



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

La competenza ostetrica in ambito ginecologico: indagine conoscitiva su esperienze e pratiche professionali

Relatore: Dott.ssa Coletti Giada

LAUREANDA: Campagnolo Beatrice Tecla

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

ABSTRACT (italiano)	1
<i>Abstract (inglese)</i>	3
INTRODUZIONE	
CAPITOLO 1 - La figura ostetrica	5
1.1 L'Ostetrica Moderna: Dal XVI Secolo al XX Secolo	5
1.2 L'Evoluzione Normativa della Professione Ostetrica in Italia	7
1.3 La Definizione di Ostetrica/o	8
CAPITOLO 2 - Le Competenze	10
2.1 Il Concetto di Competenza	10
2.2 La classificazione delle competenze	12
2.2.1 Modelli basati su specifiche componenti della competenza	12
2.2.2 Modelli basati sulle tipologie di competenza	13
2.3 L'Apprendimento delle competenze	14
2.4 La Valutazione delle Competenze	15
2.5 Le Competenze Professionali dell'Ostetrica	17
SCOPO DELLO STUDIO	19
MATERIALI E METODI	19
Disegno dello studio	19
Campione dello studio	19
Raccolta dati e strumenti utilizzati	19
Analisi dei dati	20
RISULTATI	22
DISCUSSIONE	31
Punti di forza e limiti dello studio	34
CONCLUSIONI	36
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	39
ALLEGATI	
Allegato 1	
<i>Questionario - Il ruolo dell'ostetrica in ambito ginecologico</i>	40
Allegato 2	
<i>Percorso formativo Corso di laurea in ostetricia Università degli Studi di Padova</i>	47

ABSTRACT (italiano)

Background

Dall'antica levatrice all'ostetrica moderna, la professione ha acquisito un'identità definita e autonoma, sancita dal proprio Profilo Professionale e dalle normative vigenti. Oggi tale figura è preparata ad assistere la donna nelle diverse fasi della vita, dall'adolescenza alla menopausa, non solo attraverso il supporto al parto ma anche nella prevenzione e gestione di problematiche ginecologiche. L'ostetrica, capace di adattare le proprie competenze in base al contesto operativo, ha così assunto un ruolo ancora più ampio, rispondendo alla richiesta di assistenza nelle aree ginecologiche.

La formazione universitaria, insieme alle proprie competenze e abilità tecnico-professionali, conoscenze teoriche e capacità relazionali, rendono l'ostetrica/o la figura chiave e ideale per l'assistenza e la promozione della salute femminile.

Scopo dello studio

Lo studio si propone di indagare sul punto di vista del personale ostetrico riguardo alle competenze richieste ed attese nell'assistenza alla paziente ginecologica. Un ulteriore obiettivo che si pone lo studio è quello di ricercare come questa figura, tradizionalmente impiegata in ambito ostetrico, applichi le proprie competenze all'assistenza ginecologica e di individuare gli eventuali bisogni formativi aggiuntivi.

Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti in maniera anonima tramite un questionario *Google moduli* nel periodo compreso tra settembre 2024 e ottobre 2024. Il campione dello studio è rappresentato dal personale ostetrico operante all'interno dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Conegliano dove lavorano attualmente 35 ostetriche/i. Il questionario, basato sulla *Nurse Competence Scale* (NCS) adattata alle competenze ostetriche in ambito ginecologico, è composta da tre parti: dati descrittivi, autovalutazione delle competenze suddivise in sette sezioni della NCS, e domande conclusive, tra cui una sezione specifica per le competenze Ginecologiche e una domanda aperta sugli aspetti dell'assistenza.

Risultati

Allo studio hanno partecipato 17 ostetriche/i su 35 che lavorano all'interno dell'UOC Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Conegliano. L'analisi dei dati mostra un buon livello di competenza percepita nelle principali aree assistenziali, evidenziando anche la consapevolezza dei propri limiti e dei bisogni di miglioramento, specialmente in contesti clinici complessi. Il titolo di studio prevalente è la laurea triennale, con una variabilità di

esperienza che riflette la diversificazione delle competenze tra personale più giovane e con più anni di servizio. Le partecipanti si sentono più sicure nel supporto relazionale e nella gestione delle pazienti post-operatorie, ma avvertono una mancanza di sicurezza in ambiti come l'assistenza oncologica e le emergenze ginecologiche. Le competenze più carenti riguardano l'identificazione di aree di ricerca e l'utilizzo di risultati scientifici per migliorare l'assistenza, fattori che riflettono una formazione universitaria centrata principalmente sulle competenze cliniche pratiche. Il bisogno di ulteriori percorsi formativi emerge chiaramente, soprattutto per affrontare con maggiore sicurezza e preparazione le nuove sfide assistenziali in ambito ginecologico.

Conclusioni

Lo studio conferma il ruolo essenziale delle ostetriche nell'assistenza ginecologica, in accordo con il loro Profilo Professionale e le normative vigenti. Tuttavia, risultano presenti alcune carenze che si auspica possano essere colmate in futuro tramite adeguati percorsi formativi ed una valutazione sistematica delle competenze.

Abstract (inglese)

Background

From the ancient midwife to the modern midwife, the profession has acquired a defined and autonomous identity, enshrined in its own Professional Profile and in current regulations. Today, this figure is prepared to assist women in the different stages of life, from adolescence to menopause, not only through support in childbirth but also in the prevention and management of gynecological problems. The midwife, capable of adapting her skills according to the operational context, has thus taken on an even broader role, responding to the demand for care in gynecological areas.

University training, together with their technical-professional skills and abilities, theoretical knowledge and interpersonal skills, make the midwife/ midwife the key and ideal figure for the care and promotion of women's health.

Aim of the study

The aim of the study is to investigate the views of obstetrical staff regarding the skills required in the care of the gynecological patient. A further aim of the study is to research how this figure, traditionally employed in the midwifery field, applies their skills to gynecological care and to identify any additional training needs.

Materials and methods

Data were collected anonymously by means of a *Google forms* questionnaire during the period between September 2024 and October 2024. The sample of the study is represented by midwifery staff working within the Complex Operative Unit (UOC) of Gynaecology and Obstetrics of the Hospital of Conegliano where 35 midwives currently work. The questionnaire, based on the *Nurse Competence Scale* (NCS) adapted to gynecological midwifery competences, is composed of three parts: descriptive data, self-assessment of competences divided into seven sections of the NCS, and concluding questions, including a specific section on gynecological competences and an open question on aspects of care.

Results

Seventeen midwives out of 35 working in the Obstetrics and Gynaecology Unit of the hospital of Conegliano participated in the study. The analysis of the data shows a good level of perceived competence in the main areas of care, but also highlights awareness of limits and needs for improvement, especially in complex contexts. The prevailing qualification is a three-year degree, with a variability of experience that reflects the diversification of skills among younger staff and those with more years of service. Participants feel most confident in interpersonal support and management of

post-operative patients, but feel a lack of confidence in areas such as oncological care and gynecological emergencies. The skills most lacking concern the identification of research areas and the use of scientific results to improve care, factors that reflect a university education focused mainly on practical clinical skills. The need for further training clearly emerges, especially in order to face the new care challenges in gynecology with greater confidence and preparedness.

Conclusions

The study confirms the essential role of midwives in gynecological care, in accordance with their Professional Profile and current regulations. However, there are some shortcomings that it is hoped can be overcome in the future through innovations and the adoption of validated instruments for a more objective evaluation of midwifery skills.

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1 - La figura ostetrica

La professione ostetrica è considerata come una delle più antiche professioni al mondo, nata dalla necessità di avere una figura in grado di assistere e accompagnare le donne in uno dei momenti fondamentali e di maggiore crisi della loro vita: il passaggio dall'essere donna a madre.

Nel corso dei secoli, l'ostetrica è stata chiamata con diversi nomi, da 'comare' a 'levatrice' (colei che aiuta a 'levare', ovvero far nascere, il neonato dal corpo della madre). Nonostante le varie denominazioni, ha sempre rappresentato una figura professionale dedicata al mondo femminile, alla cura della nascita e alle malattie legate a questo ambito [2]. Il ruolo e i compiti della 'levatrice' erano riservati esclusivamente alle donne, in quanto per gli uomini tali temi erano considerati dei tabù [2]. Esse erano ritenute le uniche in grado di 'assistere' e 'prenderci cura' sia del singolo individuo che della comunità. Il sapere ostetrico veniva spesso tramandato di madre in figlia, poiché non esistevano testi o scuole che insegnassero quella che era considerata una vera e propria arte.

1.1 L'Ostetrica Moderna: Dal XVI Secolo al XX Secolo

A partire dal XVI secolo ebbe inizio un'evoluzione che, gradualmente, porterà alla professionalizzazione della figura ostetrica, a cui verranno riconosciute competenze e responsabilità, tuttora in continua trasformazione.

Nel XV e XVI secolo, l'immagine di strega-ostetrica prese piede nelle comunità, e le pratiche a essa associate vennero considerate pericolose e sospette. L'uso di erbe medicinali, la loro presenza esclusiva al parto, oltre che le voci su rituali e magie, contribuirono a renderle facili bersagli di fronte agli occhi dell'Inquisizione. Tale contesto favorì, nel periodo della Controriforma, il primo allontanamento della figura ostetrica dal parto, in favore della figura maschile del medico [1].

Il Rinascimento portò all'affermazione dell'ostetricia in senso moderno, grazie ai progressi negli studi anatomici e chirurgici [3] e alla comparizione dei primi manuali di ostetricia. Nel 1596, in Italia, venne pubblicato il primo trattato intitolato "La comare o raccoglitrice", scritto da Scipione Mercurio. Fu il primo testo in volgare rivolto all'istruzione delle future levatrici, a cui l'autore riconosceva il ruolo centrale durante il

travaglio e parto. La scelta di scrivere il trattato in volgare lo rendeva accessibile alla consultazione delle levatrici, spesso prive di istruzione formale [1].

Tuttavia, la figura del medico, favorita dalla propaganda della Chiesa e da una maggiore istruzione sui progressi delle conoscenze anatomiche si affermò nel momento del parto.

L'innovazione del forcipe, nella seconda metà del Settecento, favorì ulteriormente la crescente necessità di una presenza medica nel risolvere parti difficili [1].

L'attenzione e il primato nell'assistenza ostetrica si spostarono poi in Francia, dove ebbe origine un vero e proprio dibattito tra: i chirurghi ostetrici, medici che si occupavano di assistere le partorienti e che promuovevano la moderna 'tecnicizzazione' del parto [2]; e le levatrici, spesso escluse e che, al contrario, sostenevano un approccio più rispettoso dei ritmi naturali dell'evento nascita [1] [2]. Nel contesto rivoluzionario della Parigi di fine Settecento, si consolidò l'intervento del medico al parto diventando un dovere etico e deontologico [2]. Ciò segnò una profonda svolta nell'assistenza ostetrica e, ben presto, si diffuse in tutta Europa [3], compreso lo stato italiano, che iniziò a promuovere l'ospedalizzazione del parto e l'istituzionalizzazione di medici e levatrici, ridefinendone i rispettivi ruoli e competenze [1].

