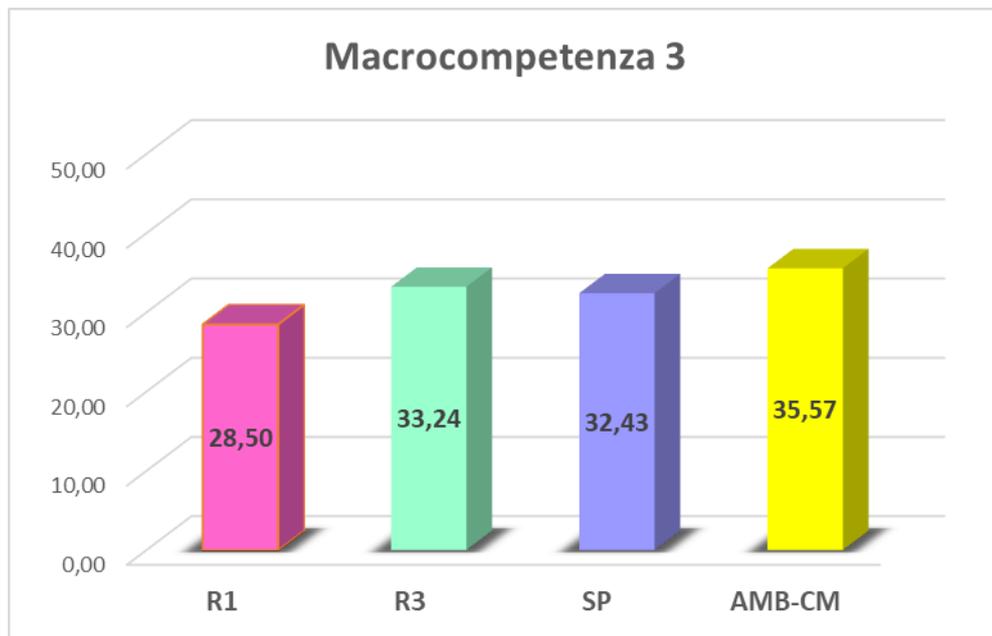


Grafico 17 Macrocompetenza 3, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 3 (item 14-23) con un punteggio massimo ottenibile di 50 ha ottenuto una media di 28.50 (d.s. 9.21) tra le ostetriche della degenza I piano, 33.24 (d.s. 8.36) tra le ostetriche della degenza III piano, 32.43 (d.s. 7.86) tra le ostetriche della sala parto, 35.57 (d.s. 11.18) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze tuttavia non sono statisticamente significative.

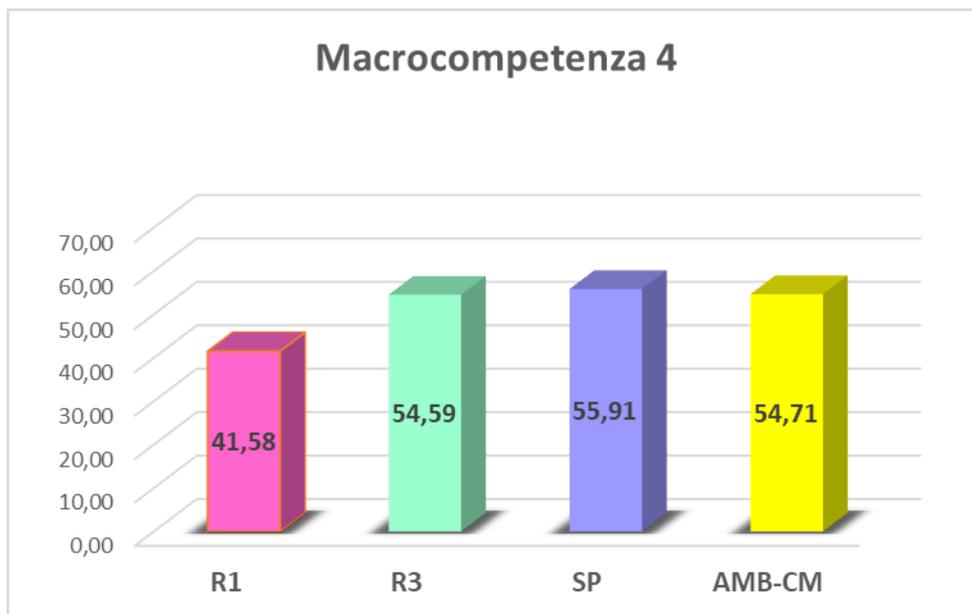


Grafico 18 Macrocompetenza 4, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 4 (item 24-38) con un punteggio massimo ottenibile di 75 ha ottenuto una media di 41.58 (d.s. 11.01) tra le ostetriche della degenza I piano, 54.59 (d.s. 9.74) tra le ostetriche della degenza III piano, 55.91 (d.s. 8.70) tra le ostetriche della sala parto, 54.71 (d.s. 12.61) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative solo per il setting A vs gli altri tre ($p < 0.01$).

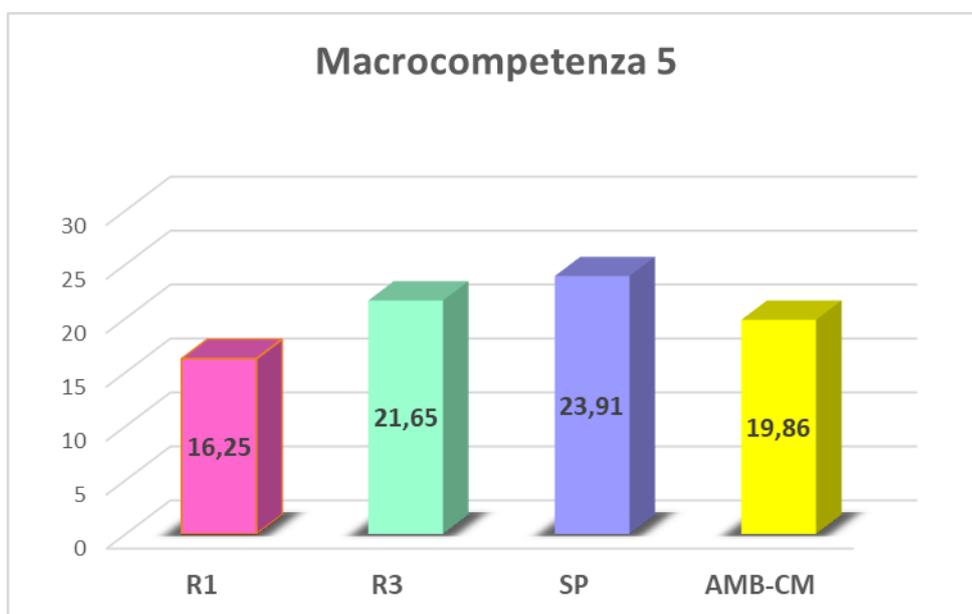


Grafico 19 Macrocompetenza 5, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 5 (item 39-44) con un punteggio massimo ottenibile di 30 ha ottenuto una media di 16.25 (d.s. 5.45) tra le ostetriche della degenza I piano, 21.65 (d.s. 5.28) tra le ostetriche della degenza III piano, 23.91 (d.s. 4.68) tra le ostetriche della sala parto, 19.86 (d.s. 5.73) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative tra il setting A vs gli altri tre ($p < 0.05$).

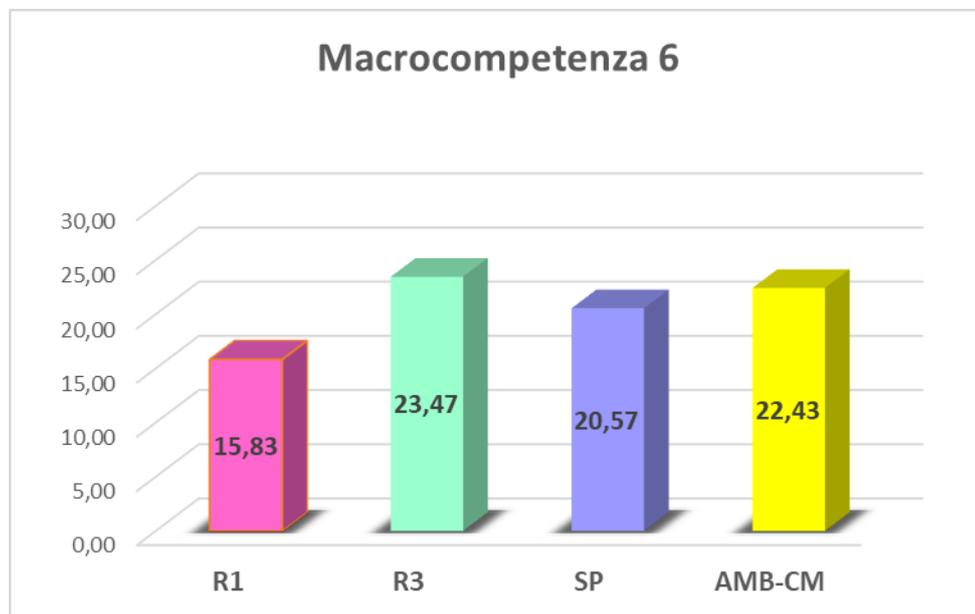


Grafico 20 Macrocompetenza 6, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 6 (item 45-50) con un punteggio massimo ottenibile di 30 ha ottenuto una media di 15.83 (d.s. 5.57) tra le ostetriche della degenza I piano, 23.47 (d.s. 3.95) tra le ostetriche della degenza III piano, 20.57 (d.s. 5.27) tra le ostetriche della sala parto, 22.43 (d.s. 3.91) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative tra il setting A e gli altri tre ($p < 0.05$).

