



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA DI OSTETRICIA

**IL DOLORE DEL PARTO: UNA REVISIONE DELLA
LETTERATURA DAL SIGNIFICATO BIOLOGICO E
CULTURALE ALLA MODULAZIONE NEUROENDOCRINA**

Relatrice

Prof.ssa

Caterina Amadori

Laureanda

Sofia Frisoni

Sessione I Novembre 2025

Anno Accademico 2024/2025

Abstract

Il dolore del parto rappresenta un'esperienza complessa e multidimensionale, in cui si intrecciano componenti fisiologiche, neuroendocrine, psicologiche e culturali. L'obiettivo di questa revisione della letteratura è analizzare in che modo la percezione del dolore del parto sia modulata dai meccanismi neurochimici endogeni, in particolare endorfine e ossitocina, e come le tecniche non farmacologiche e il contesto socioculturale influenzino tale esperienza.

La letteratura esaminata evidenzia che, durante il travaglio, il dolore svolge una funzione biologica e adattativa: stimola la secrezione di endorfine e ossitocina, favorendo la progressione del parto e inducendo uno stato di coscienza alterato che facilita la connessione della donna con il proprio corpo e con il bambino. Tecniche come respirazione consapevole, immersione in acqua calda, movimento libero, massaggi, musica e sostegno emotivo continuo agiscono su differenti dimensioni del dolore, sensoriale, motivazionale e cognitiva, promuovendo un equilibrio neuroendocrino favorevole e una percezione più integrata dell'esperienza.

Parallelamente, la revisione mette in luce l'influenza del contesto culturale e sociale sulla percezione e gestione del dolore. Nelle culture che riconoscono il valore simbolico e trasformativo del parto, il dolore è vissuto come parte funzionale del processo, mentre nei contesti medicalizzati tende a essere percepito come minaccia da eliminare. Il recupero del sapere femminile e delle narrazioni di nascita appare quindi essenziale per restituire significato e protagonismo alla donna.

In conclusione, il dolore del parto emerge come fenomeno fisiologico e trasformativo, la cui gestione integrata può favorire un'esperienza positiva, consapevole e rispettosa, in linea con i principi dell'assistenza ostetrica centrata sulla donna.

Parole chiave:

Dolore, parto, endorfine, ossitocina, sistema neuroendocrino, tecniche non farmacologiche, differenze culturali, empowerment.

Indice

| | |
|--|-----------|
| ABSTRACT | 1 |
| PAROLE CHIAVE: | 1 |
| INTRODUZIONE | 3 |
| OBIETTIVI DELLA REVISIONE..... | 4 |
| METODOLOGIA DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA..... | 4 |
| 1. LA FUNZIONE DEL DOLORE DEL PARTO | 6 |
| 1.1 FUNZIONE BIOLOGICA E ADATTATIVA | 6 |
| 1.2 FUNZIONE SIMBOLICA, TRASFORMATIVA E CULTURALE..... | 6 |
| 2. PERCEZIONE DEL DOLORE E NEUROCHIMICA: LA RISPOSTA DEL CORPO DURANTE IL PARTO | 8 |
| 2.1 IL SISTEMA NEUROENDOCRINO NEL TRAVAGLIO..... | 8 |
| 2.2 ENDORFINE: GLI OPPIOIDI ENDOGENI DELLA NASCITA | 8 |
| 2.3 OSSITOCINA: L'ORMONE DELL'AMORE E DEL LEGAME | 9 |
| 2.4 INTERAZIONE TRA ORMONI E PERCEZIONE SOGGETTIVA DEL DOLORE | 10 |
| 3. TECNICHE DI GESTIONE DEL DOLORE NON FARMACOLOGICHE: MODULAZIONE NEUROCHIMICA E SOSTEGNO FISIOLOGICO AL PARTO | 11 |
| 3.1 LE DIMENSIONI DEL DOLORE E LA LORO INTEGRAZIONE NELLA GESTIONE NON FARMACOLOGICA..... | 11 |
| 3.2 TECNICHE LEGATE ALLA DIMENSIONE SENSORIALE-DISCRIMINATIVA: IL PIANO FISICO | 12 |
| 3.2.1 <i>Immersione in acqua calda</i> | 12 |
| 3.2.2 <i>Respirazione consapevole e rilassamento</i> | 13 |
| 3.2.3 <i>Movimento libero e posizioni verticali</i> | 14 |
| 3.2.4 <i>Massaggi e contatto fisico</i> | 15 |
| 3.3 TECNICHE LEGATE ALLA DIMENSIONE MOTIVAZIONALE-AFFETTIVA: IL PIANO EMOTIVO E RELAZIONALE .. | 16 |
| 3.3.1 <i>Musica e voce</i> | 17 |
| 3.3.2 <i>Supporto emotivo cotinuo</i> | 18 |
| 3.4 TECNICHE LEGATE ALLA DIMENSIONE COGNITIVA-VALUTATIVA: IL PIANO MENTALE E DI CONSAPEVOLEZZA | 19 |
| 3.4.1 <i>Visualizzazioni e mindfulness</i> | 19 |
| 3.4.2 <i>Corsi di accompagnamento alla nascita</i> | 19 |
| 3.5 CONCLUSIONE | 20 |
| 4. INFLUENZA CULTURALE E SOCIALE NELLA PERCEZIONE E GESTIONE DEL DOLORE DEL PARTO | 22 |
| 4.1 INTERPRETAZIONI CULTURALI, RELIGIOSE E ANTROPOLOGICHE DEL DOLORE DEL PARTO | 22 |
| 4.2 VISIONE GLOBALE E SINTESI SOCIOCULTURALE..... | 24 |
| 4.3 IL SAPERE DELLE DONNE E LA MEMORIA CULTURALE DEL PARTO..... | 25 |
| 4.4 DIFFERENZE ETNICHE E PERCEZIONI CLINICHE..... | 27 |
| 4.5 IMPLICAZIONI PER L'ASSISTENZA OSTETRICA | 27 |
| CONCLUSIONI..... | 30 |
| BIBLIOGRAFIA | 31 |

Introduzione

Il dolore del parto rappresenta una delle esperienze più intense e complesse della vita di una donna. Si tratta di un'esperienza che intreccia dimensioni neuroendocrine, psicologiche, relazionali e culturali. Nel parto fisiologico il dolore ha la funzione di stimolo endocrino alla produzione e alla regolazione degli ormoni necessari alla nascita, oltre ad attivare comportamenti protettivi per il benessere di madre e bambino. In quest'ottica il dolore viene visto come una guida per la donna, che in base a localizzazione, intensità e qualità del dolore, metterà in atto delle risposte comportamentali, quali la ricerca di posizioni favorevoli, proteggendo così indirettamente i tessuti materni e il bambino dalle mal posizioni.

Oltre al suo significato biologico, l'intensità e il significato del dolore possono variare sulla base di esperienze individuali, aspettative, supporto ricevuto e contesto culturale. Proprio per questo l'esperienza del dolore del parto può avere un impatto molto diverso da donna a donna. Se vissuto in un contesto sostegno e fiducia, può assumere un significato di crescita personale. Al contrario, se associato a paura, abbandono o eccessiva medicalizzazione, può generare vissuti traumatici, influenzando così negativamente il benessere psico-emotivo della donna e diventando così un potenziale ostacolo per l'avvio della relazione con il neonato.

L'assistenza ostetrica assume in quest'ottica un ruolo centrale: accompagnare le donne nella gestione del dolore del parto significa non solo offrire strumenti clinici o tecnici, ma soprattutto creare un ambiente relazionale ed emotivo che favorisca la costruzione di un legame di fiducia reciproca, conseguentemente faciliti la produzione di endorfine e ossitocina, oltre a sostenere l'autonomia decisionale e l'empowerment della donna. La comprensione del dolore del parto come esperienza complessa è dunque fondamentale per promuovere un'assistenza che sia al tempo stesso evidence-based e centrata sulla donna.