In Italia si affermano le prime scuole pubbliche per levatrici e chirurghi ostetrici, trasformando l'arte ostetrica in disciplina scientifica [3]. A partire dal XIX secolo fino alla metà del XX secolo, la nuova figura della levatrice, istruita ma subordinata al medico, si allontanò progressivamente dal suo ruolo originario di sostegno e assistenza alla donna, indebolendo quel legame di solidarietà e fiducia che si era consolidato nel corso di secoli.

Il governo del regime fascista mostrò un forte interesse nel controllo delle levatrici, considerate un valido strumento per la diffusione delle politiche governative. Nel 1926 fu creato un sindacato fascista per ostetriche che aveva come obiettivi: garantire il rispetto delle leggi, eliminare le levatrici non qualificate e stabilire delle regole sull'abbigliamento e sul corretto comportamento, anticipando quello che poi sarebbe diventato il Codice Deontologico [1]. Il potere del sindacato si consolidò con la fondazione dell'Albo Professionale delle Ostetriche (1935), che legittimò il ruolo delle levatrici all'interno della gerarchia medica, relegandole a una posizione subordinata rispetto al medico. Tuttavia, per dare un'immagine più scientifica e moderna alla professione, fu concesso il cambio del nome da "levatrice" ad "ostetrica" [1]. Pochi anni dopo, con il Regio Decreto n. 1364 del 1940, fu approvato il "Mansionario", il primo regolamento dell'esercizio Professionale delle Ostetriche [2]. Negli anni Sessanta, sempre più donne iniziarono a partorire in ospedale, allontanando ulteriormente l'evento nascita dalla figura ostetrica a favore di un modello più medicalizzato. Un ulteriore passo favorente il confinamento

delle ostetriche all'interno degli ospedali fu sancito dalla legge 833 del 1978 che, oltre ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, portò all'abolizione dell'ostetrica condotta e al divieto della libera professione per le ostetriche [1].

La professione ostetrica ha attraversato fasi alterne, caratterizzate da momenti di relativa autonomia seguiti da periodi di forte controllo e subordinazione al sistema medico. Il graduale ritorno a una concezione del parto e del ciclo vitale femminile come processi naturali ha permesso alla figura dell'ostetrica di riacquisire negli ultimi anni valore e centralità.

1.2 L'Evoluzione Normativa della Professione Ostetrica in Italia

Dalla seconda metà del XX secolo ha inizio il "*processo di professionalizzazione*" [1] della figura ostetrica. Si passa, infatti, da un rigido controllo dell'esercizio professionale a un'espressione di piena autonomia, sancita dal Profilo professionale, dal Codice Deontologico e dai percorsi formativi di base e avanzati.

Il regolamento dell'esercizio professionale delle ostetriche, noto come "Mansionario", fu modificato con il D.P.R. n. 163/1975 e successivamente completato con il Decreto Ministeriale di settembre dello stesso anno, che introdusse le "istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche" [2]. Queste normative rimasero in vigore fino al 1994, quando fu emanato il D.M. n. 740, il "Regolamento per la definizione e individuazione della figura e del profilo professionale dell'ostetrica/o".

L'introduzione del nuovo decreto, insieme alla coesistenza del precedente, generò diverse discrepanze riguardo ai compiti e alle responsabilità delle ostetriche. Tali difficoltà furono chiarite solo con l'emanazione della Legge abrogativa n. 42/1999, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" [1] [2].

La legge n. 42/1999 chiarì i concetti di responsabilità, attività e competenza. Nell'art. 1, 1° comma [1], venne eliminata la denominazione "professione sanitarie ausiliaria", sostituendola con "esercente la professione sanitaria", in riferimento alle professioni ostetriche ed infermieristiche [1], riconoscendone il ruolo e l'autonomia. Nel 2° comma [1] fu abolito il vecchio "Mansionario" e venne evidenziato il Profilo Professionale che, assieme ai decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali, agli ordinamenti didattici dei percorsi formativi universitari e post laurea, e ai codici deontologici specifici, definì il campo di attività e responsabilità delle professioni sanitarie [2].

Infine, con la legge n. 251/2000, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica",

furono ribaditi gli ambiti di responsabilità della professione ostetrica, sottolineando la capacità di riconoscere problematiche di propria competenza e di attuare piani assistenziali adeguati al conseguimento di esiti attesi [1] [2].

L'introduzione della riforma universitaria portò le università a rinnovare il percorso formativo. Si assistette all'istituzionalizzazione della figura ostetrica con il passaggio dalla Scuola per Ostetriche al Corso di Laurea triennale. Il D.M. 4/10/2000 ebbe come obiettivo la rideterminazione e aggiornamento dei settori scientifici, individuando nell'allegato 1, art. 1, il MED/47 "Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche". E il D.M. 2/4/2001 istituì le classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, tra cui quella ostetrica [1].

1.3 La Definizione di Ostetrica/o

"Midwifery" è il termine attraverso cui la disciplina ostetrica è oggi riconosciuta a livello globale. Deriva dalla parola inglese coniata nel 1483 "midwife", 'con la donna' (*mid* "con" - *wife* "donna").

La prima definizione di Ostetrica/o è stata elaborata grazie alla collaborazione di diversi organismi, tra cui la Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM - International Confederation of Midwives), che ha avuto un ruolo centrale. Nata dall'iniziativa di un gruppo di ostetriche (Belgio, 1919) si pose l'obiettivo di migliorare la formazione ostetrica e ottenere il riconoscimento della professione. L'ICM ha sviluppato solide collaborazioni con organizzazioni quali: OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e FIGO (Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia) [2]. Uno dei risultati di queste collaborazioni è stata la definizione della figura ostetrica/o che segue:

"L'ostetrica/o è una professionista che ha regolarmente frequentato e completato con successo un corso di formazione di ostetricia, riconosciuto legalmente nel Paese di appartenenza, 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 loro il necessario sostegno, cura e consulenza durante la gravidanza, il travaglio e il periodo successivo al parto, assistere i parti sotto la propria responsabilità, e 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 d'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 delle donna, alla salute sessuale e riproduttiva e alla cura del bambino.

L'ostetrica può esercitare in diversi contesti: presso il domicilio, in comunità, ospedali, cliniche o in servizi dedicati alla salute” [2]

La definizione di Ostetrica/o riflette una figura professionale qualificata e legalmente riconosciuta, che svolge un ruolo centrale nell'assistenza alla donna, sia nel campo della salute femminile che in quello della maternità. Grazie al proprio percorso formativo, è in grado di monitorare le gravidanze e gestire il parto in autonomia, sorvegliando la salute della madre e del neonato e intervenendo prontamente in caso di complicazioni o emergenze. Tuttavia, la sua funzione non si limita all'aspetto clinico.

L'Ostetrica/o è anche un'importante figura educativa, impegnata a promuovere la salute sessuale-riproduttiva e a fornire supporto alla famiglia e alla comunità. La sua attività si svolge in una varietà di contesti, dal domicilio agli ospedali, confermando versatilità e capacità di adattamento ai diversi bisogni delle persone assistite.

In conclusione, l'ostetrica/o rappresenta il pilastro fondamentale nell'assistenza e nel supporto alle donne in tutte le fasi della loro vita: nascita, infanzia, adolescenza, gravidanza, parto, puerperio, periodo fertile, menopausa e climaterio [2].

CAPITOLO 2 - Le Competenze

Il termine “competenza”, dal latino *competentia*, deriva dal verbo *cumpetere* (*cum* “con o insieme” - *petere* “chiedere o dirigersi”) e indica l’azione di “dirigersi verso un obiettivo comune”. Nel linguaggio moderno, si riferisce all’insieme delle conoscenze, abilità, capacità e attitudini che ci permettono di padroneggiare un certo argomento o di avere autorevolezza in un campo specifico, distinguendo così la “persona competente” da una “non competente”.

2.1 Il Concetto di Competenza

Lo psicologo statunitense David McClelland fu il primo a teorizzare, negli anni Settanta, il concetto di competenza, e a introdurlo come potenziale metodo di valutazione e selezione del personale, al posto dei tradizionali test di attitudine. Egli sosteneva che i test dovessero verificare le prestazioni in maniera diretta e che non si dovesse fare affidamento esclusivo sui titoli di studio, poiché questi non erano indicatori attendibili della performance lavorativa e del successo professionale [4]. McClelland definì le competenze come: *"Un'insieme di comportamenti specifici e osservabili, che supportano diverse attività della vita quotidiana, possono evolversi grazie alla formazione e all'esperienza, e comprendono anche caratteristiche tradizionalmente legate alla personalità"* [5]

Il suo approccio, che si interessava dei tratti della personalità, ebbe un risvolto importante nella gestione del personale e portò allo sviluppo di pratiche come la formazione basata sulle competenze. Questo modello si diffuse in Francia, dove Guy Le Boterf (1994), studioso francese, definì la competenza come: *“L’attivazione e combinazione di conoscenze, abilità, attitudini ed altro innanzi a situazioni specifiche, al fine di realizzare prestazioni in grado di produrre risultati che costituiscano plusvalore nel processo produttivo, sia per i clienti/utenti esterni, che per i clienti interni all’organizzazione nella quale il soggetto agisce”* [6]. Si evince che per Le Boterf, la competenza non è statica ma si adatta alle circostanze e risponde alle esigenze del contesto lavorativo.

Più in generale, Michele Pellerey (2004) identificò il concetto di competenza come: *“La capacità di far fronte a un compito, o a un insieme di compiti, riuscendo a mettere in moto e a orchestrare le proprie risorse interne, cognitive, e volitive, e a utilizzare quelle esterne disponibili in modo coerente e fecondo”* [7]. In questa interpretazione, l’autore italiano indica le *risorse interne* come conoscenze, abilità e disposizioni interne stabili (attitudine personale o comportamento), mentre, per *risorse esterne* indica persone e strumenti materiali utili a svolgere un compito o un’attività. Secondo M. Pellerey, la

competenza non è direttamente osservabile ma la sua presenza può essere dedotta cogliendo i comportamenti espressi dall'individuo e i risultati che ne conseguono.

Concordando, infine, con Gabriella Di Francesco, ricercatrice ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori), che sostiene che qualunque sia il modello o la definizione scelta, l'elemento comune a tutte rimane l'individuo.

Egli non rappresenta solo un depositario di conoscenze, ma è in grado di applicarle in modo unico e personale, adattandole alla situazione e traendo benefici per se stesso e per la collettività [8].

Nel settore sanitario, la competenza riveste un ruolo fondamentale per assicurare che i professionisti siano in grado di prevenire, curare e assistere i pazienti in maniera efficace. Non si tratta solo di scegliere e applicare gli interventi appropriati, ma di farlo con consapevolezza e umanità, mettendo al centro la persona malata e operando con compassione e rispetto.