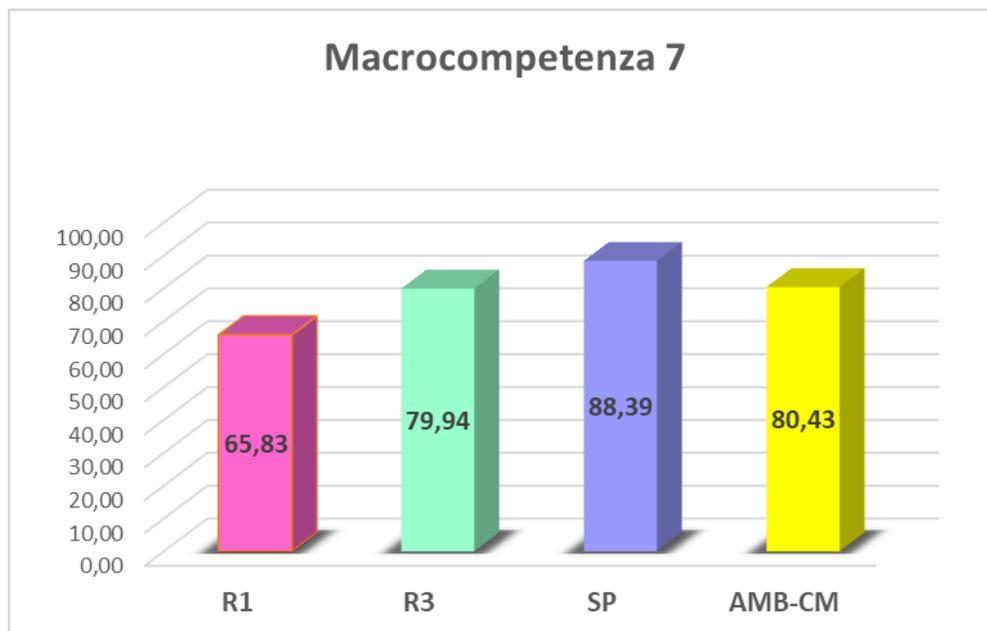


Grafico 21 Macrocompetenza 7, media dei punteggi relativa ai diversi setting assistenziali

La macrocompetenza 7 (item 51-71) con un punteggio massimo ottenibile di 105 ha ottenuto una media di 65.83 (d.s. 17.73) tra le ostetriche della degenza I piano, 79.94 (d.s. 11.99) tra le ostetriche della degenza III piano, 88.39 (d.s. 10.18) tra le ostetriche della sala parto, 80.43 (d.s. 15.90) tra le ostetriche degli ambulatori e casa maternità.

Tali differenze sono statisticamente significative tra il setting A vs gli altri tre ($p < 0.05$)

Nella tabella seguente, si riassumono i risultati dell'analisi eseguita: .

	R1		R3		SP		AMB-CM		<i>p-value</i>
	<i>Media</i>	<i>d.s.</i>	<i>media</i>	<i>d.s.</i>	<i>media</i>	<i>d.s.</i>	<i>media</i>	<i>d.s.</i>	
M1	15.17	3.90	18.88	1.76	20.78	2.26	20.86	2.73	<i>M1 p<0.01 RI vs tutti</i>
M2	28.33	6.29	31.47	4.62	34.22	3.30	30.43	5.68	<i>M2 p<0.01 RI vs SP</i>
M3	28.50	9.21	33.24	8.36	32.43	7.86	35.57	11.18	<i>p=ns</i>
M4	41.58	11.01	54.59	9.74	55.91	8.70	54.71	12.61	<i>M4 p<0.01 RI vs tutti</i>
M5	16.25	5.45	21.65	5.28	23.91	4.68	19.86	5.73	<i>M5 p<0.05 RI vs tutti</i>
M6	15.83	5.57	23.47	3.95	20.57	5.27	22.43	3.91	<i>M6 p<0.05 RI vs tutti</i>
M7	65.83	17.73	79.94	11.99	88.39	10.18	80.43	15.90	<i>M7 p<0.05 RI vs tutti</i>

Tabella 6 Analisi per setting

Di seguito sono messe a confronto le risposte ai singoli item tra i diversi setting lavorativi.

		R1		R3		SALA-PARTO		AMB-CM	
		MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.
ACCERTAMENT O DELLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA	ITEM1	3,33	0,65	3,76	0,56	4,17	0,58	4,14	0,90
	ITEM2	3,00	0,85	3,53	0,51	3,70	0,70	4,43	0,53
	ITEM3	3,00	1,13	3,94	0,43	4,52	0,67	4,29	0,95
	ITEM4	3,00	0,85	3,82	0,73	4,30	0,70	4,14	0,69
	ITEM5	2,83	1,03	3,82	0,88	4,04	0,47	3,86	0,69
GESTIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE AREA OSTETRICA, GINECOLOGICA E NEONATALE	ITEM6	3,17	0,94	3,53	1,12	4,13	0,63	4,00	0,82
	ITEM7	3,17	1,03	3,41	0,71	4,04	0,64	3,71	0,76
	ITEM8	3,25	0,62	3,71	0,77	4,22	0,67	3,57	1,13
	ITEM9	3,42	0,90	3,65	0,86	4,22	0,52	3,43	1,40
	ITEM10	4,17	0,94	4,41	0,71	4,39	0,66	3,86	1,07
	ITEM11	3,58	1,00	4,35	0,61	4,57	0,59	4,29	0,76
	ITEM12	3,50	1,38	4,12	0,78	4,17	0,65	3,86	0,90
	ITEM13	4,08	0,90	4,29	0,77	4,39	0,58	3,71	1,25
PROMOZIONE DELLA SALUTE /BENESSERE GLOBALE DELLA DONNA	ITEM14	2,00	1,04	3,12	1,17	2,74	1,18	3,14	1,95
	ITEM15	2,42	1,08	3,18	1,13	3,09	1,12	3,00	1,83
	ITEM16	2,75	1,29	3,29	1,26	3,30	1,26	3,57	1,62
	ITEM17	2,92	1,51	3,24	0,97	3,04	1,33	3,00	1,41
	ITEM18	3,83	0,72	3,94	0,75	3,91	1,00	4,14	0,90
	ITEM19	3,58	0,90	3,82	0,95	3,87	0,87	4,29	0,49
	ITEM20	4,17	0,72	4,35	0,70	4,17	0,94	4,57	0,53
	ITEM21	2,42	0,90	3,06	1,09	3,00	1,31	3,43	1,40
	ITEM22	2,58	1,62	3,06	1,03	3,22	1,13	3,43	1,40
	ITEM23	1,83	1,11	2,18	1,47	2,87	1,36	3,00	1,63
CARING OSTETRICO (Competenze relazionali)	ITEM24	3,92	0,79	4,29	0,77	3,96	0,82	4,29	0,76
	ITEM25	3,92	1,08	4,59	0,62	4,61	0,58	4,57	0,53
	ITEM26	2,58	0,79	3,71	0,69	3,61	0,94	3,86	0,90
	ITEM27	3,42	1,08	4,00	0,71	4,09	0,79	3,57	1,13
	ITEM28	3,42	1,16	4,00	0,87	3,96	0,71	3,14	1,77
	ITEM29	2,50	1,17	3,24	0,90	3,91	0,85	2,57	1,40
	ITEM30	1,17	0,58	3,94	0,90	4,00	0,74	4,57	0,53
	ITEM31	2,00	0,95	3,18	1,13	2,74	1,05	3,43	1,51
	ITEM32	3,92	0,79	4,29	0,59	4,00	0,90	4,29	0,76
	ITEM33	1,83	0,94	2,94	1,64	2,91	1,08	2,86	1,46
	ITEM34	1,75	1,36	2,59	1,42	3,52	1,27	2,57	1,72
REALIZZAZIONE- ATTUAZIONE INTERVENTI	ITEM35	3,67	1,07	4,06	0,66	4,30	0,88	3,86	1,21
	ITEM36	2,08	1,00	3,29	0,99	3,26	1,21	3,71	1,11
	ITEM37	3,67	0,98	4,12	0,78	3,91	0,79	4,00	1,15
	ITEM38	1,75	0,87	2,35	1,54	2,83	1,27	3,43	1,40
	ITEM39	3,08	0,79	4,18	0,88	4,04	0,64	3,86	1,07
	ITEM40	2,25	0,97	3,12	1,17	3,70	0,97	3,14	1,21
	ITEM41	2,58	1,24	3,24	1,09	3,83	0,98	2,71	1,50

ASSISTENZIALI AL NEONATO	ITEM42	1,92	1,16	2,88	1,32	3,48	1,16	2,14	1,35
	ITEM43	3,17	1,19	4,00	0,87	4,26	0,86	4,00	1,15
	ITEM44	3,25	0,87	4,24	0,83	4,39	0,66	4,00	1,15
REALIZZAZIONE – ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI GINECOLOGICI	ITEM45	3,67	1,23	4,88	0,33	4,83	0,39	5,00	0,00
	ITEM46	3,58	1,51	4,88	0,33	4,22	1,04	5,00	0,00
	ITEM47	2,33	1,72	2,82	1,38	2,57	1,47	2,57	1,27
	ITEM48	2,00	0,95	3,06	1,14	2,57	1,38	3,29	0,95
	ITEM49	1,92	1,00	4,06	1,03	3,09	1,31	3,14	1,35
	ITEM50	2,33	1,30	3,76	0,97	3,09	1,24	3,43	0,98
	ITEM51	2,67	1,50	3,53	0,80	2,83	1,03	4,29	0,76
REALIZZAZIONE – ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA	ITEM52	2,67	1,50	2,88	1,05	2,91	1,12	4,43	0,53
	ITEM53	2,67	1,44	3,24	0,56	3,39	1,03	3,71	0,76
	ITEM54	3,08	0,90	4,06	0,83	4,30	0,76	4,00	0,82
	ITEM55	3,42	1,31	4,12	0,49	4,74	0,45	4,57	0,53
	ITEM56	3,67	0,98	4,24	0,66	4,30	0,63	4,57	0,53
	ITEM57	2,50	1,17	2,88	0,99	3,52	0,95	2,86	1,68
	ITEM58	2,08	1,16	3,29	1,40	3,04	0,98	3,43	1,40
	ITEM59	3,50	1,17	3,82	0,73	4,09	1,04	4,14	0,69
	ITEM60	3,58	1,00	4,18	0,73	4,83	0,39	4,00	1,41
	ITEM61	2,33	1,15	3,24	1,20	4,35	0,88	3,29	1,80
	ITEM62	3,50	0,67	4,35	0,79	4,70	0,56	3,57	1,51
	ITEM63	4,17	0,83	4,41	0,80	4,83	0,39	4,29	0,76
	ITEM64	3,08	0,79	3,71	1,26	4,78	0,67	3,71	1,11
	ITEM65	2,58	1,00	3,76	0,90	4,48	0,90	3,00	1,41
ITEM66	2,92	1,51	4,06	0,90	4,78	0,52	3,14	1,95	
ITEM67	1,58	1,00	2,47	1,28	3,52	1,44	3,00	1,73	
ITEM68	4,33	0,89	4,65	0,61	4,83	0,39	4,29	0,76	
ITEM69	3,92	1,16	4,29	0,69	4,74	0,45	3,71	0,95	
ITEM70	4,00	0,95	4,35	0,61	4,52	0,79	4,14	1,21	
ITEM71	3,58	1,08	4,41	0,71	4,30	0,88	4,29	1,11	

Tabella 7 Risposte ai singoli item nei diversi setting

Viene inoltre riportata la tabella (*Tabella 8*) con il numero e percentuale attribuito ad ogni valore della scala Guilbert (da “0” a “5”) ottenuto dall’analisi dei questionari.