Obiettivi della revisione

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di esplorare e descrivere la relazione tra la percezione del dolore del parto e i meccanismi endocrini messi in atto dal corpo della donna durante il travaglio, porgendo attenzione anche a quelle che sono le influenze dettate dal contesto ambientale e culturale in cui si trova la donna.

In particolare, gli obiettivi sono:

- descrivere come la secrezione di endorfine e ossitocina influenzino la percezione soggettiva del dolore del parto;
- analizzare come le tecniche non farmacologiche di gestione del dolore possano modulare questi meccanismi neuroendocrini, migliorando l'esperienza materna;
- esplorare in che modo i fattori culturali e sociali influiscano sull'interpretazione e la gestione del dolore.

L'obiettivo finale è fornire una visione integrata del dolore del parto, che includa la dimensione fisiologica, neurochimica, psicologica e culturale, al fine di incentivare un'assistenza ostetrica che sappia valorizzare le risorse naturali della donna e rispettarne le esperienze e i vissuti personali.

Metodologia della revisione della letteratura

Criteri di inclusione ed esclusione

Gli articoli sono stati selezionati sulla base di criteri di inclusione ed esclusione precisi, così da garantire l'attualità e la qualità delle fonti analizzate.

Criteri di inclusione:

- studi pubblicati in lingua inglese o italiana;
- pubblicazioni degli ultimi dieci anni (2014–2024), al fine di garantire evidenze aggiornate; tuttavia è stato incluso un articolo (14) più datato ma ritenuto rilevante perché ancora di grande rilevanza scientifica e clinica
- studi randomizzati controllati (RCT), studi di coorte e revisioni sistematiche/meta-analisi che indagassero: il ruolo di endorfine, ossitocina e altri mediatori neurochimici nella percezione del dolore del parto; l'efficacia delle tecniche non

farmacologiche nella gestione del dolore durante il travaglio; l'influenza di fattori culturali e sociali sulla percezione e gestione del dolore del parto.

Criteri di esclusione:

- articoli di opinione o editoriali privi di metodologia scientifica;
- studi su popolazioni non umane.

1. La funzione del dolore del parto

1.1 Funzione biologica e adattativa

Dal punto di vista fisiologico, il dolore del parto ha un'importante funzione di attivazione neuroendocrina. Durante le contrazioni uterine infatti, la stimolazione delle terminazioni nervose a livello pelvico e lombare, provoca la produzione di endorfine, ossia dei peptidi oppioidi endogeni che regolano la funzione del sistema oppioide, il quale ha un ruolo centrale nel controllo del dolore e nella sua percezione, nel governo dell'umore e nella modulazione della sensazione di benessere. Parallelamente, il dolore stimola la produzione di ossitocina, un ormone prodotto dall'ipotalamo e rilasciato dalla neuroipofisi, che promuove l'intensificazione della contrattilità uterina contribuendo così alla progressione del travaglio.

Come evidenziato in *Fisiologia della nascita*(1), il dolore viene descritto come parte integrante della fisiologia e non viene visto solo come sintomo da eliminare. Il dolore rappresenta uno stimolo che attiva dei meccanismi in grado di favorire la secrezione di endorfine e di facilitare un cambiamento dello stato di coscienza, portando la donna a centrarsi su sé stessa e sul processo in atto. Il corpo quindi, se lasciato libero di agire in un contesto di sicurezza, mette in atto delle strategie endocrine di autoregolazione, al fine di ridurre la percezione dolorifica e favorire la progressione del travaglio in modo fisiologico.

Anche *Castagneri, Regalia e Bestetti*, in *Nel dolore del parto*(2), riconoscono al dolore una funzione evolutiva, esso segnala infatti l'inizio del travaglio e accompagna i passaggi fisiologici e psicologici che conducono alla nascita. Il dolore diventa in quest'ottica un indicatore del processo, una guida per la donna nel percorso di apertura fisica e mentale richiesto dal parto.

1.2 Funzione simbolica, trasformativa e culturale

Oltre alla dimensione biologica, il dolore del parto assume una valenza simbolica ed esistenziale. Quando sostenuto da un contesto rispettoso e di accoglienza, il dolore può diventare un'occasione di contatto profondo con il proprio corpo e con il bambino, nonché un accompagnatore nella costruzione dell'identità materna.

Ina May Gaskin, nel testo *La gioia del parto*(3), invita a riconsiderare il dolore come un messaggero, non come un nemico. Il dolore, secondo l'autrice, può essere vissuto come un'esperienza potente, in grado di restituire fiducia nelle capacità intrinseche della donna e del

suo corpo. Le testimonianze raccolte nel testo raccontano come il dolore, se affrontato con consapevolezza e con il giusto supporto, possa essere descritto come intenso ma non traumatico, oppure addirittura diventare fonte di piacere.

Castagneri, Regalia e Bestetti mettono inoltre in evidenza come il significato attribuito al dolore condizioni profondamente la sua percezione. In un contesto culturale che vede il dolore del parto come “sofferenza da evitare”, l’esperienza può risultare più spaventosa e difficile. Al contrario, in culture o ambienti che riconoscono il significato e la funzione del dolore del parto in un’ottica meno ostile, le donne possono sentirsi più fiduciose e attive nel processo, trasformando la sofferenza in un’esperienza di passaggio e di crescita.

2. Percezione del dolore e neurochimica: la risposta del corpo durante il parto

Il dolore del parto rappresenta una complessa esperienza sensoriale, emotiva e cognitiva. Mette in atto un'articolata risposta del sistema neuroendocrino, che ha lo scopo di modulare la percezione del dolore e facilitare così la progressione del travaglio, favorendo conseguentemente lo sviluppo del legame madre-bambino. Le principali molecole coinvolte in questo processo sono endorfine, ossitocina, catecolamine (adrenalina e noradrenalina), e prostaglandine. Tuttavia, tra tutte, le endorfine e l'ossitocina rivestono un ruolo centrale nella gestione del dolore.

2.1 Il sistema neuroendocrino nel travaglio

Durante il travaglio, si attiva il sistema di risposta allo stress fisiologico, che differisce dalla classica risposta da stress acuto. Questo sistema coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il sistema nervoso autonomo e la neuroipofisi, che guidano la produzione e il rilascio di ormoni e neurotrasmettitori destinati a sostenere l'organismo nel momento della nascita.

Nel testo *Fisiologia della nascita*, viene descritto come l'attivazione dell'ipotalamo, in risposta a segnali ricevuti dai recettori uterini e cervicali durante le contrazioni uterine, stimoli la secrezione di endorfine e ossitocina, contribuendo all'instaurarsi di un adattamento neurochimico che attenua la percezione dolorosa.

2.2 Endorfine: gli oppioidi endogeni della nascita

Le endorfine sono peptidi oppioidi endogeni, prodotti principalmente a livello dell'ipotalamo e dell'ipofisi anteriore (adenopofisi). Esse agiscono su recettori specifici situati nel sistema nervoso centrale, in particolare:

- nel midollo spinale, dove inibiscono la trasmissione degli impulsi nocicettivi provenienti dalla periferia;
- nella corteccia cerebrale, dove modulano la percezione cosciente del dolore;
- nel sistema limbico e nell'ipotalamo, dove influenzano il tono dell'umore, le emozioni e la risposta allo stress.

Come riportato in *Nel dolore del parto* di Castagneri, Regalia e Bestetti, durante il travaglio i livelli plasmatici di endorfine possono aumentare fino a cinque volte rispetto ai livelli basali, specialmente nella fase dilatante e nella fase espulsiva del parto. Questo aumento è correlato alla maggiore intensità delle contrazioni e ha lo scopo di creare un sistema analgesico endogeno che aiuti la donna a tollerare le sensazioni dolorose permettendo la progressione del travaglio.