Il concetto di competenza mette in evidenza la capacità di mettere in pratica ciò che si conosce, piuttosto che le semplici conoscenze teoriche. Negli ultimi anni, il termine competenza si è dimostrato utile nel contesto professionale, poiché ha facilitato la comprensione delle specificità di ogni professione e ha contribuito a definire gli standard di competenza necessari per tutelare la qualità. In molti Paesi, questo ha permesso di istituire e avvalorare i percorsi formativi universitari, definendo con precisione il piano di studi, obiettivi e contenuti curriculari.

L'Ostetrica/o deve bilanciare le proprie conoscenze teoriche (il sapere) e le conoscenze pratiche (il saper fare) con la capacità di relazionarsi empaticamente, mantenendo un approccio basato su conoscenze etiche (il saper essere) e conoscenze esperienziali-motivazionali (il saper divenire) [1]. La professione ostetrica ha subito significativi cambiamenti, ciò nonostante, persiste una mancanza di chiarezza e uniformità nei vari studi dedicati alla formazione delle ostetriche. La difficoltà nel definire con precisione le competenze in ambito ostetrico è legata alla natura complessa e multidimensionale della professione. Le competenze richieste non si limitano a un insieme statico di conoscenze teoriche o abilità tecniche, ma comprendono una combinazione dinamica di atteggiamenti personali, sapere scientifico, capacità pratiche e potenzialità in continua evoluzione.

2.2 La classificazione delle competenze

Per comprendere appieno il concetto di competenza, è fondamentale fare riferimento a un modello che permetta di analizzare le sue diverse dimensioni. Esistono due approcci principali:

1. *Modelli basati su specifiche componenti della competenza*: scompongono la competenza in elementi distinti, ognuno dei quali contribuisce alla capacità complessiva dell'individuo di svolgere un'attività.
2. *Modelli basati su diverse tipologie di competenze*: si concentrano sui diversi tipi di competenze che vengono combinate e utilizzate dall'individuo durante l'attività lavorativa, in base al ruolo che ricopre.

2.2.1 Modelli basati su specifiche componenti della competenza

Modello Iceberg di Spencer & Spencer

Spencer e Spencer, due allievi della scuola McClelland, definiscono la competenza come: "*Una caratteristica intrinseca di un individuo collegata ad una performance eccellente in una mansione...*". Usando la metafora dell'Iceberg (Figura 1), i fratelli Spencer articolano la competenza in due piani: una parte osservabile, ben visibile ed adattabile, e una parte nascosta, difficile da osservare e da modificare, poiché appartenente ad una dimensione intima e individuale della persona [9].

Componenti osservabili (sopra la superficie)

- *La conoscenza*: la padronanza di discipline o argomenti specifici, essenziali per l'esecuzione di un'attività professionale;
- *La Skill*: capacità di eseguire un'attività fisica o intellettuale.

Componenti nascoste (sotto la superficie)

- *Le motivazioni*: schemi mentali o inclinazioni interiori che spingono un individuo ad agire per raggiungere un obiettivo;
- *I tratti*: caratteristiche fisiche e personali che influenzano il modo in cui ci comportiamo o reagiamo di fronte a una situazione specifica;
- *L'immagine di sé*: atteggiamenti, valori personali o la percezione che la persona ha di sé [9].



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

La distinzione tra aspetti osservabili e nascosti aiuta a evidenziare la complessità della competenza, rendendo chiaro che per eccellere in un ambito professionale non è solo necessario possedere conoscenze e abilità, ma anche sviluppare una profonda comprensione di sé e delle proprie dinamiche personali.

Modello KSA (Knowledge, Skills and Ability/Aptitude)

Uno dei modelli più utilizzati e rinomati oggi, è il modello anglosassone KSA, Knowledge - Skills - Ability/Aptitude (conoscenza-competenza-qualità/attitudine), ripreso da Gian Piero Quaglino (2005). Secondo questo modello, la competenza si compone di tre elementi distintivi:

- *Knowledge* (“conoscenza”): indica il sapere teorico e concettuale di un’attività relativa ad un campo di lavoro, o studio, specifico;
- *Skills* (“competenza pratica”): indica la capacità di applicare le proprie conoscenze in un’attività pratica;
- *Ability* (“qualità o attitudine personale”): indica gli schemi mentali che spingono la persona ad interessarsi di uno specifico campo o ambito lavorativo.

Si può parlare di persona *competente* quando questa riesce a utilizzare sinergicamente le tre componenti, affrontando situazioni lavorative complesse e adattandosi alle diverse sfide professionali.

2.2.2 Modelli basati sulle tipologie di competenza

In Italia, alla fine degli anni Novanta, il modello che ottenne maggior successo fu quello proposto dalla ISFOL, un ente che si occupa della ricerca sulla formazione professionale dei lavoratori e che collabora con il Ministero del Lavoro [8].

Modello ISFOL

Secondo il modello descritto da ISFOL (Istituto per lo Sviluppo delle formazioni Professionale dei Lavoratori), le competenze vengono suddivise in tre categorie:

1. *Le competenze base:*

Le competenze base comprendono conoscenze di carattere generale e abilità tecniche che tutti possiedono. Sono fondamentali per l'inclusione e la partecipazione alla vita sociale e lavorativa. Sono i saperi minimi indispensabili alla vita quotidiana.

2. *Le competenze tecnico-professionali:*

Le competenze tecnico-professionali, definite anche *Hard Skills* (“competenze dure e immutabili”), comprendono l'insieme di conoscenze e capacità tecniche strettamente legate all'attività professionale del settore specialistico di riferimento.

3. *Le competenze trasversali:*

Le competenze trasversali, definite anche *Soft Skill* (“competenze morbide e malleabili”), non sono legate ad un'attività specifica, ma sono capacità trasferibili e applicabili in diversi contesti lavorativi e quotidiani. La trasferibilità è la qualità di una competenza che può essere sfruttata in situazioni divergenti ed è ciò che la contraddistingue dalle *hard skills*. ISFOL identifica come competenze trasversali:

- *Diagnosticare*: prestare attenzione, percepire, interpretare e rappresentarsi;
- *Relazionarsi*: riconoscere sé e l'altro, ascoltare, comunicare e cooperare;
- *Affrontare*: assumersi responsabilità, progettare, prendere iniziative e decisioni [10].

2.3 L'Apprendimento delle competenze

Modello Miller

Il modello Miller, noto anche come “piramide dell'apprendimento”, è un quadro gerarchico che descrive i livelli progressivi di apprendimento e competenza che uno studente deve raggiungere per essere considerato professionista competente. Creato da George E. Miller nel 1990, questo modello viene utilizzato principalmente nella valutazione delle competenze in ambito educativo, in particolare nella formazione medica. Il modello piramidale è composto da 4 livelli, di cui quelli inferiori fungono da fondamenta per quelli superiori e successivi (Figura 2) [11].

1. *Knows (sapere)*: la base della piramide rappresenta la *conoscenza* teorica e si riferisce al sapere e alla comprensione dei fatti, delle teorie e dei concetti relativi a una determinata disciplina.
2. *Knows How (sapere come)*: il secondo livello rappresenta la *competenza* e si valuta l'abilità dello studente di applicare e utilizzare le conoscenze acquisite nella risoluzione di problemi, elaborazione di concetti.

In questi primi due livelli lo studente viene valutato attraverso test scritti e orali.

3. *Shows How (mostra come)*: il terzo livello rappresenta la *performance*, ovvero la capacità di dimostrare l'applicazione delle conoscenze, e abilità acquisite, in un ambiente sicuro. In ambito medico, al fine di valutare le competenze cliniche acquisite si utilizza, l'esame strutturato, Objective Structured Clinical Examination (OSCE), e/o la simulazione di uno scenario clinico con casi reali.
4. *Does (fare)*: il quarto livello rappresenta *l'azione* in un contesto professionale reale. Lo studente non solo dimostra di sapere cosa fare e come farlo, ma lo applica con efficacia nella pratica clinica quotidiana. Quest'ultimo livello si valuta attraverso la diretta osservazione della *performance* in ambiente lavorativo [11].

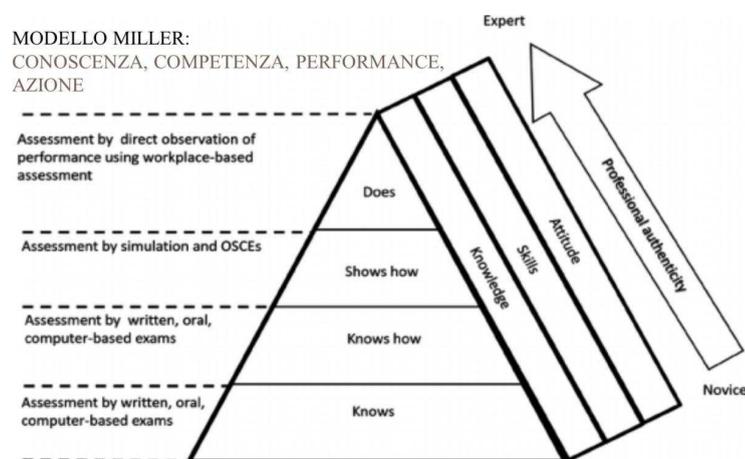


Figura 2: “Miller's pyramid of clinical competence”, La piramide di Miller sulla competenza clinica (11)

Il modello Miller è ampiamente utilizzato nella valutazione delle competenze professionali poiché delinea chiaramente i vari passaggi che portano uno studente a diventare un professionista. Inoltre, è applicabile non solo in ambito medico ma in qualsiasi settore in cui la pratica professionale si basa sull'apprendimento continuo integrando conoscenze teoriche e pratica.

2.4 La Valutazione delle Competenze

La valutazione delle competenze è un processo nel quale vengono identificate, osservate e giudicate le competenze di una persona, sia essa uno studente o un lavoratore, in un contesto educativo o professionale. È un processo utile sia per i lavoratori che per i settori lavorativi dove la qualità del servizio ha un impatto diretto sugli utenti, come nel settore sanitario. Da un lato, consente al lavoratore di individuare i propri punti di forza e riconoscere le aree che necessitano di miglioramento, promuovendo l'autoconsapevolezza e fornendo una guida per lo sviluppo professionale continuo. Dall'altro, la valutazione

delle competenze risulta essere un elemento fondamentale per il buon funzionamento delle organizzazioni lavorative. Nei contesti professionali, la valutazione continua delle competenze permette di: assicurare prestazioni elevate, migliorando l'efficacia e la qualità dei processi aziendali o dei servizi erogati; promuovere lo sviluppo di nuove competenze, definendo percorsi di crescita e piani di formazione in base ai bisogni individuali dei lavoratori e del team; ottenere certificazioni e qualifiche avanzate, riconosciute a livello nazionale e internazionale; e infine, allinearsi alle esigenze strategiche e operative poste dal contesto lavorativo in continua evoluzione.

In Italia ad oggi, non risulta un modello unico per la valutazione e autovalutazione delle competenze. I seguenti rappresentano alcuni degli strumenti e metodi utilizzati in ambito medico e sanitario.