Item	0		1		2		3		4		5	
item 1	0	0%	0	0%	1	2%	15	25%	33	56%	10	17%
item 2	0	0%	2	3%	1	2%	19	32%	34	58%	3	5%
item 3	0	0%	1	2%	3	5%	10	17%	25	42%	20	34%
item 4	0	0%	0	0%	4	7%	14	24%	25	42%	16	27%
item 5	0	0%	1	2%	5	8%	12	20%	33	56%	8	14%
item 6	0	0%	2	3%	1	2%	20	34%	23	39%	13	22%
item 7	0	0%	1	2%	3	5%	19	32%	30	51%	6	10%
item 8	0	0%	0	0%	3	5%	18	31%	25	42%	13	22%
item 9	0	0%	2	3%	2	3%	12	20%	32	54%	11	19%
item 10	0	0%	0	0%	2	3%	6	10%	23	39%	28	47%
item 11	0	0%	0	0%	3	5%	3	5%	28	47%	25	42%
item 12	0	0%	1	2%	2	3%	13	22%	23	39%	20	34%
item 13	0	0%	0	0%	2	3%	9	15%	23	39%	25	42%
item 14	1	2%	11	19%	15	25%	14	24%	14	24%	4	7%
item 15	1	2%	7	12%	14	24%	14	24%	19	32%	4	7%
item 16	1	2%	5	8%	13	22%	12	20%	19	32%	9	15%
item 17	0	0%	9	15%	9	15%	18	31%	16	27%	7	12%
item 18	0	0%	1	2%	1	2%	14	24%	28	47%	15	25%
item 19	0	0%	0	0%	3	5%	19	32%	23	39%	14	24%
item 20	0	0%	0	0%	1	2%	9	15%	22	37%	27	46%
item 21	1	2%	8	14%	11	19%	20	34%	15	25%	4	7%
item 22	1	2%	5	8%	14	24%	16	27%	15	25%	8	14%
item 23	5	8%	10	17%	19	32%	11	19%	9	15%	5	8%
item 24	0	0%	0	0%	0	0%	16	27%	21	36%	22	37%
item 25	0	0%	0	0%	2	3%	3	5%	20	34%	34	58%
item 26	0	0%	0	0%	10	17%	20	34%	21	36%	8	14%
item 27	0	0%	0	0%	4	7%	16	27%	23	39%	16	27%
item 28	0	0%	2	3%	6	10%	10	17%	26	44%	15	25%
item 29	1	2%	4	7%	7	12%	19	32%	20	34%	8	14%
item 30	1	2%	8	14%	5	8%	6	10%	25	42%	14	24%
item 31	1	2%	8	14%	16	27%	15	25%	16	27%	3	5%
item 32	0	0%	0	0%	1	2%	12	20%	25	42%	21	36%
item 33	4	7%	9	15%	8	14%	22	37%	12	20%	4	7%
item 34	5	8%	7	12%	13	22%	12	20%	12	20%	10	17%
item 35	0	0%	0	0%	4	7%	11	19%	22	37%	22	37%
item 36	2	3%	3	5%	11	19%	22	37%	15	25%	6	10%
item 37	0	0%	0	0%	3	5%	15	25%	24	41%	17	29%
item 38	4	7%	10	17%	14	24%	18	31%	7	12%	6	10%
item 39	0	0%	0	0%	4	7%	15	25%	25	42%	15	25%
item 40	0	0%	6	10%	11	19%	15	25%	20	34%	7	12%
item 41	0	0%	7	12%	7	12%	17	29%	19	32%	9	15%
item 42	3	5%	7	12%	13	22%	16	27%	12	20%	8	14%
item 43	0	0%	2	3%	3	5%	11	19%	22	37%	21	36%
item 44	0	0%	0	0%	4	7%	10	17%	23	39%	22	37%
item 45	0	0%	0	0%	3	5%	2	3%	9	15%	45	76%
item 46	0	0%	3	5%	2	3%	2	3%	15	25%	37	63%
item 47	6	10%	8	14%	12	20%	17	29%	10	17%	6	10%
item 48	1	2%	12	20%	11	19%	22	37%	8	14%	5	8%
item 49	1	2%	6	10%	13	22%	14	24%	11	19%	14	24%
item 50	1	2%	4	7%	11	19%	19	32%	13	22%	11	19%
item 51	0	0%	7	12%	9	15%	20	34%	15	25%	8	14%
item 52	0	0%	8	14%	13	22%	14	24%	18	31%	6	10%
item 53	0	0%	5	8%	5	8%	25	42%	18	31%	6	10%
item 54	0	0%	0	0%	5	8%	11	19%	24	41%	19	32%
item 55	0	0%	1	2%	2	3%	4	7%	25	42%	27	46%
item 56	0	0%	0	0%	2	3%	5	8%	30	51%	22	37%
item 57	0	0%	8	14%	8	14%	20	34%	17	29%	6	10%
item 58	1	2%	8	14%	9	15%	23	39%	10	17%	8	14%
item 59	0	0%	2	3%	1	2%	15	25%	23	39%	18	31%
item 60	0	0%	1	2%	2	3%	6	10%	20	34%	30	51%
item 61	1	2%	6	10%	5	8%	16	27%	12	20%	19	32%
item 62	0	0%	1	2%	2	3%	8	14%	19	32%	29	49%
item 63	0	0%	0	0%	0	0%	7	12%	15	25%	37	63%
item 64	1	2%	1	2%	2	3%	16	27%	12	20%	27	46%
item 65	0	0%	4	7%	4	7%	17	29%	12	20%	22	37%
item 66	2	3%	2	3%	3	5%	9	15%	13	22%	30	51%
item 67	5	8%	6	10%	16	27%	12	20%	10	17%	10	17%
item 68	0	0%	0	0%	0	0%	5	8%	13	22%	41	69%
item 69	0	0%	1	2%	1	2%	5	8%	22	37%	30	51%
item 70	0	0%	0	0%	3	5%	5	8%	20	34%	31	53%
item 71	0	0%	0	0%	5	8%	5	8%	21	36%	28	47%

Tabella 8 Rappresentazione dei valori e percentuali per ogni livello della scala Guilbert

Ho infine suddiviso la popolazione presa in esame suddividendola in “esperto” (> 5 anni di esperienza) e “meno esperto” (< 5 anni di esperienza); tale limite temporale si basa sul concetto di personale “esperto” come definito dal Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2019 – 2021.

L’analisi dei risultati del questionario ha evidenziato che le ostetriche con un’esperienza lavorativa > 5 anni hanno una più alta autovalutazione nella maggior parte delle macroaree considerate (macroarea 1, 20.3 vs 17, $p<0.001$; macroarea 2, 22.3 vs 29.3, $p=0.003$; macroarea 4, 55.3 vs 48, $p=0.006$; macroarea 5, 23.1 vs 18.1, $p<0.001$; macroarea 7 86.5 vs 70.9, $p<0.001$), eccetto la macroarea 3 (32.8 vs 31.3, $p=ns$) e la macroarea 6 (21,4 vs 19.4, $p=ns$) rispetto alle ostetriche “meno esperte” (< 5 anni di lavoro).

Infine, è stata condotta una analisi di regressione lineare volta all’analisi della relazione tra anni di esperienza e setting lavorativo con i punteggi delle macroaree relative alle macrocompetenze.

In questo caso il modello è risultato statisticamente significativo solo per la *macroarea 1* ($F 10.57, p<0.001$), il cui punteggio è predetto dal setting lavorativo ($\beta 1.91, IC95\% 0.81-3.01, p=0.001$).

Analizzando i singoli item distinguendo il campione delle ostetriche in due gruppi, ostetriche con anni di esperienza maggiore e minore a 5 anni, tramite l’analisi della varianza (ANOVA) o T student si può osservare che tra i 71 item che compongono il questionario le differenze sono statisticamente significative per n. 37 item mentre per n. 34 item le differenze non sono statisticamente significative.

In allegato la tabella (*Tabella 9*) relativa alle medie dei due gruppi e i relativi p-value per i singoli item.

	ost > 5 anni	ost <5 anni	p-value
item 1	4,11	3,52	0.001
item 2	3,81	3,26	0.006
item 3	4,31	3,57	0.002
item 4	4,22	3,39	0.0002
item 5	3,94	3,35	0.009
item 6	4,11	3,17	0.0001
item 7	3,89	3,22	0.001
item 8	4,03	3,48	0.01
item 9	4,11	3,35	0.001
item 10	4,36	4,22	0.50
item 11	4,47	3,96	0.01
item 12	4,17	3,74	0.08
item 13	4,19	4,22	0.91
item 14	2,69	2,70	0.99
item 15	2,94	2,91	0.92
item 16	3,19	3,17	0.95
item 17	3,06	3,04	0.97
item 18	4,03	3,78	0.28
item 19	3,92	3,65	0.25
item 20	4,28	4,26	0.93
item 21	2,86	2,91	0.87
item 22	3,14	2,96	0.58
item 23	2,72	1,91	0.02
item 24	4,08	4,13	0.82
item 25	4,58	4,26	0.10
item 26	3,61	3,22	0.11
item 27	4,00	3,65	0.14
item 28	3,89	3,61	0.32
item 29	3,64	2,78	0.004
item 30	3,97	2,74	0.0006
item 31	2,86	2,65	0.51
item 32	4,17	4,04	0.56
item 33	2,81	2,52	0.42
item 34	3,39	1,96	0.0003
item 35	4,17	3,87	0.22
item 36	3,22	2,82	0.20