Le endorfine non solo attenuano la trasmissione del dolore, ma inducono anche uno stato di coscienza alterato, descritto da molte donne come una sorta di “trance”: il tempo sembra dilatarsi, l’attenzione si sposta all’interno, si attiva un profondo ascolto del corpo. Questo stato di alterazione della coscienza è fondamentale perché consente alla donna di entrare in sintonia con il ritmo del travaglio, di lasciarsi guidare dalle sensazioni del proprio corpo e di entrare in connessione con il bambino, facilitando la progressione del parto e l’attivazione del sistema parasimpatico.

Nel libro *Fisiologia della nascita*, si sottolinea come le endorfine siano più efficaci tanto più il parto è fisiologico e non medicalizzato. Al contrario, l’introduzione di interventi medici più o meno invasivi, come l’uso di ossitocina per augmentation, l’induzione farmacologica o ambienti non confortevoli o poco intimi, può inibire la produzione di endorfine, riducendo il potenziale analgesico endogeno della donna.

2.3 Ossitocina: l’ormone dell’amore e del legame

L’ossitocina è prodotta principalmente nel sistema nervoso centrale. Più nello specifico, nell’ipotalamo dai nuclei sopraottico e paraventricolare. Da qui, l’ossitocina viene trasportata lungo gli assoni fino all’ipofisi posteriore (neuroipofisi), dove viene accumulata e poi rilasciata nel sangue.

Ina May Gaskin, in *La gioia del parto*, sottolinea che l’ossitocina è un ormone sensibile all’ambiente. Ambienti intimi, sicuri, con luce soffusa, silenzio e presenza empatica stimolano la sua produzione. Al contrario, la paura e il giudizio attivano il sistema simpatico in risposta allo stress, favorendo la produzione di adrenalina e inibendo il rilascio di ossitocina.

Nel libro *Nel dolore del parto*, si evidenzia come l’ossitocina non agisca da sola, ma sia parte di un insieme di ormoni che comprende, oltre ad essa, per lo più endorfine e catecolamine.

L'equilibrio tra questi ormoni contribuisce a determinare la percezione soggettiva del dolore e l'esperienza del parto.

2.4 Interazione tra ormoni e percezione soggettiva del dolore

La percezione del dolore è un fenomeno neuropsicologico, che nasce dall'integrazione tra lo stimolo fisico e il suo significato emotivo, relazionale e culturale. La stessa intensità contrattile può essere vissuta in modi molto diversi da una donna rispetto ad un'altra, a seconda della loro preparazione al parto, del supporto ricevuto durante il travaglio, delle aspettative e del contesto ambientale.

- Se prevalgono endorfine e ossitocina, il dolore può essere vissuto come potente ma gestibile, e a volte perfino come strumento di trasformazione o addirittura di piacere;
- Se prevalgono cortisolo e adrenalina, la percezione del dolore può risultare più intensa, diventando travolgente e fonte di panico.

Questa visione è condivisa in *Fisiologia della nascita* e *Nel dolore del parto*, dove si sottolinea l'importanza di cercare di non interrompere il sistema fisiologico di autoregolazione al dolore, ma di sostenerlo attraverso un'assistenza rispettosa, continua, prestando attenzione ai bisogni clinici e psichici della donna, ed instaurando con lei una relazione di fiducia.

3. Tecniche di gestione del dolore non farmacologiche: modulazione neurochimica e sostegno fisiologico al parto

3.1 Le dimensioni del dolore e la loro integrazione nella gestione non farmacologica

Il dolore del parto non rappresenta un fenomeno esclusivamente fisico, ma un'esperienza complessa e multidimensionale che coinvolge contemporaneamente il corpo, le emozioni e la mente. Verena Schmid ha descritto come il dolore si articoli in tre dimensioni principali: la dimensione sensoriale-discriminativa, quella motivazionale-affettiva e infine quella cognitiva-valutativa. Queste dimensioni operano in modo sinergico nella percezione e nella modulazione dello stimolo doloroso; esse costituiscono così un vero e proprio sistema integrato in cui ciascun livello influenza gli altri, determinando l'esperienza soggettiva e la risposta della donna al dolore del parto.

La dimensione sensoriale-discriminativa corrisponde al piano corporeo e riguarda gli aspetti percettivi del dolore: la sua localizzazione, l'intensità e la qualità. Essa dipende dalle proiezioni neospinotalamiche al talamo e alla corteccia somatosensoriale, dove lo stimolo doloroso viene elaborato. È la componente maggiormente coinvolta nelle tecniche di tipo fisico, come il movimento, il massaggio, l'uso dell'acqua o delle posizioni verticali, che agiscono sulla soglia di percezione del dolore e attivano i meccanismi periferici di ipoalgesia fisiologica.

La dimensione motivazionale-affettiva si colloca sul piano emotivo e relazionale, ed è regolata dal sistema limbico, sede delle emozioni e delle risposte istintive. Essa conferisce al dolore una valenza affettiva di piacere o di dispiacere e può essere modulata dalle condizioni ambientali e dal clima relazionale. Un ambiente di sostegno, la presenza affettiva del partner, la relazione di fiducia con l'ostetrica, la musica e il contatto continuo favoriscono una risposta di calma e apertura, riducendo la paura e l'attivazione del sistema simpatico, e promuovendo la produzione di ossitocina ed endorfine.

Infine, la dimensione cognitiva-valutativa riguarda il piano mentale e si fonda sui processi neocorticali. Essa attribuisce un significato all'esperienza del dolore, integrando informazioni sensoriali ed emotive con le esperienze pregresse, i valori culturali e le conoscenze della donna. La preparazione al parto, i corsi di accompagnamento alla nascita, la mindfulness e le pratiche di visualizzazione agiscono su questa dimensione, favorendo la consapevolezza e la capacità di interpretare il dolore come parte funzionale del processo, riducendo così l'ansia e la tensione.

Queste tre dimensioni, pur distinguibili concettualmente, operano come un unico sistema integrato, capace di modulare la percezione e l'esperienza complessiva del dolore. Le tecniche di gestione non farmacologica del dolore del parto durante il travaglio, agiscono proprio attraverso queste vie complementari permettendo alla donna di vivere il dolore come espressione empowerment, crescita e partecipazione consapevole al processo del parto.

Le tecniche non farmacologiche di gestione del dolore agiscono in modo sinergico sulle tre dimensioni del dolore favorendo la produzione di ormoni endogeni come endorfine e ossitocina.

Queste metodologie non mirano a eliminare il dolore, ma a trasformarlo, sostenendo la donna nel processo di autoregolazione neuroendocrina e favorendo una percezione più integrata e consapevole dell'esperienza.

3.2 Tecniche legate alla dimensione sensoriale-discriminativa: il piano fisico

Questa dimensione riguarda la percezione corporea del dolore — la sua intensità, localizzazione e qualità.

Interventi che agiscono a livello periferico e sensoriale aiutano ad attivare i meccanismi fisiologici di ipoalgesia e a favorire il rilascio di endorfine.

Tra queste tecniche si collocano:

3.2.1 Immersione in acqua calda

L'idroterapia in travaglio è una delle tecniche non farmacologiche più studiate e applicate. Immergersi in acqua calda a temperatura corporea (tra 36 e 37 °C) produce effetti importanti benefici documentati sia a livello neuromuscolare che a livello neuroendocrino:

- stimola la produzione di endorfine attraverso il rilassamento profondo della muscolatura;
- promuove la secrezione di ossitocina, facilitando la progressione del travaglio;
- riduce i livelli di catecolamine associati a paura, tensione e rigidità;
- migliora la percezione soggettiva del dolore, favorendo uno stato di sicurezza e empowerment.