Modello Dreyfus & Dreyfus

Il modello Dreyfus & Dreyfus, sviluppato negli anni Ottanta dai fratelli Stuart e Hubert, descrive le fasi dello sviluppo e dell'apprendimento delle competenze che l'individuo acquisisce tramite la pratica e l'esperienza. Il modello dei fratelli venne ripreso da Patricia Benner, teorica infermieristica, che lo adattò alla professione infermieristica [12]. Il modello identifica cinque fasi, ognuna delle quali rappresenta un diverso livello di competenza:

1. *Novice (Novizio)*: l'infermiere *novizio*, o studente, possiede conoscenze teoriche e pratiche cliniche che, tuttavia, ha difficoltà ad applicare. Dimostra scarsa flessibilità e, spesso, ha una limitata esperienza nell'assistenza ai pazienti.
2. *Advanced Beginner (Principiante Avanzato)*: l'infermiere *principiante* (esperienza minima di 6 mesi) riesce a identificare la situazione clinica del proprio paziente ma non è in grado di individuare le priorità e di applicare interventi assistenziali efficaci, necessita di supporto da parte di un professionista competente.
3. *Competent (Competente)*: l'infermiere *competente* (dopo 2 o 3 anni di esperienza) possiede capacità intuitive maggiori ed è in grado di valutare una situazione complessa, riconoscendone gli aspetti rilevanti. È in grado di programmare piani assistenziali e obiettivi a lungo termine.
4. *Proficient (Abile)*: l'infermiere *abile* (oltre 3 anni di esperienza) è in grado di fare una rapida analisi e sintesi della situazione clinica. Ha maggiore capacità di prendere decisioni e di adattare il piano di assistenza di fronte a qualsiasi imprevisto, dimostrando prontezza e flessibilità.

5. *Expert (Esperto)*: l'infermiere *esperto*, grazie all'esperienza e alle capacità intuitive, riconosce schemi clinici poco evidenti e combina le proprie competenze, proponendo soluzioni innovative per la gestione di problematiche complesse [12].

Mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise

Il mini-CEX, o Mini Esercizio di Valutazione Clinica, è uno strumento di valutazione progettato per fornire un feedback immediato sulle competenze cliniche. È utilizzato principalmente per valutare gli studenti di medicina, specializzandi e altri professionisti sanitari, come l'Ostetrica/o. La valutazione viene fatta tramite l'osservazione diretta della *performance* in un contesto clinico reale [13].

NCS - Nurse Competence Scale

Il NCS, o *Nurse Competence Scale*, è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche. Sviluppata in Finlandia tra il 1997 e il 2003, la scala NCS venne sperimentata in diversi reparti ospedalieri e somministrata sia a infermieri novizi che esperti. Oltre alla Finlandia, venne sperimentata e validate da molti altri paesi, tra cui l'Italia (2009) [14].

La scala è stata sviluppata ispirandosi al quadro delle competenze definito da P. Benner, è suddivisa in 7 sezioni, ciascuna delle quali prevede una serie di competenze specifiche per un totale di 73 item:

1. Competenza di presa in carico (7 item)
2. Competenze di educazione (16 item)
3. Competenze diagnostiche (7 item)
4. Competenze di gestione della situazione (8 item)
5. Interventi terapeutici (10 item)
6. Assicurare la qualità (6 item)
7. Ruolo ricoperto (19 item) [14]

La NCS viene considerata come uno strumento fondamentale per la valutazione, il miglioramento e lo sviluppo delle competenze infermieristiche, contribuendo alla crescita professionale individuale ed al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

2.5 Le Competenze Professionali dell'Ostetrica

Come sancito dalla Legge n° 42/1999, il campo proprio di attività, responsabilità e competenza della professione sanitaria ostetrica è determinato da:

- Decreto Ministeriale del Profilo Professionale,
- Ordinamento Didattico dei percorsi universitari di laurea e formazione post-base;
- Codice Deontologico.

L'ostetrica/o è una professionista sanitaria competente che ha affrontato con successo il corso di laurea in Ostetricia e che è iscritta regolarmente all'Albo professionale. Secondo il Profilo Professionale dell'Ostetrica/o, Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n°740 Art. 1, l'Ostetrica/o partecipa:

- “a) ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità;*
- b) alla preparazione psicoprofilattica al parto;*
- c) alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici;*
- d) alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;*
- e) ai programmi di assistenza materna e neonatale.” [15]*

Il Codice Deontologico è considerato un “documento in progress” [2], che necessita di costanti revisioni e aggiornamenti per adeguarsi ai bisogni dati dal contesto culturale e alla continua evoluzione della competenza ostetrica. Esso stabilisce i principi e le norme che l'Ostetrica/o deve rispettare per la tutela dell'assistito e per garantire un esercizio eticamente responsabile e corretto della propria professione [16].

Secondo il Codice Deontologico vigente, aggiornato nel Giugno 2010 dal Consiglio Nazionale e dalla FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica), nell'Art.5 “Competenze dell' esercente la professione ostetrica”, l'Ostetrica/o: *“...si prende cura della donna e l'assiste durante la gravidanza, il parto e nel puerperio; conduce e porta a termine in autonomia parti esclusivamente fisiologici con propria responsabilità; presta assistenza al neonato. Inoltre, l'ostetrica/o collabora, nell'ambito delle sue competenze, con il medico specialista all'espletamento del parto anche quando non fisiologico.” [17]*

E in particolare nell'ambito della salute femminile ginecologica, l'Ostetrica/o: *“...per quanto di sua competenza e in una visione olistica della salute della donna – partecipa, tra l'altro, all'educazione della sessualità sia nella specifica attività assistenziale sia con percorsi formativi a livello sociale; alla promozione della fertilità; all'accompagnamento nei percorsi assistenziali di procreazione medicalmente assistita; alla tutela e all'attuazione della procreazione responsabile; alla preparazione e all'assistenza degli interventi ginecologici; alla prevenzione e all'accertamento delle patologie, con particolare attenzione ai tumori della sfera genitale femminile; alla pianificazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziale nell'area ostetrico-ginecologica e neonatale; al sostegno delle cure primarie a livello territoriale.” [17]*

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è individuare il punto di vista del personale ostetrico di fronte alle competenze richieste ed attese in ambito dell'assistenza alla paziente ginecologica attraverso uno strumento di autovalutazione delle competenze raggiunte. Si intende quindi identificare come l'Ostetrica/o, tradizionalmente impiegata in ambito ostetrico, utilizzi le proprie competenze nell'assistenza alle pazienti ginecologiche. L'obiettivo finale è dunque individuare il punto di vista del personale ostetrico ed evidenziare i bisogni formativi e educativi aggiuntivi, affinché possano affrontare con efficacia il loro ruolo nell'ambito ginecologico.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Studio osservazionale trasversale condotto attraverso la somministrazione di un questionario di autovalutazione delle competenze.

Campione dello studio

Il campione dello studio è rappresentato dal personale ostetrico operante all'interno del Presidio Ospedaliero di Conegliano. Presidio ospedaliero appartenente all'azienda Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 2 "Marca Trevigiana". Nell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia di Conegliano lavorano attualmente 35 ostetriche/i che svolgono la loro professione a rotazione nei seguenti contesti: sala parto, degenza ostetrica, degenza ginecologica e ambulatori ostetrici e ginecologici.

Fino al 2020 le attività di assistenza ginecologica all'interno dell'UOC erano svolte da personale infermieristico, ma a causa della crescente necessità di infermieri determinato dalla pandemia COVID-19, il personale è stato redistribuito e l'assistenza delle pazienti ginecologiche è stata affidata al personale ostetrico.

Raccolta dati e strumenti utilizzati

Il questionario (Allegato 1) è stato elaborato a partire dalla *Nurse Competence Scale* (NCS), una scala validata per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche, che è stata adattata al contesto ed alle competenze ostetriche attese e richieste in ambito ginecologico; creando un questionario *ad hoc*. Il livello di competenza autovalutata è stato misurato su scala Likert con valori da 0 (livello nullo di competenza) a 10 (livello ottimo di competenza).

Il questionario è composto da 3 parti:

1° parte - Dati descrittivi

- Tipologia di titolo di studio posseduto;
- Università frequentata nel Corso di Laurea in Ostetricia;
- Anni di servizio;
- Area esperienza lavorativa principale;
- Esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o ambulatorio ginecologico;
- Tempo di esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o ambulatorio ginecologico.

2° parte - Autovalutazione delle competenze

La seconda parte, rivolta all'autovalutazione delle competenze dell'Ostetrica/o, è stata suddivisa nelle 7 sezioni identificate dalla *Nurse Competence Scale* (NCS):

1. Competenza di presa in carico: composta da 7 *item*;
2. Competenze di educazione: composta da 3 *item*;
3. Competenze diagnostiche: composta da 5 *item*;
4. Competenze di gestione della situazione: composta da 6 *item*;
5. Interventi terapeutici: composta da 7 *item*;
6. Assicurare la qualità: composta da 4 *item*;
7. Ruolo ricoperto: composta da 10 *item*.

3° parte - Domande conclusive

La terza parte del questionario è suddivisa da:

- Sezione 8: composta da 5 *item* sull'autovalutazione di competenze specifiche richieste in ambito ginecologico;
- Una domanda a risposta aperta su quali sono gli aspetti dell'assistenza o competenze dove si sentono più sicure e quali, invece, si sentono meno sicure e/o necessitano di un ulteriore approfondimento.

La raccolta dati è avvenuta in modo anonimo tramite la diffusione del questionario redatto sulla piattaforma *Google Moduli* via mail istituzionale. Il personale Ostetrico ha potuto accedere alla compilazione dello stesso grazie ad uno specifico *link* nel periodo compreso tra settembre 2024 e ottobre 2024.

Analisi dei dati

I dati reperiti attraverso il questionario sono stati inseriti in un Database di Microsoft Excel attribuendo un ID progressivo. Successivamente tutti i record sono stati estratti ed importati nel software Jamovi 2.3.21 per l'elaborazione statistica. La descrizione del

campione e l'analisi delle risposte al questionario è stata effettuata mediante l'utilizzo della statistica descrittiva (media e deviazione standard, mediana e scarto interquartile, frequenze percentuali e moda).

Le analisi sono state condotte con l'ausilio del software Jamovi 2.3.21 e della rappresentazione delle risposte automaticamente prodotta dalla piattaforma *Google Moduli*.

RISULTATI

Delle 35 ostetriche/i impiegate all'interno dell'UOC Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Conegliano hanno risposto 17 ostetriche/i (48,6%).