<i>item 37</i>	4,02	3,78	0.29
<i>item 38</i>	2,92	1,96	<i>0.007</i>
<i>item 39</i>	4,03	3,61	0.07
<i>item 40</i>	3,61	2,52	<i>0.0003</i>
<i>item 41</i>	3,67	2,65	<i>0.001</i>
<i>item 42</i>	3,33	2,13	<i>0.0007</i>
<i>item 43</i>	4,28	3,48	<i>0.002</i>
<i>item 44</i>	4,28	3,74	<i>0.02</i>
<i>item 45</i>	4,83	4,30	<i>0.01</i>
<i>item 46</i>	4,44	4,26	0.52
<i>item 47</i>	2,53	2,70	0.66
<i>item 48</i>	2,78	2,48	0.37
<i>item 49</i>	3,39	2,87	0.16
<i>item 50</i>	3,44	2,87	0.08
<i>item 51</i>	3,25	2,96	0.36
<i>item 52</i>	3,31	2,57	<i>0.02</i>
<i>item 53</i>	3,50	2,87	<i>0.02</i>
<i>item 54</i>	4,14	3,70	0.07
<i>item 55</i>	4,58	3,78	<i>0.003</i>
<i>item 56</i>	4,44	3,87	<i>0.003</i>
<i>item 57</i>	3,47	2,48	<i>0.001</i>
<i>item 58</i>	3,14	2,70	0.18
<i>item 59</i>	4,17	3,52	<i>0.01</i>
<i>item 60</i>	4,58	3,83	<i>0.001</i>
<i>item 61</i>	4,08	2,61	<i>0.00001</i>
<i>item 62</i>	4,44	3,91	<i>0.03</i>
<i>item 63</i>	4,75	4,13	<i>0.0006</i>
<i>item 64</i>	4,47	3,26	<i>0.00001</i>
<i>item 65</i>	4,22	3,00	<i>0.0001</i>
<i>item 66</i>	4,36	3,48	<i>0.01</i>
<i>item 67</i>	3,36	1,87	<i>0.0001</i>
<i>item 68</i>	4,72	4,43	0.09
<i>item 69</i>	4,58	3,96	<i>0.004</i>
<i>item 70</i>	4,50	4,09	0.06
<i>item 71</i>	4,42	3,91	<i>0.04</i>

Tabella 9 Media singoli item suddivisi in base all'esperienza

Per quanto riguarda l'obiettivo specifico n. 2 "Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici" sono stati analizzati i livelli di competenza delle ostetriche "esperte" per stabilire le competenze necessarie per ogni setting assistenziale, tarandosi sul limite temporale di 5 anni, come definito dal Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2019 – 2021 e stabilendo dunque il livello minimo per poter essere collocate nel setting preso in analisi.

In questa elaborazione dei dati è stato introdotto un diverso cut-off temporale, di 2 anni, per quanto riguarda i setting della degenza I e III piano, in quanto per l'alto turn over del personale non vi sono ostetriche con almeno 5 anni di esperienza lavorativa.

Nel setting assistenziale *degenza I piano* troviamo 12 ostetriche di cui 10 con un'esperienza < 2 anni e solo 2 con un'esperienza > 2 anni.

Le ostetriche "esperte" si sono autovalutate con i seguenti punteggi per ogni macrocompetenza:

MACROCOMPETENZE	Media
M1	17.5/25
M2	29/40
M3	25/50
M4	39.5/75
M5	15.5/30
M6	13.5/30
M7	65.5/105

Tabella 10 Livello di competenza ostetriche "esperte" degenza I piano

Nel setting assistenziale *degenza III piano* troviamo 17 ostetriche di cui 13 con un'esperienza < 2 anni e solo 4 con un'esperienza > 2 anni.

Le ostetriche "esperte" si sono autovalutate con i seguenti punteggi per ogni macrocompetenza:

MACROCOMPETENZE	Media
M1	19.25/25
M2	32/40
M3	35/50
M4	56.75/75
M5	23.5/30
M6	24.75/30
M7	84.75/105

Tabella 11 Livello di competenza ostetriche "esperte" degenza III piano

Nel setting assistenziale *sala travaglio parto* troviamo 23 ostetriche di cui 7 con un'esperienza < 5 anni e 16 con un'esperienza > 5 anni.

Le ostetriche "esperte" si sono autovalutate con i seguenti punteggi per ogni macrocompetenza:

MACROCOMPETENZE	Media
M1	21.13/25
M2	34.81/40
M3	32.63/50
M4	57.50/75
M5	25.56/30
M6	20.56/30
M7	92.19/105

Tabella 12 Livello di competenza ostetriche "esperte" sala parto

Nel setting assistenziale *ambulatori ostetrici e ginecologici e casa maternità* troviamo 7 ostetriche di cui solo una con un'esperienza < 5 anni e 6 con un'esperienza > 5 anni.

Le ostetriche "esperte" si sono autovalutate con i seguenti punteggi per ogni macrocompetenza:

MACROCOMPETENZE	Media
M1	21.33/25
M2	30.17/40
M3	34/50
M4	53.67/75
M5	19.00/30
M6	22.33/30
M7	79/105

Tabella 13 Livello di competenza ostetriche "esperte" ambulatori e casa maternità

4. Discussione

Dall'analisi dei dati relativi alle competenze delle ostetriche della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale G. Salesi in tutti i vari setting ho ottenuto una "fotografia" di quale sia la consapevolezza che hanno le ostetriche del proprio livello di competenza nelle varie declinazione dell'assistenza ostetrica.

Il campione delle ostetriche indagato è caratterizzato da un'età anagrafica medio bassa, un'esperienza lavorativa media non elevata da attribuire senz'altro all'alto tasso di ricambio del personale, che contribuisce ad avere sempre più neo assunte giovani e alla prima esperienza lavorativa.

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa vi è una significativa differenza tra le ostetriche di reparto e le ostetriche di sala parto e ambulatori.

Quanto osservato è spiegabile dal fatto che, in base alle modalità organizzative della SOD, le ostetriche della sala parto afferiscono a tale setting solo dopo aver maturato un numero minimo di anni di esperienza presso il reparto.

Lo studio ha evidenziato una formazione post-base non abbastanza diffusa tra tutte le ostetriche del campione.

Il Master più rappresentato è quello in Coordinamento delle Professioni (n. 6 ostetriche), probabilmente perché più spendibile nell'ambito di una carriera ospedaliera. Per contro la Laurea Magistrale risulta posseduta solo da un esiguo numero di ostetriche.

Per quanto riguarda l'autovalutazione delle competenze complessivamente è emerso un buon livello generale di competenze all'interno dei gruppi, con margini di miglioramento in specifiche aree.

La macrocompetenza con la percentuale più alta (79%), rispetto al punteggio massimo che si poteva ottenere è la 2 "Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale" ed è anche quella che rappresenta maggiormente le attività clinico-assistenziale erogata dalle ostetriche ospedaliere.

L'analisi per sottogruppi ha mostrato una eterogeneità per setting assistenziale di appartenenza verosimilmente dovuta alla diversa specializzazione che ciascuna ostetrica professionista ha acquisito e maturato negli anni.

Tali differenze si evidenziano con maggiore chiarezza in determinati argomenti, in cui il fabbisogno formativo si diversifica su 13 item differenti appartenenti alle 7 Macrocompetenze rappresentative dell'autovalutazione effettuata e i risultati emersi mostrano come l'intervento formativo sia riconducibile a diversi aspetti assistenziali. Le prime due Macrocompetenze "Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l'applicazione del processo di midwifery management (pmm)" e "Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale" presentano punteggi medi al di sopra del valore 3.

Per quanto riguarda la Macroarea "Promozione della salute/benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali/fisiologici del ciclo della vita" troviamo che gli item presentano valori medi molto bassi e probabilmente possiamo ricondurre questi punteggi al fatto che le competenze indicate nella Macroarea vengono ampliate e approfondite presso altre realtà, come consultori e ambulatori e non sono messe in pratica dalle ostetriche della SOD. La macroarea fa riferimento a competenze riguardo il counseling preconcezionale, le interruzioni di gravidanza, l'assistenza alla donna in menopausa e climaterio, promozione della maternità e paternità.

Per quanto riguarda la macroarea "Caring ostetrico" (competenze relazionali) è particolarmente interessante il punteggio riguardo l'item 33 che ha ottenuto una media più alta tra le ostetriche del III piano (2,94) probabilmente perché il reparto III piano è quello dedicato ad eventuali ricoveri per Interruzione volontaria della gravidanza e dunque le ostetriche si sono autovalutate con punteggi più alti potendo mettere in pratica questa competenza diversamente dalle ostetriche degli altri setting dove infatti troviamo le medie più basse.

Per quanto riguarda l'item 34 "Sostegno alla partoriente in caso di non riconoscimento del figlio" le ostetriche della sala parto sono quelle che si sono autovalutate con punteggi più alti probabilmente perché sono quelle maggiormente dedicate all'assistenza della donna che decide di non riconoscere il proprio figlio, stando a contatto con essa per tutto il travaglio e parto.

La Macroarea “Realizzazione- attuazione interventi assistenziali al neonato” comprende l’item 42 “Realizzare la rianimazione primaria assistita nel neonato” che è utile approfondire.

Le ostetriche attribuite alla sala parto si sono complessivamente valutate con punteggi maggiori e quest’ultime hanno quasi tutte frequentato il “Corso di formazione teorico-pratico di Rianimazione Neonatale” organizzato dall’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche per la durata complessiva di 16 ore per essere competenti nella realizzazione della rianimazione assistita nel neonato in attesa del neonatologo in sala parto.

Importante è però che tale competenza venga uniformata tra tutto il personale in quanto nel reparto di degenza sono ricoverati i neonati insieme alle pazienti per garantire il rooming in, raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità. Nella SOD in esame l’assistenza al neonato in rooming in viene erogata principalmente dal personale del nido, che non è stato oggetto della presente indagine.

La Macrocompetenza “Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici” viene maggiormente esplicitata nel setting assistenziale Reparto III piano, dove vengono eseguiti ricoveri di pazienti che devono eseguire interventi chirurgici ginecologici e troviamo che i punteggi medi delle ostetriche afferenti al Reparto 3° piano sono più alti tra queste. Notiamo che i punteggi medi più bassi si trovano tra le ostetriche attribuite al setting assistenziale della sala parto e del Reparto I piano, sono infatti coloro che non hanno a che fare con le pazienti di pertinenza ginecologica.

L’item 47 “Recupero delle funzioni della zona pelviperineale (rieducazione pavimento pelvico)” analizza una competenza che non viene richiesta alle ostetriche che prestano assistenza ed è invece un tipo di assistenza che viene erogata a livello ambulatoriale, questo non esclude che un’ostetrica possa specializzarsi in questa pratica.

La macroarea” Realizzazione – attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita” comprende competenze di particolare importanza per l’assistenza ostetrica.

L’item 58 “Gestione dei corsi di accompagnamento nel percorso nascita” presenta un valore medio più alto (3,29) tra le Ostetriche degli ambulatori e casa di maternità, ovvero coloro che effettivamente conducono i corsi di accompagnamento alla nascita presso l’Ospedale Salesi.

Analizzando l'item 67 "Eseguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale (compresa compilazione documentazione, corretta conservazione e invio della sacca raccolta)" osserviamo che le ostetriche con il punteggio medio più alto sono quelle afferenti alla sala parto che sono quelle che effettivamente eseguono la Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale, subito dopo troviamo le ostetriche degli ambulatori e casa maternità. In conclusione possiamo osservare che ci sono particolari item con punteggi medi evidentemente più bassi e questi sono rappresentati nella Tabella 4.