Secondo quanto riportato in *Fisiologia della nascita*, l'immersione in acqua può essere considerata una vera e propria “analgesia fisiologica”, poiché agisce in sinergia con i

meccanismi naturali del corpo, senza quindi interrompere la cascata ormonale che sostiene il travaglio.

Una revisione sistematica e meta-analisi condotta da Burns et al. (2022)(4), ha esaminato 36 studi sull'utilizzo dell'acqua durante il travaglio e il parto. I risultati evidenziano che:

- l'immersione in acqua riduce significativamente la percezione del dolore in periodo dilatante ed espulsivo, favorendo un'esperienza positiva del parto, aumentando il coinvolgimento attivo della donna;
- è associata a minori interventi ostetrici, come il ricorso ad analgesia farmacologica ed episiotomia;
- non aumenta il rischio di esiti avversi per il neonato o la madre, confermandone la sicurezza;
- diminuisce l'incidenza di emorragia post partum;

3.2.2 Respirazione consapevole e rilassamento

Le tecniche respiratorie – lente, profonde, ritmate – favoriscono il rilassamento muscolare e la regolazione del sistema nervoso autonomo, stimolando la risposta parasimpatica. Ciò promuove:

- la secrezione di ossitocina,
- l'aumento di endorfine,
- la riduzione di cortisolo e adrenalina.

Le tecniche respiratorie rappresentano uno degli strumenti più semplici ed efficaci per regolare la risposta neuroendocrina al dolore del parto. La respirazione profonda e ritmica agisce sul sistema nervoso autonomo, favorendo l'attivazione del sistema parasimpatico, associato ad un aumento della produzione di endorfine e ossitocina, e a una riduzione di cortisolo e adrenalina.

Un randomized controlled trial condotto da Yuksel et al. (2017)(5) ha indagato l'efficacia delle tecniche respiratorie durante la fase espulsiva del travaglio. Lo studio ha dimostrato che le donne che praticavano esercizi di respirazione:

- riferivano livelli significativamente inferiori di dolore rispetto al gruppo di controllo;
- presentavano una durata minore della seconda fase del travaglio;

I risultati di questo studio supportano l'ipotesi che la respirazione agisca non solo sulla percezione soggettiva del dolore, ma anche sul decorso fisiologico del parto, favorendo di conseguenza un'esperienza meno traumatica.¹

Come evidenziato anche nel testo *Nel dolore del parto*, il respiro consapevole, con inspirazioni ed espirazioni profonde, consente alla donna di restare in connessione con il proprio corpo, riducendo la percezione di pericolo e sostenendo l'azione delle molecole endogene che modulano il dolore. Il respiro diventa quindi un vero e proprio strumento di autoregolazione nel travaglio.

3.2.3 Movimento libero e posizioni verticali

Il movimento durante il travaglio è una delle tecniche non farmacologiche più efficaci per favorire la progressione del parto e modulare la percezione del dolore. Muoversi liberamente, cambiare posizione, dondolare il bacino, accovacciarsi o utilizzare la fitball consente alla donna di interagire attivamente con il proprio corpo, sfruttare la forza di gravità e la forza delle contrazioni.

Nel libro *Partorire in movimento*(6), Calais-Germain e Parés propongono un approccio corporeo centrato sull'ascolto del corpo in travaglio. Le autrici illustrano come il movimento:

- favorisca l'adattamento biomeccanico del bacino al passaggio del feto;
- stimoli la consapevolezza corporea che insieme alla libertà di movimento riduce il vissuto di passività e immobilità;
- favorisca la secrezione di endorfine, grazie a movimenti ritmici (dondolio, oscillazioni sul birth ball, camminare) che inducono rilassamento e aiutano la donna a entrare in una sorta di “trance fisiologica”, riducendo la percezione di pericolo;
- permetta alla donna di sentirsi protagonista del processo, aumentandone l'empowerment, riducendo l'ansia e favorendo così una fisiologica progressione del travaglio.

A livello sperimentale, uno studio controllato randomizzato condotto da Aslantaş e Çankaya (2024)(7) ha valutato gli effetti dell'utilizzo della palla da parto su un campione di donne in travaglio. I risultati sono stati significativi:

- riduzione del dolore percepito durante le fasi attive del travaglio;
- riduzione della durata del travaglio, in particolare della fase espulsiva;

L'utilizzo della palla da parto facilita l'assunzione di posizioni dinamiche che favoriscono la discesa e il posizionamento del bambino, favorendo un travaglio più fisiologico.

Secondo *Fisiologia della nascita*, il movimento può ridurre il dolore tramite la stimolazione delle fibre nervose tattili e propriocettive, che attivano il gate control a livello midollare, inibendo la trasmissione del dolore. Infatti uno dei principali meccanismi fisiologici in grado di modulare la percezione del dolore è rappresentato dalla teoria del gate control di Melzack e Wall (1965). Secondo questa teoria, a livello delle corna posteriori del midollo spinale esiste un sistema di controllo che regola la trasmissione degli impulsi dolorosi al cervello. Quando le fibre nervose nocicettive (ossia legate al dolore) sono attivate in modo prevalente, il “cancello” rimane aperto e lo stimolo doloroso riesce a raggiungere le aree superiori. Viceversa, la stimolazione contemporanea delle fibre tattili e propriocettive (quelle non legate al dolore) può “chiudere il cancello”, riducendo la trasmissione del dolore. Il movimento durante il travaglio stimola in modo fisiologico queste fibre nervose non nocicettive. Tale stimolazione genera segnali che competono con quelli dolorosi a livello midollare, attivando il gate control e determinando così una diminuzione della percezione dolorosa.

In sintesi, movimento e verticalità rappresentano un potente strumento fisiologico di gestione del dolore e di empowerment della donna.

3.2.4 Massaggi e contatto fisico

Il massaggio durante il travaglio, specialmente a livello del sacro, è una tecnica non farmacologica che agisce sia sul piano neuroendocrino sia su quello affettivo-relazionale. Il contatto fisico continuo, il calore delle mani, la pressione ritmica e localizzata stimolano le terminazioni nervose cutanee e profonde (fibre C), stimolando la produzione di ossitocina tramite il contatto soprattutto del partner o di una persona con cui la donna abbia instaurato una relazione di fiducia.

Secondo *Fisiologia della nascita*, il massaggio ha un impatto concreto sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, contribuendo a:

- ridurre il rilascio di adrenalina;

- aumentare la sensazione di sicurezza e contenimento, riducendo la percezione di pericolo e favorendo il rilassamento;
- stimolare la produzione di ossitocina e endorfine.

A livello sperimentale, lo studio randomizzato controllato di Akköz Çevik e Karaduman (2020)(8) ha dimostrato che il massaggio a livello sacrale per trenta minuti durante il travaglio produce:

- una riduzione significativa del dolore percepito durante il travaglio;
- una diminuzione di livelli di ansia e preoccupazione;
- un aumento della soddisfazione del parto, migliorando l'empowerment materno e il ricordo dell'esperienza.

Il massaggio, specialmente se praticato dalla persona di fiducia della donna o dall'ostetrica, può rafforzare la relazione di fiducia e attivare una risposta affettiva positiva, con conseguente rilascio di ossitocina tramite il sistema limbico. Nel testo *Nel dolore del parto*, si sottolinea come il tocco e il contenimento corporeo abbiano valenza comunicativa e simbolica, contribuendo a ridurre la percezione di solitudine, aumentare la fiducia nella propria capacità di partorire e potenziare l'esperienza soggettiva positiva del parto. Nello specifico il tocco viene presentato come uno strumento di relazione e di sostegno, capace di trasmettere vicinanza e sicurezza. Il contenimento corporeo è visto come modalità di accompagnamento capace di ridurre ansia e paura, migliorando la percezione di sicurezza durante il travaglio. La dimensione simbolica e comunicativa del contatto viene richiamata anche quando si parla del valore del sostegno ostetrico, che non è solo tecnico, ma anche affettivo e relazionale.