1° parte - "Dati descrittivi"

Item 0.1: Titolo di studio posseduto dai partecipanti

- Scuola per le professioni sanitarie: 1 (5,9%)
- Diploma universitario vecchio ordinamento: 0
- Laurea triennale: 9 (52,9%)
- Laurea magistrale: 4 (23,5%)
- Master di primo livello: 3 (17,6%)
- Master di secondo livello: 0
- Dottorato: 0

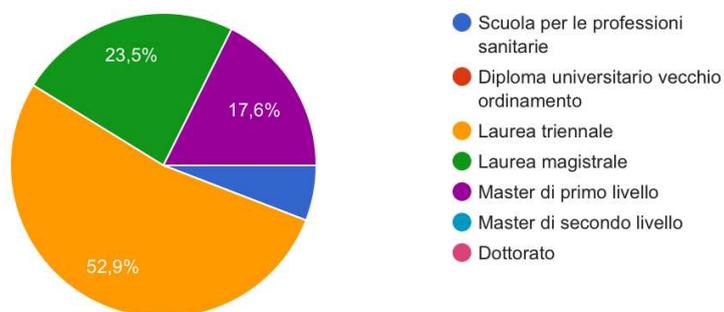


Figura 3: Titolo di studio posseduto

Item 0.2: Università frequentata dai partecipanti durante il Corso di Laurea in Ostetricia

- Università di Padova: 9 (52,9%)
- Università di Udine: 3 (17,6%)
- Università di Ferrara: 2 (11,8%)
- Scuola di formazione professionale di Ostetricia di Venezia: 1 (5,9%)
- Università di Perugia: 1 (5,9%)
- Università di Messina: 1 (5,9%)

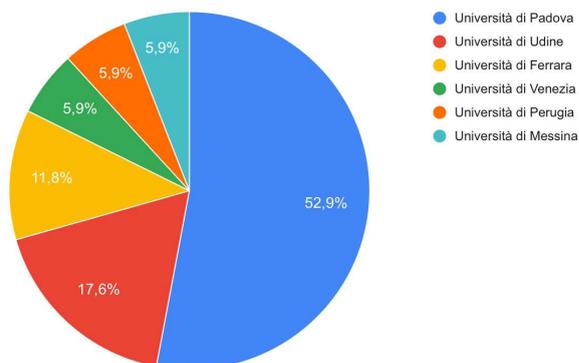


Figura 4: Università frequentate

Item 0.3: Anni di servizio

- Meno di un anno: 2 (11,8%)
- Da 1 a 5 anni: 6 (35,3%)
- Da 6 a 10 anni: 5 (29,4%)
- Più di 10 anni: 4 (23,5%)

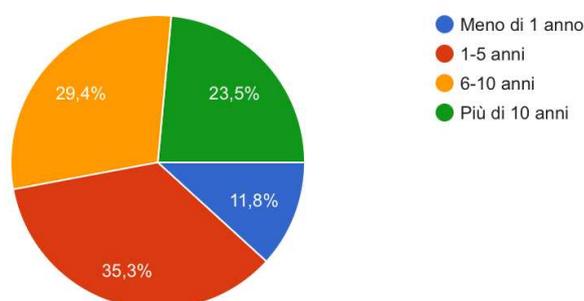


Figura 5: Anni di servizio

Item 0.4: Esperienza lavorativa principale

- Sala parto: 12 (70,6%)
- Ambulatorio ostetrico (CTG, gravidanza ad alto rischio, gravidanza a basso rischio, ecografia ostetrica, diagnosi prenatale): 2 (11,8%)
- Ambulatorio ginecologico (visite ginecologiche post dimissione, pap test, ecografia ginecologica I-II livello, riabilitazione pavimento pelvico, tamponi, HSC diagnostiche, colposcopia, uroginecologia, oncologico, ecc.): 3 (17,6%)
- Degenza ostetrica e/o puerperio: 13 (76,5%)
- Degenza ginecologica: 8 (47,1%)
- Pronto soccorso ostetrico: 2 (11,8%)
- Altro: 0

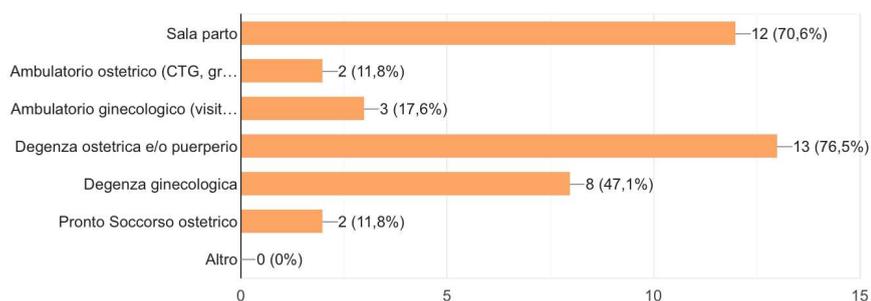


Figura 6: Esperienza lavorativa principale

Item 0.5: Esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico

- Sì: 16 (94,1%)
- No: 1 (5,9%)

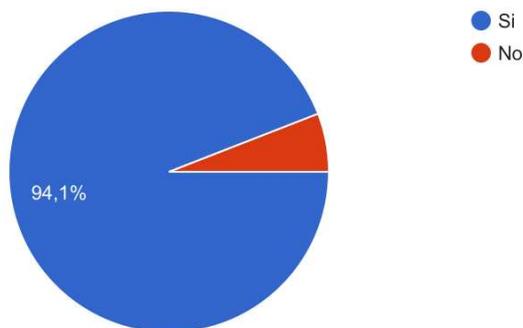


Figura 7: Esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico

Item 0.6: Tempo di esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico

- Meno di un mese: 1 (5,9%)
- Da 1 a 3 mesi: 0
- Da 4 a 6 mesi: 3 (17,6%)
- Da 7 a 12 mesi: 5 (29,4%)
- Più di un anno: 7 (41,2%)
- Mai o solo durante il tirocinio nel percorso di studi: 1 (5,9%)

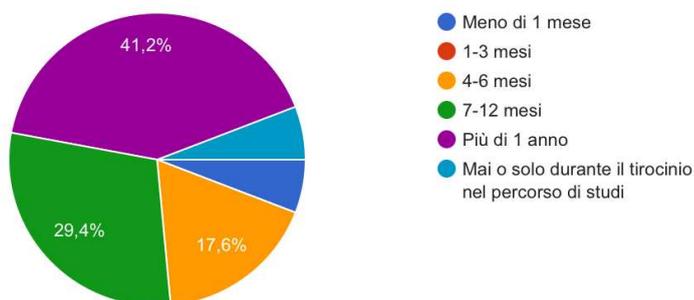


Figura 8: Tempo di esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico

2° parte - "Autovalutazione delle competenze"

Sezione 1 - Competenza di presa in carico

- *Item 1.1:* Possedere conoscenze approfondite sulle patologie ginecologiche e sugli interventi ginecologici in modo da pianificare un'adeguata assistenza nella presa in carico della paziente;
- *Item 1.2:* Attenersi i protocolli e/o linee guida nella presa in carico delle pazienti;
- *Item 1.3:* Pianificare e modificare l'assistenza in riferimento ai bisogni della singola paziente;
- *Item 1.4:* Relazionarsi in modo adeguato alle pazienti e saper scegliere l'approccio comunicativo più idoneo alla situazione e alla necessità della donna;
- *Item 1.5:* Supportare la paziente durante l'accesso in ambulatorio o degenza anche nei momenti più critici;

- *Item 1.6:* Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa;
- *Item 1.7:* Fondare la presa di decisioni su valori etici.

<i>Item</i>	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7
Media	6,76	7,94	7,71	8,35	8,18	7,53	7,88
Mediana	7	8	8	8	8	7	8
Moda	8	7	8	9	8	7	7
Deviazione standard	1,71	1,25	1,61	0,996	1,13	1,42	1,32
Scarto Interquartile (IQR)	2	2	0	1	2	1	2
Minimo	3	6	4	7	6	6	6
Massimo	10	10	10	10	10	10	10

Tabella I: Risultati Sezione 1 - Competenze di presa in carico

Sezione 2 - Competenze di educazione

- *Item 2.1:* Riconoscere i bisogni di educazione della paziente paziente e dei familiari, fornendo loro un'adeguata formazione;
- *Item 2.2:* Attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali;
- *Item 2.3:* Contribuire alla formazione del personale neo-assunto e degli studenti in tirocinio.

<i>Item</i>	2.1	2.2	2.3
Media	7,47	7,82	6,35
Mediana	8	8	7
Moda	8	8	7
Deviazione standard	1,84	1,33	2,74
Scarto Interquartile (IQR)	2	1	2
Minimo	3	4	0
Massimo	10	10	10

Tabella II: Risultati Sezione 2 - Competenze di educazione

Sezione 3 - Competenze diagnostiche

- *Item 3.1:* Analizzare e accertare lo stato di salute e i bisogni della paziente;
- *Item 3.2:* Organizzare per la paziente eventuali consulenze con un esperto;
- *Item 3.3:* Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'équipe l'osservazione della paziente;
- *Item 3.4:* Concorre a sviluppare con gli altri membri dell'équipe l'uso di strumenti diagnostici (es. scale di valutazione);
- *Item 3.5:* Gestire e migliorare la documentazione della paziente assistita.

<i>Item</i>	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
Media	7,59	7,41	7,94	7,12	7,71
Mediana	8	7	8	8	8
Moda	8	7	8	8	8
Deviazione standard	1,84	1,12	1,25	1,83	1,57
Scarto Interquartile (IQR)	1	1	2	3	3
Minimo	3	5	5	4	5
Massimo	10	10	10	10	10

Tabella III: Risultati Sezione 3 - Competenze diagnostiche

Sezione 4 - Competenze di gestione della situazione

- *Item 4.1*: Riconosce precocemente situazioni critiche per la vita della paziente e agire appropriatamente (es. complicazioni emorragiche, trombo-emboliche, gastrointestinali ed infettive);
- *Item 4.2*: Ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni;
- *Item 4.3*: Concorrere ad individuare momenti di confronto con l'équipe su casi assistenziali quando necessario;
- *Item 4.4*: Sostenere i membri dell'équipe e gestire le situazioni di cambiamento;
- *Item 4.5*: Pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili;
- *Item 4.6*: Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente.

<i>Item</i>	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
Media	7,18	7,82	7,82	7,65	7,88	7,82
Mediana	8	8	8	7	8	8
Moda	8	8	8	7	8	8
Deviazione standard	1,74	1,51	1,19	1,11	1,17	1,24
Scarto Interquartile (IQR)	2	2	1	1	1	2
Minimo	3	4	6	6	6	5
Massimo	10	10	10	10	10	10

Tabella IV: Risultati Sezione 4 - Competenze di gestione delle situazioni

Sezione 5 - Interventi terapeutici

- *Item 5.1*: Pianificare le proprie attività in relazione alla situazione clinica della paziente;
- *Item 5.2*: Prendere le decisioni riguardo all'assistenza, personalizzandola per ogni paziente;
- *Item 5.3*: Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle dell'équipe;

- *Item 5.4:* Eseguire interventi terapeutici nel rispetto dei protocolli e/o linee guida;
- *Item 5.5:* Valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza alla paziente;
- *Item 5.6:* Possedere conoscenze approfondite sulle patologie ginecologiche sugli interventi ginecologici in modo da attuare appropriati interventi terapeutici;
- *Item 5.7:* Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari.