Item obiettivo di miglioramento (punteggio medio < 3)	Media	% risposte < 3
Item 14, Macroarea 3 "Promuovere/realizzare counseling preconcezionale"	2.60	46 %
Item 15, Macroarea 3 "Collaborare nella prevenzione dell'IVG e delle gravidanze indesiderate"	2.93	37 %
Item 21, Macroarea 3 "Promuovere la salute della donna in menopausa/climaterio"	2.88	34 %
Item 23, Macroarea 3 "Assistenza alla donna/coppia infertile"	2.41	58 %
Item 31, Macroarea 4 "Counseling prenatale"	2.78	42 %
Item 33, Macroarea 4 "Counseling in caso di IVG"	2.69	34 %
Item 34, Macroarea 4 "Sostegno alla partoriente in caso di non riconoscimento del figlio"	2.83	42 %
Item 38, Macroarea 4 "Relazione di aiuto alla coppia infertile"	2,54	47 %
Item 42, Macroarea 5 "Realizzare la rianimazione primaria assistita nel neonato"	2.86	39 %
Item 47, Macroarea 6 "Recupero delle funzioni della zona pelviperineale"	2.59	44 %
Item 48, Macroarea 6 "Assistenza alla donna con patologie ginecologiche e/o oncologiche"	2.66	41 %
Item 58, Macroarea 7 "Gestione dei corsi di accompagnamento nel percorso nascita"	2,97	31 %
Item 67, Macroarea 7 "Eseguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale"	2,78	46 %

Tabella 14 Item con punteggio medio < 3

In linea con uno dei principali obiettivi del progetto, identificare quelli che sono i bisogni di sviluppo, formazione e cambiamento per lo specifico professionale in una logica di evoluzione e integrazione per erogare prestazioni mirate ai bisogni, valide e sicure, ho deciso di scegliere un item per progettare un corso di formazione aziendale accreditato ECM.

L'item selezionato è il 67 della Macroarea 7 "Eseguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale", tale scelta è stata dettata dal fatto che tra gli item con la media più bassa è quello con il risolto pratico più rilevante (*sezione 4.1 Progettazione del corso accreditato ECM*).

Per quanto riguarda l'analisi condotta riguardo la statistica inferenziale sono state prese in esame le 7 Macrocompetenze analizzandone le differenze tra i setting assistenziali.

La macrocompetenza 1 "Accertamento dello stato di salute della persona attraverso l'applicazione del processo di midwifery management (pmm)" descrive competenze che non fanno parte dei piani di assistenza previsti per le ostetriche afferenti alla degenza I piano quali l'eseguire la cardiocografia e infatti le differenze sono statisticamente significative solo per il setting della degenza I piano vs gli altri ($p < 0.01$).

La macrocompetenza 2 "Gestione del processo assistenziale area ostetrica, ginecologica e neonatale" evidenzia una differenza statisticamente significativa solo tra il setting della degenza I piano vs il setting della sala parto ($p < 0.01$).

Questa macroarea descrive competenze riguardo l'aspetto preconcezionale, interruzioni volontarie di gravidanza, attività che vengono per lo più sviluppate nei setting della degenza III piano e ambulatori ostetrici e ginecologici.

La macrocompetenza 3 "Promozione della salute/benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali/fisiologici del ciclo della vita" ha ottenuto differenze non statisticamente significative, probabilmente questo risultato era atteso date le competenze descritte nella macroarea.

"Gestire il consenso informato, agire nel rispetto della deontologia professionale, favorire l'autodeterminazione della donna, della coppia nelle scelte, mettere in atto una relazione di aiuto, sostegno/supporto alla coppia, sostegno psico-emotivo alla donna" sono gli item descritti nella macroarea 2, competenze nel quale vengono messe in pratica tutte quelle competenze implicite nella formazione dell'ostetrica riguardando uno dei fondamentali

principi dell'assistenza che riguarda l'empowerment della donna, principio alla base di una buona relazione con la paziente.

La macrocompetenza 4 "Caring ostetrico" descrive competenze quali:

Sorveglianza sullo stato di salute del neonato alla nascita; collaborare con l'equipe in caso di neonato patologico alla nascita; realizzare la rianimazione primaria assistita nel neonato, l'analisi statistica ha dimostrato che le differenze sono statisticamente significative solo per il setting della degenza I piano vs gli altri tre ($p < 0.01$); le ostetriche della degenza I piano prestano maggiormente assistenza a puerpere e pazienti con patologia ostetrica contrariamente alle ostetriche afferenti alla degenza III piano che occasionalmente oltre all'assistenza del reparto prestano supporto alla sala parto presente al III piano. Le ostetriche degli ambulatori sono ostetriche che afferiscono a tale setting dopo aver maturato anni di esperienza dunque hanno avuto modo di sviluppare le competenze descritte dalla macroarea per questo si sono autovalutate con punteggi equivalenti a quelli delle ostetriche della sala parto.

La macrocompetenza 5 "Realizzazione-attuazione interventi assistenziali al neonato" ha dimostrato differenze statisticamente significative tra il setting della degenza I piano vs gli altri tre ($p < 0.05$). Questo dato è molto importante che evidenzia una scarsa competenza tra le ostetriche afferenti alla degenza I piano dove sono ricoverati insieme i neonati affinché venga messo in atto il rooming-in, è dunque importante uniformare la competenza riguardante l'assistenza al neonato per garantire la sicurezza dell'assistenza.

La macrocompetenza 6 "Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici" ha ottenuto differenze statisticamente significative tra il setting della degenza I piano e gli altri tre ($p < 0.05$); questo dato è spiegabile dal fatto che l'assistenza alla paziente ginecologica per le modalità organizzative è totalmente a carico della degenza III piano.

L'ultima macrocompetenza, la 7 "Realizzazione-attuazione degli interventi assistenziali nel percorso nascita" ha dimostrato che le differenze sono statisticamente significative tra il setting della degenza I piano vs gli altri tre ($p < 0.05$) perché probabilmente le competenze prese in esame dalla macroarea 7 sono competenze che riguardano maggiormente l'assistenza al travaglio e parto competenze che non vengono messe in pratica dalle ostetriche della degenza III piano per le modalità organizzative della SOD secondo le quali si afferisce al setting della sala parto solo dopo aver maturato anni di esperienza nel reparto.

È stata condotta un'ulteriore analisi per la quale ho suddiviso la popolazione presa in esame suddividendola in “esperto” (> 5 anni di esperienza) e “meno esperto” (< 5 anni di esperienza); tale limite temporale si basa sul concetto di personale “esperto” come definito dal Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2019 – 2021.

L'analisi dei risultati del questionario ha evidenziato che le ostetriche con un'esperienza lavorativa > 5 anni hanno una più alta autovalutazione nella maggior parte delle macroaree considerate, eccetto la macroarea 3 e la macroarea 6 rispetto alle ostetriche “meno esperte” (< 5 anni di lavoro).

Quanto osservato è spiegabile dal fatto che la macrocompetenza 3 “Promozione della salute/benessere globale della donna in relazione agli eventi e ai fenomeni naturali /fisiologici del ciclo della vita” riguarda un'assistenza che non rispecchia totalmente l'assistenza ospedaliera ma riguarda più che altro competenze che vengono messe in atto nel contesto di una realtà diversa, quale il consultorio.

La macrocompetenza 6 “Realizzazione-attuazione degli interventi ginecologici” per la quale anche le ostetriche con un'esperienza > 5 anni si sono autovalutate con punteggi inferiori comprende attività che vengono erogate solo nel setting della degenza III piano; dunque collocandosi le ostetriche “esperte” maggiormente nel setting della sala parto e ambulatori si trovano a “perdere” quel livello di competenza perché non prestano assistenza alla paziente sottoposta ad intervento ginecologico.

Infine, abbiamo condotto una analisi di regressione lineare volta all'analisi della relazione tra anni di esperienza e setting lavorativo con i punteggi delle macroaree relative alle macrocompetenze. In questo caso il modello è risultato statisticamente significativo solo per la *macroarea 1*, il cui punteggio è predetto dal setting lavorativo (β 1.91, IC95% 0.81-3.01, $p=0.001$).

A seguito delle analisi sono stati individuati i livelli di competenza necessari per ogni setting assistenziali basandosi sulle ostetriche più esperte per permettere la progettazione e attuazione di un nuovo modello organizzativo per il mantenimento degli standard di eccellenza attualmente riconosciuti in materia di salute materno infantile.

Questo lavoro vuole introdurre un'analisi delle competenze al fine di uniformare la formazione nell'ottica di un nuovo modello organizzativo di *rotazione del personale* nella SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'AOU delle Marche.

Il personale ostetrico, ad oggi, viene assegnato ad uno dei diversi setting con minima possibilità di rotazione. Questo può determinare un ostacolo nello sviluppo delle competenze professionali e nel mantenimento di competenze pre-acquisite.

Essendo ormai incalzante la necessità di fondare la pratica assistenziale sulla valutazione delle competenze possedute dai professionisti, non si può più prescindere da un costante aggiornamento e potenziamento delle stesse, per garantire un'assistenza qualificata ai pazienti e per favorire lo sviluppo professionale.

Nella maggior parte dei punti nascita italiani l'attività è organizzata in modo che le ostetriche ruotino nei vari setting esistenti (sala parto-area ambulatoriale-degenza) al fine di ottimizzare le risorse all'interno dello stesso Dipartimento e incentivare il mantenimento dell'expertise professionale.

4.1 Progettazione del corso accreditato ECM

La raccolta e donazione del sangue di cordone ombelicale contiene cellule che hanno un valore terapeutico nel trattamento di malattie del sangue e del sistema immunitario. La donazione volontaria, anonima e gratuita del sangue del cordone ombelicale a fini solidaristici rappresenta un livello essenziale di assistenza a totale carico del Servizio sanitario nazionale, dunque emerge la necessità di mantenere adeguate ed aggiornate conoscenze e competenze nel personale.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)³⁹.

Il presidio Salesi è uno dei centri di raccolta di sangue cordonale nelle Marche per questo è importante incrementare le donazioni e formare il personale affinché sia competente ad eseguire la procedura.