Il massaggio non è dunque solo una tecnica meccanica, ma un gesto relazionale che può modulare la neurochimica del dolore, contribuendo così all'espletamento di un parto più fisiologico e meno medicalizzato.

3.3 Tecniche legate alla dimensione motivazionale-affettiva: il piano emotivo e relazionale

Questa dimensione riguarda la sfera emotiva, influenzata dal sistema limbico, dove il dolore acquista una valenza affettiva e simbolica.

Le tecniche che operano su questo piano mirano a creare un ambiente rassicurante e di sostegno, in grado di ridurre la paura e favorire la produzione di ossitocina.

3.3.1 Musica e voce

L’ascolto della musica durante il travaglio si configura come una tecnica non invasiva, facilmente applicabile, che agisce sulla percezione del dolore attraverso vie sensoriali e neuroendocrine.

La musica rappresenta una risorsa significativa nella gestione non farmacologica del dolore del parto, poiché agisce sulla regolazione emotiva e sul sistema neuroendocrino. Studi recenti hanno evidenziato che l’ascolto musicale favorisce rilassamento, riduce ansia e paura e contribuisce a modulare la percezione del dolore attraverso l’attivazione di circuiti limbici, in particolare l’amigdala e l’ippocampo, che sono aree cerebrali coinvolte nell’elaborazione delle emozioni e nella risposta allo stress. Questo effetto si traduce in una diminuzione della produzione di adrenalina, ormone che tende a ostacolare la progressione del travaglio, e in un contestuale favorimento della secrezione di ossitocina ed endorfine, mediatori endocrini fondamentali per la fisiologia della nascita. La musica, quindi, non solo migliora l’esperienza soggettiva della donna riducendo dolore e ansia, ma contribuisce anche a creare un ambiente interno favorevole al fisiologico andamento del parto, sostenendo i processi neuroendocrini che ne regolano la fisiologia.

Una revisione sistematica e meta-analisi condotta da Şen et al. (2023)(9) ha analizzato numerosi studi clinici sull’effetto della musica in travaglio. I risultati hanno evidenziato che:

- la musica riduce in modo statisticamente significativo il dolore percepito durante il travaglio, in particolare nella fase attiva, migliorando così l’esperienza soggettiva del parto, aumentando la soddisfazione materna;
- non presenta effetti collaterali per madre o neonato, configurandosi come intervento sicuro e facilmente integrabile nei contesti clinici.

Questi risultati sono confermati anche da una revisione sistematica e meta-analisi più recente di Vaid et al. (2025)(10), che ha analizzato l’effetto della musicoterapia su donne primigravide durante il parto vaginale. Gli autori hanno evidenziato:

- una mitigazione dell’ansia e della paura del parto;

- una riduzione significativa della percezione del dolore attraverso l'attivazione del sistema oppioide endogeno nella prima e nella seconda fase di travaglio attivo;
- un impatto benefico sull'esperienza complessiva della nascita.

Questi dati confermano l'importanza della musica non solo come elemento di conforto, ma come vero e proprio modulatore ormonale. L'ambiente sonoro – soprattutto se scelto dalla donna – può diventare uno strumento di empowerment e partecipazione attiva al parto, riducendo la medicalizzazione e favorendo il processo fisiologico.

3.3.2 Supporto emotivo cotinuo

Il supporto emotivo durante il travaglio rappresenta una componente fondamentale per la modulazione della percezione del dolore. La presenza costante e partecipe di una figura di riferimento, che può essere raffigurata dal partner, da un familiare scelto e/o dall'ostetrica, crea un ambiente favorevole, sostenendo l'equilibrio neuroendocrino.

Nel libro *Nel dolore del parto*, gli autori sottolineano come l'ambiente relazionale influenzi direttamente il sistema limbico, regolatore della risposta allo stress, avendo quindi un impatto diretto sulla percezione del dolore. La sicurezza relazionale riduce paura e stress, favorendo il rilassamento. Quando prevalgono ansia e paura si attiva la produzione di adrenalina e catecolamine, che ostacolano il travaglio, quando invece prevale un ambiente di fiducia si facilita la secrezione di ossitocina ed endorfine, ossia quegli ormoni che sostengono la progressione del travaglio e riducono la percezione dolorosa.

Questi aspetti trovano conferma nella revisione sistematica condotta da Bohren et al. (2019)(11) per la Cochrane, che ha raccolto le esperienze e le percezioni di donne che hanno ricevuto sostegno continuo durante il travaglio. Dall'analisi emerge nel complesso un miglioramento dell'esperienza complessiva del parto, soprattutto nei casi in cui la persona di fiducia fosse stata integrata anche in un percorso prenatale.

3.4 Tecniche legate alla dimensione cognitiva-valutativa: il piano mentale e di consapevolezza

Questa dimensione riguarda i processi neocorticali e la capacità della donna di attribuire un significato al dolore, trasformandolo da esperienza minacciosa a esperienza funzionale e di crescita.

Agire su questo piano significa promuovere consapevolezza, fiducia e conoscenza, strumenti che riducono l'ansia e la tensione.

3.4.1 Visualizzazioni e mindfulness

Una risorsa che può risultare importante è rappresentata dalla preparazione mentale alla nascita. In questo senso, Duncan et al. (2017)(12) hanno condotto uno studio randomizzato controllato sull'efficacia di un percorso di mindfulness-based childbirth education (MBCP) rispetto a un corso tradizionale. I risultati hanno mostrato che le donne che hanno seguito il programma mindfulness hanno:

- riferito un maggiore senso di empowerment rispetto alla gestione del dolore, dato dalla fiducia nelle proprie risorse e dalle consapevolezze sul loro corpo e la loro mente sviluppate durante il corso, con conseguente minor ricorso ad analgesia farmacologica;
- riscontrato minore incidenza di depressione post-partum.

La donna che si sente accolta, sostenuta e rispettata può entrare nello stato di trance fisiologica del parto, lasciando spazio ai processi endogeni e riducendo la necessità di interventi medicalizzati.

3.4.2 Corsi di accompagnamento alla nascita

I corsi di accompagnamento alla nascita rappresentano uno strumento fondamentale per preparare la donna e la coppia all'esperienza del parto, favorendo la conoscenza dei processi fisiologici, la consapevolezza del proprio corpo e la fiducia nelle proprie capacità. Attraverso l'apprendimento di tecniche di respirazione, rilassamento, visualizzazione, massaggio o utilizzo della fitball, la donna sviluppa strategie cognitive e comportamentali per affrontare il dolore, migliorando la percezione di controllo e autoefficacia.

Sono stati condotti diversi studi che evidenziano come la partecipazione ai corsi antenatali riduca non solo l'ansia e la paura del parto, ma influisca positivamente sugli esiti clinici e sulla gestione del dolore.

Lo studio randomizzato controllato di Levett et al. (2016)(13) ha valutato l'efficacia di un programma di medicina integrata prenatale per la gestione del dolore nel travaglio. In questo programma durante gli incontri tenuti dalle ostetriche, sono stati affrontati i temi del massaggio, della respirazione, delle visualizzazioni, dell'aromaterapia, della digitopressione e dell'uso della palla da parto. Dai risultati dello studio emerge che le donne che avevano partecipato al programma hanno mostrato una significativa riduzione dell'uso di analgesia epidurale (23,9% rispetto al 68,7% del gruppo controllo) e una maggiore soddisfazione nei confronti dell'esperienza del parto, senza differenze negative per quanto riguarda gli esiti materni o neonatali.