<i>Item</i>	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7
Media	8,12	8,12	8,12	8,24	7,06	6,53	6,59
Mediana	8	8	8	8	7	7	7
Moda	8	8	8	8	7	7	7
Deviazione standard	1,11	1,22	1,11	1,35	1,85	1,74	1,77
Scarto Interquartile (IQR)	2	2	2	2	2	1	2
Minimo	6	6	6	6	3	3	3
Massimo	10	10	10	10	10	10	10

Tabella V: Risultati Sezione 5 - Interventi terapeutici

Sezione 6 - Assicurare la qualità

- *Item 6.1:* Identificare aree di approfondimento e/o di ricerca nell'assistenza alla paziente;
- *Item 6.2:* Contribuire all'identificazione di criticità nell'assistenza alla paziente;
- *Item 6.3:* Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione della paziente per l'assistenza erogata;
- *Item 6.4:* Utilizzare i risultati della ricerca per integrare e migliorare l'assistenza erogata.

<i>Item</i>	6.1	6.2	6.3	6.4
Media	6,35	7,12	7,12	6,65
Mediana	6	8	8	7
Moda	7	8	8	8
Deviazione standard	2,12	1,80	1,83	1,90
Scarto Interquartile (IQR)	2	2	2	2
Minimo	3	3	3	3
Massimo	10	10	10	10

Tabella VI: Risultati Sezione 6 - Assicurare la qualità

Sezione 7 - Ruolo ricoperto

- *Item 7.1:* Riconoscere il bisogno di supporto e di aiuto dei colleghi;
- *Item 7.2:* Essere consapevole dei propri limiti;

- *Item 7.3:* Riconoscere l'identità professionale come una risorsa per per la professione ostetrica;
- *Item 7.4:* Coordinarsi con i membri dell'équipe in merito alla distribuzione delle attività;
- *Item 7.5:* Agire autonomamente;
- *Item 7.6:* Migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze e competenze;
- *Item 7.7:* Mettere in atto strategie per controllare le proprie emozioni anche di fronte a situazioni critiche;
- *Item 7.8:* Conoscere la documentazione ed i programmi necessari per l'assistenza e gestione della paziente;
- *Item 7.9:* Erogare un'assistenza globale e flessibile alla paziente;
- *Item 7.10:* Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro.

<i>Item</i>	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.9	7.10
Media	8,12	8,53	8,06	7,65	8,24	7,71	8,00	8,00	8,29	8,42
Mediana	8	8	8	8	8	8	8	8	9	8
Moda	8	8	8	7	8	8	8	8	9	8
Deviazione standard	1,27	1,18	0,966	1,77	1,09	0,985	1,17	1,12	1,16	1,48
Scarto Interquartile (IQR)	2	2	1	2	2	1	2	0	2	2
Minimo	6	7	7	3	7	6	6	6	6	5
Massimo	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Tabella VII: Risultati Sezione 7 - Ruolo ricoperto

3° parte "Domande conclusive"

Sezione 8 - Competenze specifiche

- *Item 8.1:* Fornire corrette indicazioni alla paziente relative alla preparazione dell'intervento previsto,
- *Item 8.2:* Interpretare correttamente le indicazioni pre- e post-operatorie per poter fornire un'adeguata assistenza alla paziente in tutte le fasi;
- *Item 8.3:* Identificare l'intervento ginecologico (fasi, tempi e possibili complicanze), le procedure pre-, intra- e post-operatorie del relativo intervento e applicarle correttamente nella fase di assistenza alla paziente;
- *Item 8.4:* Individuare dalla descrizione dell'intervento la tipologia e gli elementi necessari per il proprio operato e per fornire un'adeguata assistenza alla paziente;
- *Item 8.5:* Conoscere le varie tipologie di presidi e saperli gestire correttamente.

<i>Item</i>	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
Media	8,29	8,18	7,76	7,71	7,76
Mediana	9	8	8	8	8
Moda	9	8	7	7	7
Deviazione standard	1,61	1,70	1,60	1,72	1,15
Scarto Interquartile (IQR)	1	1	2	2	2
Minimo	3	3	3	3	6
Massimo	10	10	10	10	10

Tabella VIII: Risultati Sezione 8 - Competenze specifiche

Sezione	1	2	3	4	5	6	7	8
Media	7,76	7,22	7,55	7,70	7,54	6,81	8,08	7,94
Deviazione standard	1,42	2,11	1,54	1,33	1,61	1,90	1,23	1,55
Mediana	8	8	8	8	8	7	8	8
Scarto Interquartile (IQR)	2	1	1	1,25	2	2	2	2
Moda	8	8	8	8	7-8	8	8	8

Tabella IX: Tabella riassuntiva dei risultati delle sezioni

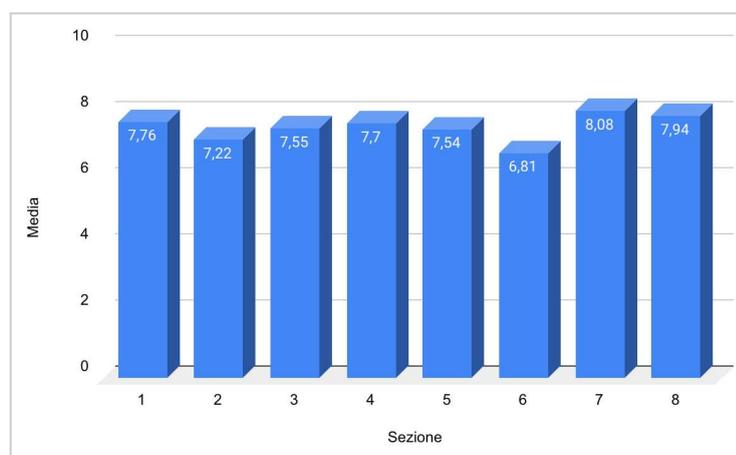


Figura 9: Grafico rappresentativo della media per sezione

Media	7,67
Deviazione standard	1,56
Mediana	8
Scarto Interquartile (IQR)	2
Moda	8

Tabella X: Tabella riassuntiva dei risultati del questionario

Domanda aperta - *Item 9.1*: Come professionista quali sono gli aspetti dell'assistenza o competenze dove ti senti più sicura? In quali invece sei meno sicura o senti la necessità di un ulteriore approfondimento?

Non avendo mai lavorato in degenza ginecologica, quell'ambito necessita di essere molto approfondito. La degenza ostetrica è attualmente l'ambiente dove mi sento più sicura.
Più sicura: accompagnamento della paziente in tutto il percorso assistenziale durante la degenza, sostegno e supporto della paziente, gestione della situazione clinica pratica Meno sicura: gestione delle emergenze
Sicura nella relazione con il paziente e meno sicura nel cambio di gestione in pazienti complessi di base (patologia a carico)
Più sicura nel rapporto con il pz e attuazione di protocolli e linee guida, meno sicura nel saper utilizzare strumenti di valutazione e ricerca, nonché coordinazione con equipe
Dettaglio intervento
Fornire assistenza e supporto alle pazienti operande e operare. Necessità di approfondimento su varie tipologie di interventi simili tra loro ma diversi nel dettaglio
Mi sento più sicura nell'assistenza di pazienti chirurgiche, mentre sentirei la necessità di approfondire l'assistenza a pazienti oncologiche e/o anziane con commorbidità
Infermieristica chirurgica,
Competenze relazionali e di gestione delle priorità ed emergenze. Meno sicura nella conoscenza dei singoli interventi e patologie
Mi sento più sicura sulla gestione della pziente e la comunicazione con essa. Meno sicura nella conoscenza dettagliata degli interventi chirurgici.
Mi sento più sicura nella gestione del post operatorio. meno sicura nel riconoscimento di sintomi di patologia medica
.
.
Mi sento sicura nell'approccio empatico alla paziente, ho bisogno di approfondire l'aspetto infermieristico
Mi sento più sicura nella gestione e presa in carico della paziente. Mi sento meno sicura quando ci sono pazienti ginecologiche da gestire con terapie farmacologiche e patologie particolari.
Ulteriori approfondimenti degli interventi, sia da parte degli operatori sia con corsi di aggiornamento specifici in materia
Sento la necessità di approfondimento in caso di nuove tipologie di interventi chirurgici e nuove strumentazioni

Figura 10: Risposte relative all'item 9.1

DISCUSSIONE

L'Ostetrica/o è da sempre una figura dedicata alla salute femminile, in tutte le sue fasi, e una professione in continua evoluzione come evidenziato dall'excursus storico [1] [2] [3], dalla normativa vigente [15] [17] e dalle definizioni delle maggiori enti internazionali [2]. Il ruolo dell'Ostetrica/o, profondamente orientato all'assistenza e al supporto della donna, si distingue per la capacità di adattare le proprie competenze in risposta ai mutamenti del contesto operativo e alle diverse necessità delle proprie pazienti. L'aumento della domanda di personale infermieristico durante la pandemia COVID-19, ha portato il Presidio Ospedaliero di Conegliano ad una radicale redistribuzione del personale operante all'interno dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia. L'assistenza ginecologica, fino ad allora svolta da infermieri, è stata affidata alla cura del personale ostetrico. Lo studio mira a indagare la percezione del personale ostetrico riguardo alle nuove competenze necessarie e richieste dall'assistenza alla paziente ginecologica. Si è ritenuto che l'analisi e la valutazione delle competenze ostetriche tramite l'utilizzo della *Nurse Competence Scale* (NCS), adattata all'ambito ginecologico, permetta di evidenziare i bisogni formativi ed educativi del personale ostetrico e consenta loro di prendere consapevolezza del proprio livello di competenza all'interno del nuovo contesto lavorativo in modo più sicuro e efficace.

Allo studio hanno partecipato 17 (48,6%) ostetriche/i su 35 che lavorano all'interno dell'UOC Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Conegliano. Questo primo dato può essere interpretabile tenendo in considerazione il fatto che le ostetriche/i presso tale Presidio svolgono la loro professione a rotazione nei seguenti contesti: sala parto, degenza ostetrica, degenza ginecologica e ambulatori ostetrici e ginecologici. Alcune/i ostetriche/i potrebbero non aver percepito l'utilità diretta del questionario per il proprio sviluppo professionale o aver considerato che i contenuti del questionario non rispecchiano appieno il loro contesto lavorativo quotidiano. La varietà di mansioni nei diversi reparti potrebbe far sì che il questionario non appaia altrettanto pertinente per chi lavora più frequentemente in reparti come la sala parto o la degenza ostetrica. Tale supposizione acquista maggior valore osservando i risultati dell'*item 0.4 "Esperienza lavorativa principale"* (Figura 6), in cui le stesse partecipanti al questionario hanno affermato di aver lavorato principalmente nelle aree di degenza ostetrica e/o puerperio (76,5%) e sala parto (70,6%), a differenza della degenza ginecologica (47,1%) e dell'ambulatorio ginecologico (17,6%). Inoltre, il tasso di partecipazione risulta molto simile a quello riscontrato nello studio di Sponton A. [14] che ha avuto un'adesione complessiva di poco superiore al 65%.