³⁹ DPCM 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

Inoltre la raccolta del sangue di cordone ombelicale rientra tra le competenze dell'ostetrica come recita l'Articolo 5 – Competenze dell' esercente la professione ostetrica, Codice Deontologico della Professione Ostetrica “L'ostetrica/o favorisce un'informazione appropriata e scientificamente aggiornata sulla raccolta e donazione di tessuti biologici – in particolare del sangue cordonale – per finalità terapeutiche e di ricerca, sostenendo una scelta libera, consapevole e solidale da parte della donna”. Ho progettato un evento formativo accreditato ECM presso il centro di formazione Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche dal titolo “Donazione, raccolta e bancaggio del sangue di cordone ombelicale”(Allegato 2).



Figura 6 Format presentazione corso ECM

L'obiettivo generale del corso è quello di ottimizzare competenze e abilità tecniche, manuali e pratiche-operative del personale sanitario nella Raccolta, donazione e bancaggio del sangue di cordone ombelicale, attraverso un percorso di formazione/approfondimento sui temi del reclutamento/selezione delle coppie, della raccolta, della conservazione e della processazione e rilascio delle cellule staminali emopoietiche del sangue del cordone ombelicale.

ORARIO	CONTENUTI	
	Argomento	Metodologia
8.30	Apertura e finalità del Corso	Lezione frontale
8.45 - 9:30	Il panorama nazionale ed internazionale attuale sulla donazione e del sangue di cordone ombelicale. Usi noti e usi alternativi del sangue da cordone ombelicale	Lezione frontale partecipata
9:30 - 10.15	Il clampaggio del cordone in corso di donazione	Lezione frontale partecipata
10.15 – 11.00	L'informazione/arruolamento delle coppie donatrici ed il consenso alla raccolta del sangue di cordone ombelicale	Lezione frontale partecipata
11.00 - 11.45	I criteri di esclusione alla donazione	Lezione frontale partecipata
11.45 – 12.45	Simulazioni - esercitazioni: Simulazione della raccolta Gestione della documentazione Gestione delle attrezzature	Esercitazione – discussione caso clinico
12.45– 13:00	Chiusura lavori e compilazione questionari ECM	Lezione frontale partecipata

Figura 5 Programma Corso di Formazione

Gliobiettivi specifici:

Acquisizione di competenze e abilità tecniche, manuali e pratiche-operative in tema di:

- informazione e richiesta di consenso informato alla donazione
- idoneizzazione delle coppie donatrici
- raccolta e identificazione del SCO
- confezionamento e trasporto
- compilazione della relativa documentazione

Il programma del corso è articolato nelle seguenti presentazioni, i quali docenti sono in fase di definizione.

La durata del corso di formazione è di 4 ore (dalle ore 8.30 alle 13.30) ed è stata richiesta la disponibilità delle aule per il mese di Settembre 2023.

Sono previste n. 2 edizioni.

I destinatari del corso sono Medici, Ostetriche, Infermieri e potranno partecipare massimo 50 discenti per edizione.

La formazione del corso di formazione è da ritenersi “a basso tenore di interattività” ovvero è ammessa la partecipazione di oltre 25 discenti.

La modalità didattica prevista è quella della lezione frontale con simulazione delle procedure ed esercitazioni a gruppi verranno fornite adeguate dispense.

Sono previsti per il corso di formazione n. 5, 2 crediti formativi ECM per partecipante. Al termine del corso verrà somministrato la valutazione dell'apprendimento consistente nell'elaborazione di un questionario per conseguire i crediti formativi previsti, la valutazione finale di gradimento del corso e la valutazione dei docenti (*Allegato 2*).

4.2 Progetto di rotazione del personale

Obiettivo generale del progetto

Progettare la riorganizzazione del personale attribuito ai diversi setting assistenziali ostetrico-ginecologici dell'AOU delle Marche attraverso un processo di pianificazione della rotazione.

Obiettivi specifici

- Analizzare e valutare i requisiti e gli standard minimi strutturali e di sicurezza della SOD e la normativa di riferimento.
- Elencare le competenze e le responsabilità della figura ostetrica che opera nei diversi setting assistenziali
- Progettare e pianificare un percorso formativo specifico dedicato alla formazione del personale ostetrico.

Le conseguenze della non attuazione del progetto sono riferibili potenziali ostacoli che potrebbero interferire con l'attuazione del progetto:

- Difficoltà nell'assunzione di personale dedicato a tale servizio;
- Resistenza e malcontento al cambiamento da parte di personale che ha sempre lavorato in un determinato contesto organizzativo;
- Assenza o insufficienza di risorse economiche e da dedicare alla formazione.

Risorse umane

La dotazione organica delle ostetriche attribuite alla SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia dell'AOU delle Marche è così distribuita:

- N. 12 ostetriche degenza I piano
- N. 14 ostetriche degenza III piano
- N. 24 ostetriche sala parto
- N. 4 ostetriche ambulatori ost-gin
- N. 2 ostetriche casa maternità

SETTING	TURNI	STANDARD MINIMI DI RIFERIMENTO
Degenza I piano	<i>Mattina/ Pomeriggio/ Notte</i>	n. 3 ostetriche mattina/pomeriggio n. 2 ostetriche notte
Degenza III piano	<i>Mattina/ Pomeriggio/ Notte</i>	n. 3 ostetriche per turno di cui n. 1 ostetrica si occupa delle attività dell'ambulatorio urgenze-emergenze
Sala parto	<i>Mattina/ Pomeriggio/ Notte</i>	n. 4 ostetriche per turno di cui n. 1 dedicata alla sala parto attiva al III piano
Ambulatori	<i>Mattina/Pomeriggio</i>	n. 1 ostetrica per turno
Casa maternità	<i>Mattina/Pomeriggio</i>	n. 1 ostetrica per turno

Tabella 15 Standard minimi di riferimento per setting

Formazione e aggiornamento continuo

Al fine di creare competenze trasversali e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori, diminuendo in tal modo le problematiche connesse e conseguenti alla rotazione, è necessario assicurare percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche tramite sessioni formative in house, per i dipendenti

Analisi di fattibilità

Rispetto agli obiettivi generali e specifici prefissati e alle relative attività programmate si mettono in evidenza tutte le risorse disponibili sia reali che potenziali, all'interno del contesto operativo considerato, valutando e mettendo in luce anche i vantaggi e i potenziali ostacoli che emergono.

Verifica e valutazione continua e periodica.

Durante tutta la durata del progetto si procede alla verifica periodica e costante circa il raggiungimento degli obiettivi prefissati per stabilire quanto essi siano stati raggiunti e siano coerenti con quanto prefissato ed individuato a priori dall'obiettivo generale e dai singoli obiettivi specifici al tempo stesso si evidenziano eventuali correttivi.

La verifica periodica degli obiettivi specifici si attua grazie a una costante valutazione delle risorse a disposizione reali e potenziali e a sua volta presuppone anche che ogni obiettivo e attività sia condizionata dalla precedente ed influenzi quella successiva.

Gestione del cambiamento organizzativo

Il “cambiamento organizzativo” (change management) è definito come l’insieme delle attività pianificate volte alla gestione del cambiamento nelle aziende. Il percorso ha un impatto sulle abitudini delle persone, che per natura mostrano sempre resistenza al cambiamento.

Il progetto può essere messo in atto previo incontro con il personale ostetrico per la condivisione dello stesso, descrivendo i criteri secondo i quali si avvierà la rotazione. Saranno stabili i periodi di rotazione, il personale incluso nel progetto e i periodi di affiancamento richiesti per l’attribuzione ai diversi setting assistenziali.

4.3 Limiti dello studio

I limiti principali di questo studio sono rappresentati dal campionamento di convenienza e dal coinvolgimento del personale ostetrico afferente esclusivamente alla SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, che non può essere considerata rappresentativa del contesto ostetrico nazionale.

I punti di forza dello studio sono stati il buon tasso di risposta dei partecipanti e la numerosità campionaria complessiva.

Un altro limite dello studio è rappresentato dal fatto che per avere un’autovalutazione più precisa avrei dovuto somministrare il questionario corredato della spiegazione della scala Guilbert per avere una maggiore consapevolezza del punteggio da assegnare.

Inoltre è importante sottolineare che le competenze autovalutate con il questionario somministrato potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi.

5. Conclusioni

Il presente progetto di analisi delle competenze delle Ostetriche afferenti alla Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale G. Salesi apre le porte alla possibilità di sperimentare un nuovo metodo di categorizzazione delle competenze ostetriche, con la speranza di far risaltare le peculiarità dell'assistenza e delle abilità specifiche di ogni figura.

Dallo studio della letteratura più recente emerge una approfondita attenzione nei confronti delle competenze e della formazione continua.

È ormai appurato che un'assistenza ostetrica di qualità si configura come obiettivo raggiungibile se, e solo se, il personale possiede livelli di competenza adeguati al contesto in cui opera quotidianamente.

Ciò è realizzabile solo nell'evenienza in cui vi sia una spinta da parte del professionista stesso ad accrescere continuamente le proprie competenze, ma anche una precisa volontà da parte del Sistema Sanitario di mettere a disposizione strumenti ed occasioni che rendano il tutto agilmente praticabile.

Le professioni sanitarie svolgono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, grazie a professionisti che contribuiscono al benessere sociale, mantenendosi responsabilmente a buoni livelli di competenza. Tali competenze acquistano a loro volta rilevanza strategica attraverso l'azione che lega l'attività del singolo a un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite dalla struttura stessa. Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo di tali competenze al contesto clinico attuale, dove l'assistenza ostetrica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali.

Nello sviluppo delle competenze riveste un ruolo chiave la formazione continua, che favorisce la crescita personale, la responsabilizzazione professionale e la carriera dell'ostetrica.

La mappatura delle competenze può essere spunto e motivazione per modificare il sistema in cui è inserito il professionista, perché implica l'analisi di diversi fattori quali la valorizzazione dell'esperienza, la centralità del soggetto, la centralità dell'apprendimento

e la formazione intesa come apprendimento permanente. Pertanto è un indispensabile passaggio obbligato sia sotto il profilo etico, sia per il momento attuale caratterizzato dalla crisi dei tipici paradigmi organizzativo-assistenziali.

Come evidenziato dal D. lgs. 229/99 art 16 bis⁴⁰ *“La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze con l’obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.*

Tale studio ha evidenziato l’importanza di avere uno strumento atto a certificare le competenze del personale, che possa invitare il professionista a riflettere e documentare le proprie abilità e capacità specifiche acquisite, per riconoscere e valorizzare le caratteristiche professionali ma anche personali.

La possibile individuazione di carenze riguardo determinati argomenti è determinante per progettare e organizzare eventi formativi per il personale dipendente al fine di uniformare le competenze per progettare una rotazione del personale nei vari setting assistenziali.

La mappatura delle competenze consente di progettare la riorganizzazione del personale attribuito ai diversi setting assistenziali ostetrico-ginecologici dell’AOU delle Marche attraverso un processo di pianificazione della rotazione.