Analogamente, un trial randomizzato controllato condotto da Kuo et al. (2022)(14) ha dimostrato che un programma integrato di educazione al parto basato su mindfulness, tecniche di respirazione e consapevolezza corporea ha portato a una riduzione significativa della paura del parto, dell'ansia e dei sintomi depressivi nel periodo perinatale. Questi risultati evidenziano come anche la preparazione psicologica e cognitiva possa influire direttamente sul vissuto del travaglio, migliorando la capacità di gestire le sensazioni dolorose e conseguentemente l'esperienza del parto.

Nel complesso, questi studi suggeriscono che i corsi di accompagnamento alla nascita non sono soltanto momenti di trasmissione di informazioni, ma spazi di crescita in cui la donna può rielaborare le proprie rappresentazioni del parto, sviluppare fiducia nelle proprie competenze e costruire un senso di continuità tra corpo, mente e bambino.

3.5 Conclusione

Le tecniche di gestione del dolore non farmacologiche rappresentano strumenti fondamentali per l'ostetrica e per la donna al fine di sostenere la fisiologia del parto, poiché agiscono in modo integrato sulle tre dimensioni del dolore: sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva e cognitiva-valutativa. Attraverso di queste la donna può infatti modulare la percezione dolorosa attraverso un adattamento ormonale favorevole, mantenendo attiva la produzione di endorfine e ossitocina.

Come evidenziato nei testi *Fisiologia della nascita*, *Nel dolore del parto*, *La gioia del parto* e *Partorire in movimento*, queste pratiche non costituiscono semplici alternative ai metodi farmacologici, ma veri e propri strumenti di empowerment: permettono alla donna di riconoscere il significato fisiologico e trasformativo del dolore e di partecipare attivamente al processo della nascita.

Integrare le tre dimensioni del dolore nella preparazione e nell’assistenza alla nascita consente di promuovere un’esperienza più positiva, rispettosa e consapevole, capace di influire positivamente sul benessere post-partum e sul ricordo soggettivo dell’evento nascita.

4. Influenza culturale e sociale nella percezione e gestione del dolore del parto

Il dolore del parto non è un'esperienza soltanto biologica ma un fenomeno complesso, che intreccia fisiologia, psicologia e cultura. La percezione del dolore del parto è fortemente influenzata da fattori culturali, sociali e relazionali. L'espressione del dolore dipende dai significati simbolici attribuiti al parto nelle diverse società. Anche la risposta dell'ambiente (accoglienza, riconoscimento o svalutazione) influisce sul vissuto della donna.

4.1 Interpretazioni culturali, religiose e antropologiche del dolore del parto

Il significato attribuito al dolore del parto varia profondamente nelle diverse culture e rappresenta uno specchio dei valori sociali, religiosi e simbolici di ogni epoca. Come sottolinea Verena Schmid nel libro *Voglia di parto*(15), il dolore non è mai stato considerato un'esperienza isolata, ma sempre connessa alla filosofia di vita dominante e al modo in cui una società affronta la sofferenza. Nelle comunità che vivono in equilibrio con la natura e ne accettano la ciclicità, il dolore del parto è percepito come parte integrante del ritmo vitale: un evento transitorio, dotato di senso e necessario alla trasformazione. In queste culture il dolore è accolto e condiviso, e le donne imparano a conviverci, riconoscendo in esso una prova di forza e una tappa del proprio processo evolutivo.

Le culture tradizionali hanno spesso interpretato il parto come rito di passaggio o “impresa personale”, paragonata a una battaglia che mette alla prova il coraggio e la resistenza della donna. In molte società, il parto è definito “la guerra delle donne”: un evento in cui la partoriente si misura con la propria potenza, affrontando la prova con determinazione e consapevolezza. In altri contesti, il parto è vissuto come una forma di elevazione spirituale nella quale il dolore si trasforma in gioia e connessione con l'universo. Questa visione, che Schmid mette in relazione con le pratiche di alcune culture indigene, restituisce alla nascita una dimensione sacra e rituale che nelle società contemporanee si è in gran parte perduta.

Un esempio significativo proviene dalle tradizioni dei nativi americani, per i quali le doglie sono considerate veri e propri “doni”: per la donna, perché la avvicinano al compimento del suo desiderio di dare la vita; per il bambino, perché lo preparano alla nascita. In questa

prospettiva, il dolore non è punizione né minaccia, ma parte di un linguaggio corporeo che unisce madre e figlio, natura e spiritualità.

Schmid evidenzia inoltre come la cultura occidentale contemporanea abbia progressivamente negato il valore simbolico e trasformativo del dolore, riducendolo a elemento patologico da eliminare. Il modello tecnologico e produttivo dominante, orientato alla linearità e al controllo, ha esorcizzato l'imprevedibilità, la vulnerabilità e la ciclicità della vita. Il dolore, così come il disagio e la morte, è stato espulso dalla narrazione sociale: l'unico sacrificio ammesso è di tipo economico, finalizzato alla produttività. In questa cornice culturale, il dolore del parto diventa un'anomalia da correggere piuttosto che un evento da caccogliere e comprendere.

Una parte rilevante dell'analisi di Schmid riguarda anche la radice religiosa e simbolica della sofferenza femminile nella cultura occidentale. L'autrice individua nella condanna biblica di Eva uno dei principali archetipi che hanno plasmato l'immaginario collettivo sul dolore del parto: "partorirai con dolore" è diventato un imprinting culturale profondo, capace di nutrire per secoli la rappresentazione della donna come peccatrice e vittima. Tale interpretazione ha sostenuto la dicotomia madre/peccatrice, sacro/profano, obbedienza/libertà, rafforzando la subordinazione del corpo femminile e la separazione tra maternità e sessualità.

Schmid propone tuttavia una lettura evolutiva e liberante della stessa narrazione biblica: Eva non è più simbolo di colpa, ma di consapevolezza e conoscenza. L'espulsione dal Paradiso non è punizione, ma passaggio alla dualità e alla coscienza. In questa prospettiva, il dolore del parto rappresenta un mezzo di crescita, di incarnazione e di trasformazione. Le doglie diventano quindi strumento di evoluzione e non di espiazione, una via per il recupero dell'unità fra corpo, mente e spirito.

Dal punto di vista antropologico, la stessa autrice osserva che le società che accettano la funzione ciclica del dolore e della rinascita sono anche quelle che mostrano maggiore resilienza e coesione. Laddove il dolore viene negato o represso, aumenta invece la paura che, come Schmid sottolinea, è da sempre anche uno strumento di controllo sociale. Mantenere le donne nella paura significa infatti renderle più dipendenti e manipolabili, sottraendo loro potere decisionale e capacità di autogestione del parto. In questo senso, la perdita dei riti, dei simboli e dei contesti di condivisione femminile ha avuto un effetto culturale di frammentazione: ha reso la donna più sola, più vulnerabile e più esposta all'intervento medico.

Il superamento di questi condizionamenti passa attraverso la riappropriazione del significato del dolore. Accettare il dolore non come pena ma come via di conoscenza restituisce alla donna libertà, competenza e dignità. È ciò che Schmid definisce “accettazione attiva”: un lavoro di consapevolezza che permette di trasformare il dolore da afflizione in strumento di potenza. In questo modo, il dolore del parto torna ad essere non soltanto un evento fisiologico, ma un’esperienza profondamente culturale e simbolica, che riconnette la donna alla propria forza, alla collettività e alla continuità della vita.