Il titolo di studio maggiormente posseduto dai partecipanti (Figura 3) è la laurea triennale (52,9%) a seguire la laurea magistrale (23,5%) e il master di primo livello (17,6%),

questo suggerisce un buon livello di qualificazione, che può influire positivamente sulla competenza percepita e sull'efficacia nell'assistenza sanitaria. Inoltre, si osserva una distribuzione eterogenea in termini di anni di esperienza lavorativa (Figura 5), con il 35,3% che ha lavorato tra 1 e 5 anni, seguito da un 29,4% con esperienza da 6 a 10 anni. Il 23,5% vanta oltre 10 anni di esperienza e solo una piccola percentuale (11,8%) è in servizio da meno di un anno. Questa variabilità temporale di esperienza può influenzare la confidenza e la percezione nell'esecuzione delle diverse attività cliniche e, in particolare, potrebbe indicare una diversificazione delle competenze e abilità tra ostetriche più giovani rispetto a chi ha più anni di servizio.

Per quanto, invece, concerne l'autovalutazione delle competenze è stato possibile evidenziare che le risposte ottenute nelle otto sezioni mostrano livelli di competenza piuttosto uniformi (Tabella IX e/o Figura 9), senza rilevanti differenze tra un ambito e l'altro. La media complessiva dei risultati del questionario è 7,67 (1,56), tale dato suggerisce un buon livello ed equilibrio complessivo nelle competenze analizzate. Questo risultato è in linea con l'analisi condotta dallo studio di Sponton A. et al. [14], dove è emerso che tra i 670 infermieri partecipanti, il livello di competenze era generalmente buono in tutti i presidi esaminati. Il risultato da noi rilevato, è leggermente più alto rispetto ai risultati dello studio di Sponton A. che evidenzia competenze comprese nella fascia VAS 50-75 (equivalente a una valutazione media di circa 6-7,5 su una scala da 1 a 10) [14]. La discrepanza, pur non essendo marcata, potrebbe derivare da vari fattori, come la dimensione più ridotta del campione, il contesto lavorativo specifico, o il tipo di valutazione delle competenze proposto nel questionario. In particolare, il fattore del contesto lavorativo specifico può essere avvalorato dell'*item* 0.6 "*Tempo di esperienza lavorativa in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico*", nel quale le partecipanti affermano di aver lavorato in ambito ginecologico per più di un anno (41,2%) o almeno da 7 mesi (29,4%). Questo suggerisce un'esperienza lavorativa prolungata che potrebbe aver contribuito a rafforzare la loro capacità e abilità di gestire le attività legate all'ambito ginecologico, portando un'autovalutazione più positiva delle proprie competenze in tali ambiti specifici. Oltre il fatto che all'interno del Profilo Professionale dell'Ostetrica [15] sia riconosciuta la competenza di tale figura all'interno dell'ambito ginecologico.

La sezione in cui le ostetriche/i si sentono maggiormente competenti è la sezione 7 "*Ruolo ricoperto*" con un punteggio medio complessivo di 8,08 (1,23) (Tabella IX). In contrasto con gli studi condotti da Sponton A. et al. [14] e Scavone R. Et al. [18], nei quali è emerso che la sezione con il punteggio medio complessivo più alto tra gli infermieri è stata la numero 4 "*Competenze di gestione delle situazioni*". Tale dato

potrebbe essere giustificato dal fatto che le ostetriche/i hanno un'identità professionale ben definita, a differenza della professione infermieristica che ha un campo d'azione più vasto ed eterogeneo. L'*item* di questa sezione in cui il campione si è autovalutato con punteggi più alti è l'*Item* 7.2 “*Essere consapevole dei propri limiti*”: 8,53 (1,18); mentre il punto di criticità della sezione è rappresentato dall'*Item* 7.4 “*Coordinarsi con i membri dell'équipe in merito alla distribuzione delle attività*”: 7,65 (1,77). Questo delinea un buon grado di consapevolezza da parte del personale ostetrico delle proprie competenze ma, allo stesso tempo, si rileva una difficoltà, seppur lieve, di riconoscere e suddividere ruoli dell'équipe.

Uno degli scopi principali di questo studio è identificare non solo le aree in cui le ostetriche si sentono più competenti ma anche, e soprattutto, le aree che hanno bisogno di miglioramento. Il campione evidenzia che le ostetriche/i si sentono meno competenti relativamente agli *item* della sezione 6 “*Assicurare la qualità*” (Tabella IX) con un punteggio medio complessivo degli *item* di 6,81 (1,90). Ciò rappresenta un punto critico corrispondente anche negli studi riportati in letteratura di Sponton A. et al. [14] e Scavone R. Et al. [18], in cui è possibile osservare una simile tendenza negli infermieri. L'*item* della sezione 6 (Tabella VI) con la media più bassa risulta l'*Item* 6.1 “*Identificare aree di approfondimento e/o di ricerca nell'assistenza alla paziente*”: 6,35 (2,12), seguita dall'*Item* 6.4 “*Utilizzare i risultati della ricerca per integrare e migliorare l'assistenza erogata*” con una media di 6,65 (1,90). Entrambi gli *item* appena riportati richiedono la capacità di individuare aree di approfondimento e di utilizzare i risultati della ricerca per migliorare l'assistenza alle pazienti. Tuttavia, la formazione ostetrica, nel corso di laurea triennale in termini di struttura e obiettivi dei programmi di studio, è spesso più focalizzata sulle competenze cliniche pratiche che sulla ricerca. I percorsi di formazione ostetrica, a livello universitario, sono generalmente progettati per fornire una solida preparazione nelle competenze teoriche e pratiche necessarie per assistere le pazienti. Alla luce di tale supposizione, l'università più frequentata dalle partecipanti (Figura 4) è l'Università degli Studi di Padova (52,9%). Analizzando il percorso formativo (Allegato 2) [19] del Corso di Laurea triennale in Ostetricia è stato possibile evidenziare la mancata, o minima, presenza di materie di studio che includano elementi di metodologia di ricerca, portando così a una minore familiarità e opportunità di apprendimento di competenze di ricerca nelle ostetriche/i con formazione triennale (52,9%).

Un altro *item* che ha ottenuto un punteggio medio complessivo più basso è stato l'*Item* 2.3 “*Contribuire alla formazione del personale neo-assunto e degli studenti in tirocinio*” della sezione 2 “*Competenze di educazione*” (Tabella II). Le ostetriche riconoscono un bisogno maggiore di sviluppo nella formazione degli studenti e dei neo-assunti, esprimendo un punteggio medio di 6,35 (2,74), indicando che una parte del campione

potrebbe sentirsi meno sicura o supportata in questo ambito ed evidenziando un bisogno formativo del personale.

Infine, prendendo in esame e analizzando le risposte relative all'*Item 9.1* del questionario (Figura 10) *“Come professionista quali sono gli aspetti dell'assistenza o competenze dove ti senti più sicura? In quali invece sei meno sicura o senti la necessità di un ulteriore approfondimento?”* è emerso un quadro approfondito e chiaro del livello di autoconsapevolezza delle ostetriche/i rispetto alle proprie competenze. Le risposte mostrano che le partecipanti si sentono più sicure nella gestione delle pazienti, nel percorso assistenziale post-operatorio, nelle competenze relazionali e di supporto emotivo, nell'attuale protocolli e nel rispettare linee guida. Le incertezze percepite, invece, emergono di fronte alle situazioni più complesse e specialistiche, come la gestione delle emergenze, l'assistenza di pazienti oncologiche, anziane o con comorbidità, e la somministrazione di terapie farmacologiche specifiche. In particolare, il punto di criticità maggiormente esposto del campione è stata la conoscenza dettagliata delle diverse tipologie di interventi chirurgici.

Le risposte hanno permesso di identificare sia le aree di sicurezza e forza, che le aree in cui le ostetriche/i sentono il desiderio e la necessità di ricevere maggiore formazione per il proprio sviluppo professionale.

Punti di forza e limiti dello studio

Nel valutare i risultati di questo studio, è fondamentale considerare sia i punti di forza che le limitazioni della ricerca.

Tra i principali punti di forza si evidenzia che lo strumento utilizzato nello studio è stato redatto a partire dalla scala validata *Nurse Competence Scale* (NCS). Studi condotti in ambito ospedaliero per la valutazione delle competenze infermieristiche ritengono quanto questo strumento risulti affidabile e efficace [18] [20] [21], dimostrando *“una buona validità e una appropriata coerenza/uniformità interna”* [21] e suggerendo *“l'utilità per definire standard di competenza e supportare lo sviluppo professionale in contesti clinici”* [18].

Tuttavia, lo studio presenta anche alcuni limiti. Uno di questi è legato al fatto che *“le competenze autovalutate con la NSC potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi”* come dichiarato dall'autore Sponton A. [14].

Si evince che il livello di competenza che ritengono di possedere gli infermieri o, nel caso preso in esame le ostetriche/i, potrebbe non corrispondere al loro livello reale di competenza pratica valutato con altri strumenti più oggettivi, come valutazioni da parte di esperti o performance dirette sul campo. Questo limite riguarda anche il grado di

autocritica posseduto e richiesto a ciascun infermiere o ostetrica nella compilazione del questionario, il quale purtroppo risulta impossibile rilevare.

Un'ulteriore limitazione riguarda la ridotta dimensione del campione, che potrebbe aver influenzato l'analisi statistica dei dati. Altro limite emerso durante la stesura dell'elaborato è stata la mancata presenza di studi in letteratura che utilizzino la *Nurse Competence Scale* per l'autovalutazione delle competenze ostetriche, rendendo difficile un confronto diretto con altre ricerche incentrate maggiormente sulle competenze infermieristiche. Sebbene nello studio di Sponton A. [14] sia riportata una tabella con la "*distribuzione del campione per presidi e dipartimenti*", incluso il "Dipartimento Materno-Infantile", non è stato possibile né identificare i reparti a cui i partecipanti appartenevano né esaminare i dati relativi specifici a tale dipartimento.

Infine, un'ultima criticità risiede nella modalità di raccolta dati. La complessità della *Nurse Competence Scale* (NCS) suddivisa in sette categorie con un numero elevato di item e una formulazione talvolta poco chiara, potrebbe aver creato difficoltà ai partecipanti durante la compilazione del questionario. Per quanto questa modalità sia stata scelta in base alle evidenze della letteratura [18] [20] [21] che definiscono la *Nurse Competence Scale* come uno strumento valido per l'autovalutazione delle competenze, la struttura complessa della stessa potrebbe aver influenzato la qualità e l'accuratezza delle risposte raccolte.

CONCLUSIONI

Dallo studio condotto si evidenzia il ruolo fondamentale delle ostetriche/i nell'assistenza alla paziente ginecologica, in linea con quanto definito dal loro Profilo Professionale e dalle normative vigenti. I risultati evidenziano un buon livello di competenza percepita nelle aree chiave dell'assistenza, con una profonda consapevolezza dei propri limiti e delle aree che necessitano di miglioramento, soprattutto negli ambiti più complessi. Ciò nonostante, risultano essere presenti alcune mancanze che si auspica possano essere colmate in futuro attraverso percorsi formativi aggiuntivi e una valutazione sistematica ed oggettiva delle competenze esibite e richieste. Lo studio contribuisce a identificare i bisogni formativi, sottolineando l'importanza di investire in percorsi educativi mirati a rafforzare ulteriormente le competenze cliniche e di ricerca delle ostetriche/i.