Questo lavoro vuole introdurre un’analisi delle competenze al fine di uniformare la formazione nell’ottica di un nuovo modello organizzativo di *rotazione del personale* e nasce come bisogno riorganizzativo espresso dalle esigenze organizzative della SOD.

Per il mantenimento degli standard di eccellenza attualmente riconosciuti in materia di salute materno infantile è importante che vengano garantite e completate le dotazioni organiche al fine di garantire un’adeguata assistenza e per sopperire alle carenze di personale.

È importante sottolineare l’importanza della tempestività dell’assegnazione delle risorse e come sia necessario prevedere modalità di fidelizzazione del personale poiché il grande

⁴⁰ Decreto legislativo 229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale". Art. 16-bis. (Formazione continua)

turn over attualmente in atto rende maggiormente difficile il mantenimento degli alti standard qualitativi assistenziali raggiunti.

Una precisa programmazione e valutazione dell'assegnazione del personale ostetrico alla SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche deve considerare la necessità di trattenere personale con elevate competenze.

È fondamentale sostenere il personale affinché sia in grado di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni di salute, è pertanto necessario investire nello sviluppo professionale continuo affinché vi sia un costante ampliamento delle competenze e profilo in risposta a nuovi e mutevoli bisogni socio-sanitari della popolazione.

Questo necessita di essere collegato a percorsi di carriera che permettano di transitare all'interno di un percorso che accompagni l'ostetrica neolaureata e neoassunta ad acquisire competenze avanzate nei diversi settori dell'assistenza.

In alcuni contesti lavorativi l'ostetrica rimane allo stesso livello di carriera con possibilità di sviluppo limitate, con una prospettiva anacronistica.

È necessario garantire il riconoscimento e la valorizzazione di carriera delle competenze e dell'expertise delle ostetriche in tutti i contesti lavorativi, con particolare attenzione alla gestione della rotazione del personale.

Il personale rappresenta un elemento di valore primario e di produzione di benessere e salute ed è dunque necessario che nella scelta del metodo, per la stima dello standard e del fabbisogno, vengano prese in considerazione quelle che sono ad oggi le evidenze scientifiche presenti in letteratura: dati e risultati presenti correlano, in molti di essi, gli esiti di salute (outcomes) delle persone assistite, il numero e la qualità dei professionisti (staffing) e gli indicatori di sicurezza e di qualità delle cure. Tali correlazioni mettono in evidenza quale importanza riveste non solo la stima del fabbisogno ma anche la metodologia applicata per identificare correttamente e precisamente gli standard di presenza nei diversi setting in cui i professionisti sono impiegati, relativamente agli ambiti normati per competenza e responsabilità. Negli ultimi anni si è assistito ad una riorganizzazione complessiva del Sistema Sanitario italiano i cui obiettivi sono stati: la razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale; la razionalizzazione del costo del lavoro pubblico; il contenimento della spesa complessiva per il personale; un migliore

impiego delle risorse umane e professionali, (Ministero per la Pubblica Amministrazione, 2018; Patto per la Salute 2014-2016).

Si è superata la concezione rigida di dotazione organica, facendo spazio ad una nuova logica di programmazione del fabbisogno che risulta avere un ruolo strategico per la performance organizzativa e la qualità dei servizi (Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA, Ministero per la Pubblica Amministrazione, 2018). In questo scenario diventano determinanti rappresentazioni e definizioni innovative dei contenuti professionali e disciplinari nell'ottica di sostenere nuovi modelli organizzativi ed incentivare processi di cambiamento nell'assistenza perseguibili solo con politiche del fabbisogno di risorse che ne valorizzino il mandato istituzionale e l'operato a favore e sostegno della salute individuale e collettiva.

La valutazione del fabbisogno di personale non può prescindere dalla valutazione della migliore condizione organizzativa e operativa, ma anzi la valutazione diviene requisito essenziale per erogare ciò che nell'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale si identificano come "prestazioni ritenute essenziali" e per fornire una efficace e appropriata risposta ai bisogni sanitari della popolazione. Il contesto normativo vigente ha creato le condizioni per il riconoscimento dello sviluppo della professione ostetrica e dell'importante contributo offerto per garantire alle donne e alla collettività il diritto alla salute sessuale e riproduttiva. Al mandato che la società riconosce alla professione ostetrica è necessario rispondere con un contributo che può essere dato esclusivamente da chi la professione la esercita e ne conosce approfonditamente le caratteristiche e le modalità espressive. Fa parte di questo contributo la proposta di una metodologia con la quale definire gli standard professionali che comprendono, tra l'altro, la definizione delle risorse professionali ostetriche necessarie ad erogare un'assistenza appropriata, sicura e di qualità. Dalla definizione degli standard si costruiscono le dotazioni organiche che devono tener conto dei processi di razionalizzazione e rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale regionale (D.M. 2 Aprile 2015 n.70) dei modelli organizzativi dell'assistenza e di quelli normativi di riferimento. Sulla base dei suddetti riferimenti, relativamente all'assistenza ostetrica, la dotazione organica va correlata al numero dei posti letto, all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria e, pertanto, rapportata alla tipologia di attività, nonché alla complessità delle

patologie trattate e alla produttività della dotazione dei posti letto.

La reale rappresentazione della complessità assistenziale ostetrica, neonatale e ginecologica è data dalla capacità di dare espressione alla combinazione delle diverse dimensioni delle cure garantite dall'ostetrica/o, tracciando dei profili di assistenza in cui la tipologia e la frequenza degli interventi ostetrico-ginecologici definiscano il piano di assistenza attraverso cui si connoterà l'impegno delle ostetriche/i in termini di intensità e quantità-lavoro. L'assistenza ostetrica, neonatale e ginecologica può essere influenzata anche da elementi legati alle competenze (richieste dal contesto clinico-assistenziale, alle infrastrutture di cui si dispone, alla esperienza professionale maturata ed alla rotazione nei setting assistenziali, (Cavaliere, 2013; Sermeus, 2011).

L'impatto del numero di ostetriche/i sui tempi di esecuzione delle attività assistenziali, considerate le caratteristiche delle cure ostetrico-ginecologiche, è molto rilevante in termini di indicatori della performance ostetrica: la durata media dell'assistenza per persona/diade/famiglia è conseguente al numero di personale ostetrico disponibile nel setting assistenziale specifico. Il numero di ostetriche/i presenti può modificare, infatti, il rapporto Ostetrica/o-donna andando a mutare le priorità identificate nel processo di cura, il ritmo di esecuzione e l'organizzazione dell'assistenza ostetrica.

La definizione degli standard di presenza nelle suddette aree deve dunque tener conto che il processo clinico e assistenziale alla diade può essere gestito in autonomia dalle ostetriche che contestualmente devono dare garanzia di continuità, appropriatezza e sicurezza delle cure erogate contestualmente alla definizione di PDTA con i livelli di autonomia. Inoltre, perseguire la qualità, la sicurezza e la sostenibilità dell'assistenza, passa attraverso una politica di definizione degli standard.

La scelta di tale progetto è dettata dalla mancanza di un percorso definito di rotazione del personale che preveda l'assistenza nei diversi setting assistenziali da parte di personale ostetrico operante su un turno di servizio h24.

La rotazione tuttavia rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e future, e dall'altro ad elevare le capacità professionali complessive. Con l'attuazione della rotazione, pertanto, si possono determinare effetti

positivi sia a favore dell'AOU e della SOD, sia a favore del dipendente al quale si offre l'opportunità di accumulare esperienze in ambiti diversi, perfezionando le proprie capacità e occasioni di progresso nella carriera. Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione viene considerata uno strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane.

Sarà dunque importante calcolare il fabbisogno di personale da attribuire ad ogni setting assistenziale e stabilire precisi tempi e criteri di rotazione.

Questo studio ha rappresentato per ogni professionista coinvolto un'opportunità per effettuare un bilancio delle competenze acquisite, ovvero una attenta autovalutazione della situazione attuale, quale punto di partenza per l'elaborazione di un progetto che consenta uno sviluppo continuo delle performance.

6. Bibliografia

Sasso L., Bagnasco A., Rocco G., Zappini L. *Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie*. 1th ed. Italia: Mc Graw Hill, 2012

Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano, Masson, 1996
Guana M., *La disciplina ostetrica Teoria, Pratica e organizzazione della professione*. 1 th ed. Milano. Mc Graw-Hill, 2006

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n° 740 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o* (Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995, n° 6)

Benci, L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, 1th Ed. Milano. McGraw-Hill, 2005

Calamandrei, C. Orlandi, C., *La dirigenza infermieristica*, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, Ed. Milano, MCGraw-Hill, 2008

Isfol *"Unità capitalizzabili e crediti formativi: i repertori sperimentali"* – Milano, F. Angeli Editore, 1998

Tuffanelli L., *Il portfolio delle competenze*, Vol.1, Trento, Erikson, 2005

Camera, M. Mascolo, M.R., *Le competenze infermieristiche e ostetriche*, L.U. edizioni, 2007

Vettore, L. *L'educazione continua in medicina*, Express edizioni, 2012

Legge 1 Febbraio 2006, n. 43 *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione"*

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*. GU Serie Generale n.50, 1999

Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 – *Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN per il triennio 1998-2000*

Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206, *Attuazione della direttiva 2005/36/CE*

Scavone R.; Ausili D.; Di Mauro S., *Valutare le competenze: uno studio validato della NCS*, Italia, 2014

Levati W, Saraò M.V, *Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*. F. Angeli, Milano, 2003

A.A.V.V., *Guida all'esercizio della professione di Ostetrica/o*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002

De Pietro C., *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*. McGrawHill, Milano, 2005

Rodriguez D., *Professione ostetrica/o Aspetti di medicina legale e responsabilità*, Eleda edizioni, 2009

Guana M., Colosi A., *Proposta di Mappatura delle competenze core dell'ostetrica/o*, Lucina N. 2/2009

Calamandrei C, Orlandi C, *Manuale di management per le professioni sanitarie*, 4° edizione, McGraw-Hill Education, 2015

Sponton A., Zoppini L., Iadeluca A., Angeli C., *Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: l'utilizzo della NCS*, 2013

Calamandrei C, Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, 3 ed. Milano, McGraw-Hill. 2009.