4.2 Visione globale e sintesi socioculturale

Un contributo recente e particolarmente rilevante alla comprensione del dolore del parto in chiave socioculturale è offerto dalla scoping review di Tandon, Gujral e Gupta(16), che ha esaminato in maniera sistematica la letteratura pubblicata tra il 1984 e il 2024 riguardo percezioni, esperienze e influenze culturali sulla gestione del dolore. L’analisi ha identificato tre aree tematiche principali: la natura e l’intensità del dolore, le risposte delle donne alle diverse modalità di gestione e l’influenza dei fattori socioculturali.

Il primo aspetto riguarda la natura multidimensionale del dolore del travaglio, distinto dal dolore patologico poiché dotato di una valenza funzionale. Il dolore del parto è quindi percepito come dinamico, in evoluzione con l’avanzare del travaglio, e intreccia componenti fisiche, emotive e simboliche.

Il secondo tema emerso riguarda la dissonanza tra aspettative e realtà. Le donne giungono al parto con immagini mentali e rappresentazioni sociali del dolore fortemente influenzate dal contesto culturale di appartenenza e dai racconti che gli vengono fatti. Quando il loro vissuto personale si discosta dalle aspettative, questo genera spesso ansia, stress emotivo e delusione, con un impatto significativo sulla percezione complessiva del parto. L’esperienza del dolore, quindi, dipende anche dal grado di corrispondenza tra ciò che la donna si aspetta e ciò che realmente vive.

Il terzo tema, riguarda le determinanti socioculturali. L’etnia, la religione, le norme sociali, lo status socioeconomico e il livello di istruzione giocano un ruolo cruciale non solo nella percezione del dolore, ma anche nella disponibilità e nell’accettazione delle strategie di gestione dello stesso. Ad esempio, in contesti in cui la sofferenza è culturalmente normalizzata come parte del processo fisiologico del parto, le donne tendono a tollerare meglio il dolore e a ricorrere meno frequentemente all’analgesia farmacologica. Al contrario, nelle società in cui

domina un modello medicalizzato, il dolore è spesso percepito come un evento nemico e intollerabile, da allontanare con interventi clinici.

Anche a livello di espressione del dolore cultura e religione sono influenti. Nello studio viene evidenziato come testimoni di Geova, donne atee e donne cristiane, siano più inclini all'espressione verbale del dolore; mentre le partorienti musulmane più frequentemente tendano a piangere o urlare. Per quanto riguarda questo particolare aspetto, ruolo significante è rappresentato dall'immigrazione. Se in un ambiente familiare e legato alla propria cultura è stato dimostrato le donne musulmane siano inclini all'espressione del dolore abbandonandosi al pianto, il loro comportamento risulta cambiare e diventare stoico qualora dovessero trovarsi negli ospedali europei, in quanto la loro cultura impone loro di dimostrare forza e controllo.

Un elemento messo in luce dalla review è anche l'influenza dei sistemi sanitari e delle politiche pubbliche. Programmi di sostegno alla maternità, come quelli promossi in alcuni paesi a basso e medio reddito (es. *Janani Suraksha Yojana* in India), possono modificare profondamente l'esperienza soggettiva del parto, aumentando il senso di sicurezza e riducendo la paura, con conseguente impatto sulla percezione del dolore.

4.3 Il sapere delle donne e la memoria culturale del parto

Un'ulteriore prospettiva culturale utile a comprendere la percezione del dolore del parto riguarda il concetto di sapere femminile legato alla nascita. Nel testo *Come sapere il parto*(17) si sottolinea che le donne possiedono da sempre un sapere corporeo e intuitivo del parto, un sapere “che non si insegna ma si trasmette”. Si tratta di una conoscenza incorporata, custodita e tramandata da generazione in generazione, spesso all'interno di comunità femminili, attraverso racconti, osservazione e partecipazione ai parto delle altre donne della comunità.

La modernizzazione dell'assistenza e la medicalizzazione hanno progressivamente ridotto lo spazio di questa trasmissione diretta, sostituendo il sapere esperienziale con un sapere tecnico, standardizzato e oggettivato. Di conseguenza, la donna contemporanea è spesso privata di una parte del suo potere corporeo e simbolico, affidando la nascita a una gestione esterna piuttosto che alla propria competenza fisiologica e intuitiva. Come osserva l'autrice, “le donne sanno partorire, se solo vengono lasciate ascoltare il proprio corpo”.

Questa perdita del sapere condiviso consiste in una trasformazione culturale profonda. In molte culture tradizionali, il parto era un evento comunitario, circondato da riti, presenze femminili, canti e parole di sostegno: elementi che rendevano il dolore un'esperienza contenuta e socialmente riconosciuta e condivisa. Nelle società occidentali contemporanee, invece, il parto tende a essere isolato e tecnicizzato: la donna partorisce in un ambiente clinico, spesso sola, dove il dolore è trattato come un sintomo da sopprimere piuttosto che come una parte funzionale del processo nascita.

Il sapere femminile si configura dunque come un patrimonio culturale immateriale. In questa direzione si inserisce anche il progetto europeo *Birth Cultures* e il *Birth Stories Toolkit*(18), che propone di recuperare e valorizzare le narrazioni di nascita come strumenti di consapevolezza, dialogo interculturale e trasmissione dei saperi tradizionali.

La narrazione, tradizionale o digitale, diventa infatti un veicolo per condividere esperienze e rappresentazioni della maternità, del parto e del dolore che lo accompagna, restituendo alle donne la possibilità di riappropriarsi del proprio vissuto corporeo e simbolico. Attraverso lo storytelling, infatti, si costruisce un sapere intergenerazionale che riconnette il parto alla dimensione collettiva e culturale, contrastando la tendenza alla frammentazione e alla medicalizzazione dell'esperienza.

Raccontare le esperienze di nascita, con le loro sfumature di dolore, forza e trasformazione, permette di ricostruire un linguaggio condiviso del parto, più umano e più vicino alla fisiologia, capace di restituire dignità e significato all'esperienza del dolore.

In quest'ottica, la narrazione rappresenta un ponte tra dimensione individuale e collettiva: attraverso le storie di parto, le donne si riconoscono parte di una cultura della nascita che è insieme biologica, sociale e simbolica. Il dolore, così, non è più soltanto un evento fisico da superare, ma un'esperienza dotata di senso, parte integrante di una memoria comune che unisce le donne nel tempo e nello spazio.

4.4 Differenze etniche e percezioni cliniche

Uno studio di Sheiner et al.(19) ha mostrato come anche gli operatori sanitari siano influenzati da stereotipi culturali. Questo studio mostra infatti come pur in presenza di valori simili di dolore auto-riferito, il personale sanitario ebraico tendeva a sottostimare la sofferenza delle donne beduine rispetto a quella delle donne ebree. Questo dimostra che il dolore non solo è vissuto diversamente dalle donne, ma è anche interpretato in modo differente dai professionisti in base al contesto etnico e culturale.

4.5 Implicazioni per l'assistenza ostetrica

Come evidenziano Bravi e Dal Verme nel *Manuale di assistenza gineco-ostetrico-neonatale*(20), le modalità di assistenza alla nascita rispecchiano il sistema di valori di ciascuna comunità.

La gravidanza, il parto e il puerperio sono espressioni culturali che incarnano la posizione della donna e del bambino all'interno della società e della famiglia, costituendo un linguaggio attraverso cui la collettività definisce la propria visione del mondo.

In questo senso, nel testo viene proposta una prospettiva di decentramento culturale, invitando a riconoscere che la nostra visione “scientifica” della nascita non è universale, ma storicamente e culturalmente situata. Il modello occidentale, fondato sul pensiero razionale e meccanicistico, tende a separare corpo e spirito, salute e malattia, natura e cultura. In altre culture, invece, il corpo è concepito come parte integrante dell'universo, animato da forze e relazioni che coinvolgono l'intero gruppo sociale.