In conclusione, i risultati offrono una base solida per futuri interventi di sviluppo professionale, con l'obiettivo di garantire un'assistenza sempre più qualificata e adeguata alle complesse esigenze del contesto ginecologico. Si auspica che questo lavoro rappresenti un contributo utile e stimolante nel campo delle competenze ostetriche in ambito ginecologico, ponendosi come punto di partenza per futuri sviluppi e miglioramenti nella pratica.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Camera M. Et Mascolo M.R., *Le competenze infermieristiche e ostetriche. Metodi e strumenti per costruirle e comunicarle*, 1a ed. Webster srl, Padova, 2021
- [2] Guana M. Et al., *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, 2a ed. McGraw-Hill, Milano, 2011
- [5] McClelland D.C., *Testing for Competence Rather Than for "Intelligence"*, American Psychologist, 1973
- [6] Le Boterf G., *De la competence: essay sur un attracteur étrange*, Paris, Les Edition, 1994
- [7] M. Pellerey, *Le competenze individuali e il portfolio*, Roma, La Nuova Italia, 2004
- [8] Di Francesco G., *Il capitale esperienza : ricostruirlo, valorizzarlo : piste di lavoro e indicazioni operative*, ISFOL, Roma, 2008
- [9] Spencer L.M. Et Spencer M.S., *Competence at Work*, Wiley, New York, 1993 (traduzione italiana, *Competenza nel lavoro*, FrancoAngeli, Milano, 1995)
- [10] Di Francesco G., *Unità capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro e I repertori sperimentali*, ISFOL, Franco Angeli, Milano 1998
- [11] Miller G.E., *The assessment of clinical skills/competence/performance*, Acad. Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045. PMID: 2400509
Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2400509/>
- [12] Benner, P., *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park (CA), 1984
- [13] Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR., *The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation*. Ann Intern Med. 1995 Nov 15; 123(10):795-9. doi: 10.7326/0003-4819-123-10-199511150- 00008. PMID: 7574198. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7574198/>
- [14] Sponton A. et al., *Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale*, Evidence, Aprile 2013, Volume 5, Issue 4 , e1000041
- [15] Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n° 740 Art 1
- [16] Marchi A., *Professione Ostetrica. Strumenti per l'assistenza alla gravidanza*, SEE Editrice, Firenze, 2003
- [17] Codice Deontologico della Professione Ostetrica - Testo approvato dalla Commissione e dal CC FNOPO

- [18] Scavone R. Et al., *La valutazione delle competenze infermieristiche: uno studio di validazione della Nurse Competence Scale*, Rivista L'Infermiere n°6, 2014
- [20] Riitta Meretoja, Hannu Isoaho, Helena Leino-Kilpi, *Nurse competence scale: development and psychometric testing*, J Adv Nurs. 2004 Jul;47(2):124-33.doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x. PMID: 15196186
Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15196186/>
- [21] Mervi Flinkman, Helena Leino-Kilpi, Olivia Numminen, Yunsuk Jeon, Liisa Kuokkanen, Riitta Meretoja, *Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review*, 2017 May;73(5):1035-1050.doi: 10.1111/jan.13183. Epub 2016 Nov 7. PMID: 27731918
Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731918/>

SITOGRAFIA

- [3] Cimino M., *Storia dell'Ostetricia*, Università degli studi di Padova, 2008
Disponibile da:
<http://www.ginecologia.unipd.it/collezione/Storia%20Collezione%20Ostetrica1.htm>
- [4] Scio F. Et al., *Il Modello di Competenze. Da McClelland alla valutazione dei ruoli*, 2020
Disponibile da:
<https://www.meliusform.it/il-modello-di-competenze-da-mcclelland-alla-valutazione-dei-ruoli.html>
- [19] Università degli Studi di Padova, Insegnamenti per tutti gli anni di corso.
Disponibile da: <https://didattica.unipd.it/off/2022/LT/ME/ME1846>

Allegato 1

Questionario - Il ruolo dell'ostetrica in ambito ginecologico

Gentile Collega,

Mi chiamo Beatrice Campagnolo e la mia Tesi di Laurea in Ostetricia verterà sulle **competenze ostetriche nell'ambito ginecologico**, in particolare sulle competenze applicate all'assistenza delle pazienti. Con questo questionario vorrei raccogliere in maniera anonima un'autovalutazione delle competenze necessarie all'assistenza alla paziente ginecologica. La compilazione richiederà alcuni minuti.

Ti ringrazio per la collaborazione a questo studio, il cui obiettivo è valutare come le professioniste ostetriche mettano alla luce le proprie competenze anche in ambito ginecologico!

Titolo di studio posseduto:

- Scuola per le professioni sanitarie
- Diploma universitario vecchio ordinamento
- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Master di primo livello
- Master di secondo livello
- Dottorato

In quale università è frequentato il corso di laurea in ostetricia?

Anni di servizio?

- Meno di un anno
- Da 1 a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Più di 10 anni

In quale area hai svolto principalmente la tua attività lavorativa?

- Sala parto
 - Ambulatorio ostetrico (CTG, gravidanza ad alto rischio, gravidanza a basso rischio, ecografia ostetrica, diagnosi prenatale)
 - Ambulatorio ginecologico (visite ginecologiche post dimissione, pap test, ecografia ginecologica I-II livello, riabilitazione pavimento pelvico, tamponi, HSC diagnostiche, colposcopia, uroginecologia, oncologico, ecc.)
 - Degenza ostetrica e/o puerperio
 - Degenza ginecologica
 - Pronto soccorso ostetrico
 - Altro:
-

Hai mai lavorato in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico?

- Sì
- No

Per quanto tempo hai lavorato/Da quanto tempo lavori in un reparto di degenza ginecologica o in un ambulatorio ginecologico?

- Meno di un mese
- Da 1 a 3 mesi
- Da 4 a 6 mesi
- Da 7 a 12 mesi
- Più di un anno
- Mai o solo durante il tirocinio nel percorso di studi

Autovalutazione delle competenze

Sezione 1 - Competenze di presa in carico

Per ogni item riportato, seleziona il livello di competenza che ritieni di aver raggiunto con un **valore da 0 a 10**, dove 0 indica un livello nullo e 10 un livello ottimale.

1. Possedere conoscenze approfondite sulle patologie ginecologiche e sugli interventi ginecologici in modo da pianificare un'adeguata assistenza nella presa in carico della paziente

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

2. Attenersi i protocolli e/o linee guida nella presa in carico delle pazienti

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

3. Pianificare e modificare l'assistenza in riferimento ai bisogni della singola paziente

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

4. Relazionarsi in modo adeguato alle pazienti e saper scegliere l'approccio comunicativo più idoneo alla situazione e alla necessità della donna

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

5. Supportare la paziente durante l'accesso in ambulatorio o degenza anche nei momenti più critici

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

6. Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

7. Fondare la presa di decisioni su valori etici

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nullo	<input type="radio"/>	Ottimale										

9. Erogare un'assistenza globale e flessibile alla paziente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

10. Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

Domande conclusive**Sezione 8 - Competenze specifiche****1. Fornire corrette indicazioni alla paziente relative alla preparazione dell'intervento previsto**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

2. Interpretare correttamente le indicazioni pre- e post-operatorie per poter fornire un'adeguata assistenza alla paziente in tutte le fasi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

3. Identificare l'intervento ginecologico (fasi, tempi e possibili complicanze), le procedure pre-, intra- e post-operatorie del relativo intervento e applicarle correttamente nella fase di assistenza alla paziente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

4. Individuare dalla descrizione dell'intervento la tipologia e gli elementi necessari per il proprio operato e per fornire un'adeguata assistenza alla paziente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

5. Conoscere le varie tipologie di presidi e saperli gestire correttamente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nulla	<input type="radio"/>	Ottimale										

Come professionista quali sono gli aspetti dell'assistenza o competenze dove ti senti più sicura? In quali invece sei meno sicura o senti la necessità di un ulteriore approfondimento?

Allegato 2

Percorso formativo Corso di laurea in ostetricia Università degli Studi di Padova

Curr.	Codice	Insegnamento	CFU	Anno	Periodo	Lingua
999PD	MEO2043699	LABORATORI PROFESSIONALI (PRIMO ANNO)	1	I Anno (2022/23)	Annuale	ITA
999PD	MEN1033480	ANATOMIA, ISTOLOGIA E FISIOLOGIA	7	I Anno (2022/23)	Primo semestre	ITA
999PD	MEN1033479	BIOLOGIA E BIOCHIMICA	6	I Anno (2022/23)	Primo semestre	ITA
999PD	MEN1038369	FISICA ED INFORMATICA	6	I Anno (2022/23)	Primo semestre	ITA
999PD	MEN1038667	OSTETRICIA-MEDICINA FETALE E PSICOLOGIA	8	I Anno (2022/23)	Primo semestre	ITA
999PD	MEN1033496	MICROBIOLOGIA E PATOLOGIA	6	I Anno (2022/23)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEN1033453	OSTETRICIA PROFESSIONALE 1	7	I Anno (2022/23)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEN1033487	PROFESSIONE OSTETRICA	6	I Anno (2022/23)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEL1004392	TIROCINIO (PRIMO ANNO)	14	I Anno (2022/23)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEO2043700	LABORATORIO PROFESSIONALE (SECONDO ANNO)	1	II Anno (2023/24)	Annuale	ITA
999PD	MEO2043919	FARMACOLOGIA ED ANESTESIOLOGIA	6	II Anno (2023/24)	Primo semestre	ITA
999PD	MEO2043917	FISIOPATOLOGIA CLINICA	6	II Anno (2023/24)	Primo semestre	ITA
999PD	ME02103951	INGLESE	3	II Anno (2023/24)	Primo semestre	ITA
999PD	MEO2043932	OSTETRICIA PROFESSIONALE 2	8	II Anno (2023/24)	Primo semestre	ITA
999PD	MEO2043933	IL PARTO E LE EMERGENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	8	II Anno (2023/24)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEO2043934	OSTETRICIA PROFESSIONALE 3	6	II Anno (2023/24)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEP7080098	TIROCINIO (SECONDO ANNO)	23	II Anno (2023/24)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEP7080097	LABORATORI PROFESSIONALI (TERZO ANNO)	1	III Anno (2024/25)	Annuale	ITA
999PD	MEP3051751	PATOLOGIA OSTETRICA GINECOLOGICA	8	III Anno (2024/25)	Primo semestre	ITA
999PD	MEP3051754	SANITA' PUBBLICA	8	III Anno (2024/25)	Primo semestre	ITA
999PD	MEP3051775	ALLATTAMENTO AL SENO; PERINEO OSTETRICO <i>Info e programma A.A. 2022/23</i>	3	III Anno (2024/25)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEP3051764	ATTIVITA' SEMINARIALI	6	III Anno (2024/25)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEP3051780	PREPARAZIONE PSICOPROFILATTICA DELLA GRAVIDA AL PARTO	3	III Anno (2024/25)	Secondo semestre	ITA
999PD	MEL1003982	TIROCINIO (TERZO ANNO)	23	III Anno (2024/25)	Secondo semestre	ITA

Tabella XI: Percorso formativo corso di laurea in ostetricia Università degli Studi di Padova