Schon DA, *Il professionista riflessivo* 2° edizione Bari Dedalo, 2006

Ministero della Salute, *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche*, Dicembre 2012

Bernardi MT, Masiero MP, *L'analisi delle competenze nella selezione, nell'orientamento e nello sviluppo del personale, Management Infermieristico*, 2005

7. Allegati

Allegato 1 Questionario “Autovalutazione delle competenze ostetriche”

VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE OSTETRICHE – PORTFOLIO

Gentile Ostetrico/a,

chiedo la collaborazione per il mio lavoro di tesi che vuole effettuare una Mappatura delle competenze ostetriche del personale dipendente della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia attraverso la creazione di un Portfolio.

Il Portfolio è suddiviso in due parti:

La prima richiede la compilazione dei dati anagrafici e dei dati relativi alla Sua posizione lavorativa ed alla sua formazione; la seconda invece presenta una serie di competenze specifiche relative alla Sua professione.

Per ciascun item riportato nella seconda parte riporti una “X” in corrispondenza del livello di competenza che ritiene di possedere; si può assegnare un punteggio da 0 (competenza assente) a 5 (massimo grado di competenza).

Al fine di effettuare una corretta valutazione delle competenze è opportuno che ognuno faccia un’autovalutazione libera e onesta.

La ringrazio anticipatamente per la cortese collaborazione.

Ostetrica Giulia Sabbatini
CdL Magistrale Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.Lgs101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy. (Reg UE. N. 679/2016; GDPR).

CODICE ID				
ETA':				
ANNI DI ESPERIENZA				
SETTING PRESSO CUI SI PRESTA SERVIZIO attualmente:	<input type="checkbox"/> REPARTO	<input type="checkbox"/> SALA TRAVAGLIO PARTO/	<input type="checkbox"/> AMBULATORI	<input type="checkbox"/> CASA DI MATERNITA'
TEMPO DI COPERTURA DEL RUOLO NEL SERVIZIO SOPRA INDICATO:	<input type="checkbox"/> <2 anni <input type="checkbox"/> < 5 anni <input type="checkbox"/> 5-10 anni <input type="checkbox"/> 10-20 anni <input type="checkbox"/> > 20 anni			
TITOLI DI STUDIO e anno di conseguimento:	<input type="checkbox"/> Scuole per le professioni sanitarie ante Lex 341/90 "Riforma degli ordinamenti didattici" - anno conseguimento: <input type="checkbox"/> Diploma universitario vecchio ordinamento riforma universitaria contenuta del DM 509/1999 - anno conseguimento: <input type="checkbox"/> Diploma di Laurea triennale (L/SNT1-Classe delle lauree in professioni sanitarie) - anno conseguimento: <input type="checkbox"/> Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (LM-SNT1) - anno conseguimento:			
EVENTUALI MASTER o altri titoli attinenti la professione	Titolo: Anno: Titolo: Anno: Titolo: Anno: Titolo: Anno:			
titoli non attinenti la professione			
ESPERIENZE LAVORATIVE PREGRESSE			

MACROCOMPETENZE/ATTIVITA' TECNICO-PROFESSIONALI		LIVELLO DI COMPETENZA RITENUTO ACQUISITO					
		0	1	2	3	4	5
ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA ATTRAVERSO L'APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI MIDWIFERY MANAGEMENT (PMM)	Rilevare lo stato di salute globale della donna mediante la semeiotica ostetrica						
	Individuare i fattori e gli indici di rischio connessi con la salute/benessere in campo sessuale/riproduttivo						
	Rilevare lo stato di salute del feto mediante l'utilizzo di tecnologia appropriata						
	Individuare tempestivamente i segni e sintomi associati ad una anomalia, patologia ecc. e/o e disagi della sfera psicoemotiva e sociale						
	Accertamento dello stato di salute del neonato						
GESTIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE OSTETRICA, GINECOLOGICA E NEONATALE	Formulare un piano personalizzato, stabilendo le priorità assistenziali in base alla natura della diagnosi ostetrica (bassa, media e alta priorità, di benessere, basso rischio, alto rischio ostetrico, ecc.)						
	Individuare interventi nel rispetto delle evidenze scientifiche (EBM)						
	Realizzare gli interventi pianificati in autonomia, nel rispetto del "campo proprio delle attività e responsabilità professionali", nonché le prescrizioni terapeutiche e tenuto conto degli aspetti medico-legali e deontologici						
	Collaborare con lo specialista e in equipe nel processo diagnostico clinico di fronte a patologie, in particolare nelle emergenze e durante l'esecuzione di procedure mirate						
	Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro						
	Individuare le situazioni cliniche che richiedono la presenza tempestiva del medico e attivarsi rapidamente di fronte alle emergenze in attesa del medico						

	Coinvolgere la persona assistita nella definizione del piano di assistenza di base						
	Registrazione i dati clinici emersi nella fase di diagnosi e le cure erogate nella cartella clinica/ostetrica, nelle schede sanitarie, sul partogramma, sul diario clinico ecc.						
PROMOZIONE DELLA SALUTE /BENESSERE GLOBALE DELLA DONNA IN RELAZIONE AGLI EVENTI E AI FENOMENI NATURALI /FISIOLOGICI DEL CICLO DELLA VITA	Promuovere/realizzare counselling preconcezionale						
	Collaborare nella prevenzione dell'IVG e delle gravidanze indesiderate						
	Promuovere una maternità e paternità responsabile						
	Promuovere/tutelare la salute della gravida nell'ambiente di lavoro						
	Promuovere la salute della gestante, della partoriente della puerpera						
	Promuovere la salute nel neonato e del bambino						
	Promuovere l'allattamento al seno						
	Promuovere la salute della donna in menopausa/ climaterio						
	Promuovere il benessere del perineo						
	Assistenza alla donna/coppia infertile						

MACROCOMPETENZE/ATTIVITA' TECNICO-PROFESSIONALI		LIVELLO DI COMPETENZA RITENUTO ACQUISITO					
		0	1	2	3	4	5
REALIZZAZIONE – ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA	Gravidanza						
	Counseling in merito alle indagini prenatali						
	Supporto nelle procedure delle indagini prenatali invasive e non invasive						
	Controllo della gravidanza fisiologica (in autonomia)						
	valutazione e monitoraggio dello stato di benessere materno/fetale compreso quello strumentale						
	Esecuzione e interpretazione della cardiotocografia in maniera autonoma						
	Diagnosi di eventi patologici mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate (monitor parametri vitali, ctg..)						
	Partecipazione agli interventi ostetrici strumentali/chirurgici						

	Gestione dei corsi di accompagnamento nel percorso nascita						
	Assistenza/cura alla gestante affetta da patologia ostetrica						
	Parto						
	Sorveglianza dello stato di salute materno-fetale						
	Assistenza/cura al parto spontaneo (in autonomia) – pratica dell’episiotomia e della sutura						
	Relazione di aiuto alla partoriente						
	Garantire privacy della paziente						
	Diagnosi tempestiva delle anomalie del travaglio di parto e richiesta dell’intervento del medico						
	Pratica delle inderogabili misure di emergenza in assenza del medico						
	Eseguire Raccolta del Sangue di Cordone Ombelicale (compresa compilazione documentazione, corretta conservazione e invio della sacca raccolta)						
	Puerperio						
	Assistenza/cura della puerpera nel post-partum e in puerperio						
	Diagnosi precoce delle anomalie del puerperio						
	Sostegno psicoemotivo alla donna ed in merito all’allattamento materno						
	Informazione/Educazione in merito alle cure da prestare al neonato						

Allegato 2 Scheda Corso di Formazione “Donazione raccolta e bancaggio del sangue di cordone ombelicale”

CENTRO DI FORMAZIONE A.O. UNIVERSITARIA DELLE MARCHE



Dipartimento Materno Infantile

Direttore Prof. Andrea Ciavattini

DONAZIONE RACCOLTA E BANCAGGIO DEL SANGUE DI CORDONE OMBELICALE

Direttore del Corso: Prof. Andrea Ciavattini

PRESENTAZIONE:

Per motivi cogenti richiesti per le pratiche di accreditamento internazionale e strettamente legati alla Normativa Italiana e alle direttive del Centro Nazionale Trapianti, tutto il personale direttamente coinvolto nella donazione e raccolta del sangue di cordone ombelicale necessita di idonea e specifica formazione. La donazione e raccolta del sangue di cordone ombelicale rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), dunque emerge la necessità di mantenere adeguate ed aggiornate conoscenze e competenze nel personale.

OBIETTIVI GENERALI - FINALITA':

Obiettivo generale del corso è ottimizzare competenze e abilità tecniche, manuali e pratiche-operative del personale sanitario nella Raccolta, donazione e bancaggio del sangue di cordone ombelicale, attraverso un percorso di formazione/approfondimento sui temi del reclutamento/selezione delle coppie, della raccolta, della conservazione e della processazione e rilascio delle cellule staminali emopoietiche del sangue del cordone ombelicale.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Acquisizione di competenze e abilità tecniche, manuali e pratiche-operative in tema di:

- informazione e richiesta di consenso informato alla donazione
- idoneizzazione delle coppie donatrici
- raccolta e identificazione del SCO
- confezionamento e trasporto
- compilazione della relativa documentazione

ORARIO	CONTENUTI		DOCENTI
	Argomento	Metodologia	Docenti
8.30	Apertura e finalità del Corso	Lezione frontale	Da definire
8.45 -9:30	Il panorama nazionale ed internazionale attuale sulla donazione e del sangue di cordone ombelicale. Usi noti e usi alternativi del sangue da cordone ombelicale	Lezione frontale partecipata	Da definire
9:30 - 10.15	Il clampaggio del cordone in corso di donazione	Lezione frontale partecipata	Da definire
10.15 – 11.00	L'informazione/arruolamento delle coppie donatrici ed il consenso alla raccolta del sangue di cordone ombelicale	Lezione frontale partecipata	Da definire
11.00 - 11.45	I criteri di esclusione alla donazione	Lezione frontale partecipata	Da definire
11.45 – 12.45	Simulazioni - esercitazioni: Simulazione della raccolta Gestione della documentazione Gestione delle attrezzature	Esercitazione – discussione caso clinico	Da definire
12.45– 13:00	Chiusura lavori e compilazione questionari ECM	Lezione frontale partecipata	

DESTINATARI tipologia/professionalità: Medici, Ostetriche, Infermieri

Numero per edizione: 50 - 2 edizioni

Durata: 4 ore

METODOLOGIA DIDATTICA: A basso tenore di interattività: oltre 25 docenti

- Lezione frontale
- Simulazione di casi clinici / esercitazione

MATERIALE DIDATTICO: Dispense e Bibliografia ad hoc

PROVA VERIFICA APPRENDIMENTO:

Valutazione finale di gradimento

Valutazione docente

Valutazione apprendimento

CREDITI FORMATIVI: n° 5.2 per professionista