Un esempio emblematico è rappresentato dalla medicina tradizionale cinese, che vede la salute come equilibrio dinamico fra *Yin* e *Yang*, forze complementari che regolano il cosmo e l'essere umano. Il parto, in questa visione, è il momento in cui la donna si apre al flusso energetico dell'universo, e la cura si fonda sull'armonia tra corpo, mente e ambiente. Nelle culture africane, la malattia e la sofferenza sono spesso lette come rotture dell'ordine sociale e spirituale: la guarigione passa attraverso riti comunitari di riparazione e riconciliazione.

Nelle comunità latino-americane, invece, il parto conserva un valore sacro e collettivo. Le *parteras* e le *curanderas* incarnano un sapere antico, basato sulla connessione tra corpo,

natura e spirito. Esse accompagnano la donna con tisane, massaggi, preghiere e simboli religiosi — come la *Virgen del Carmen* o il *Divino Niño* — trasformando il parto in un rito di passaggio che unisce la dimensione spirituale, familiare e sociale. La placenta, considerata organo sacro, viene spesso sepolta o consacrata alla terra, simbolo del legame fra la madre, il bambino e la natura.

In tutte queste culture, la nascita non è mai un fatto isolato: è parte di un ordine cosmico, un momento di continuità fra visibile e invisibile, vita e morte, corpo e spirito. Questa prospettiva, riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità(21), invita a valorizzare le pratiche tradizionali come patrimonio di salute pubblica e a integrarle in una visione più ampia e rispettosa della diversità culturale.

Per l'ostetrica, ciò significa sviluppare una competenza antropologica capace di accogliere e comprendere la pluralità dei modelli di nascita, evitando di imporre categorie univoche. Solo attraverso questa apertura, un vero “decentramento dello sguardo”, è possibile restituire al parto la sua dimensione simbolica, spirituale e sociale, anche al fine di promuovere un'assistenza che onori la cultura e la dignità di ogni donna.

Gli studi sulle differenze etniche sopra riportati documentano come il personale sanitario può tendere a sottostimare o a malinterpretare il dolore di donne appartenenti a minoranze o culture diverse dalla propria. Ciò rende necessaria una formazione professionale specifica sulla consapevolezza dei bias culturali, per garantire un'assistenza equa e rispettosa, in cui la valutazione del dolore sia basata sul vissuto soggettivo della donna piuttosto che su interpretazioni esterne.

Assodato che le aspettative e le narrazioni sociali modellano profondamente la percezione del dolore, nasce la necessità di programmi di preparazione alla nascita che non si limitino agli aspetti fisiologici, ma affrontino anche il significato culturale del dolore, aiutando le donne a elaborare le proprie aspettative e fornendo strategie di coping adeguate e personalizzate.

Criticità e limiti

Nonostante le evidenze a supporto delle tecniche non farmacologiche e del ruolo dei fattori culturali, la letteratura presenta ancora numerose criticità e lacune.

In primo luogo, la variabilità metodologica tra gli studi limita la possibilità di confronti diretti: alcuni lavori si basano su piccoli campioni, altri su specifiche popolazioni o su contesti ospedalieri molto diversi tra loro. Ciò rende difficile generalizzare i risultati a tutte le donne e a tutti i sistemi sanitari.

In secondo luogo, alcune tecniche non farmacologiche risultano poco studiate o non indagate con la stessa robustezza metodologica di altre. Ad esempio, sebbene la musica e l'acqua siano supportate da meta-analisi, altre pratiche come il massaggio o le tecniche di respirazione sono documentate da un numero più limitato di studi clinici randomizzati. Inoltre, mancano ricerche comparative che valutino l'efficacia relativa tra le diverse strategie.

Un'altra criticità riguarda la rappresentazione delle diverse popolazioni. Molti studi si concentrano su contesti occidentali o urbanizzati, mentre restano carenti i dati relativi a popolazioni rurali, minoranze etniche e donne migranti.

Nel complesso, queste criticità evidenziano la necessità di ulteriori ricerche che possano valutare l'efficacia delle tecniche in popolazioni eterogenee e in diversi modelli assistenziali, fornendo basi più solide per una pratica ostetrica realmente evidence-based e rispettosa della diversità.

Conclusioni

Dall'analisi della letteratura emerge come il dolore del parto rappresenti un'esperienza complessa, in cui si intrecciano componenti fisiologiche, neuroendocrine, psicologiche e culturali. Lontano dall'essere un semplice sintomo da eliminare, il dolore assume una funzione biologica e adattativa: stimola la secrezione di endorfine e ossitocina, favorendo la progressione del travaglio e promuovendo nella donna uno stato di benessere, concentrazione e fiducia nelle proprie capacità.

Le tecniche non farmacologiche di gestione del dolore, quali respirazione consapevole, movimento libero, immersione in acqua, massaggio e supporto emotivo continuo, si configurano come strumenti efficaci per sostenere la fisiologia del parto e gestire la percezione dolorosa. Queste modalità, oltre a stimolare la produzione di ormoni endogeni, favoriscono l'empowerment della donna e il mantenimento di un'esperienza di nascita positiva e percepita dalla donna come protagonista e partecipe.

Parallelamente, l'influenza del contesto culturale e sociale risulta determinante nel modulare la percezione e l'interpretazione del dolore. Le rappresentazioni culturali del parto, le credenze religiose e i modelli sociali influenzano il modo in cui la donna si prepara, vive e ricorda l'esperienza del travaglio e del parto. In contesti che valorizzano la fisiologia e la naturalità della nascita, il dolore tende a essere vissuto come parte integrante del processo e non come evento da temere.

Alla luce di questi risultati, l'assistenza ostetrica riveste un ruolo centrale nel sostenere la fisiologia del parto e la capacità della donna di affidarsi al proprio corpo. Creare un ambiente relazionale sicuro e intimo, fondato su fiducia e continuità assistenziale, consente di mantenere l'equilibrio ormonale e psicologico necessario al buon esito del travaglio.

Il dolore del parto può quindi essere interpretato come un fenomeno funzionale e trasformativo, la cui accoglienza consapevole permette alla donna di vivere la nascita come esperienza di empowerment, consapevolezza e crescita. Promuovere una visione integrata, che tenga insieme dimensioni biologiche, emotive e culturali, significa restituire al parto il suo significato più profondo e favorire un modello di assistenza realmente centrato sulla donna.

Bibliografia

1. Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. *Fisiologia della nascita: dai prodromi al post partum.* Nuova ed. [2. ed.]. Roma: Carocci; 2024.
2. Castagneri M, Regalia A, Bestetti G. *Nel dolore del parto.* Roma: Carocci Faber; 2019. (Tascabili).
3. Gaskin IM. *La gioia del parto: segreti e virtù del corpo femminile durante il travaglio e la nascita.* Pavia: Bonomi; 2004.
4. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open.* giugno 2022;12(7):e056517.
5. Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z, Tastan K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *J Integr Med.* novembre 2017;15(6):456–61.
6. Calais-Germain B, Molle I, Vives Parés N. *Partorire in movimento: i movimenti del bacino durante il parto.* Roma: Epsilon; 2016.
7. Aslantaş BN, Çankaya S. The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: a randomized controlled study. *Arch Gynecol Obstet.* 5 luglio 2023;309(6):2459–74.
8. Karaduman S, Akköz Çevik S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci.* gennaio 2020;17(1):e12272.
9. Şen E, Günaydin S, Yilmaz T, Dinç Kaya H. The Effect of Music on Labor Pain and Duration: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Mind Body Med.* Fall 2023;37(4):4–11.
10. Vaid R, Fareed A, Farhat S, Hammoud Z, Asif MI, Ochani S, et al. Sounds of comfort: the impact of music therapy on labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 9 maggio 2025;22(1):67.
11. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, curatore. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 18 marzo 2019 [citato 20 ottobre 2025];2019(7). Disponibile su: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
12. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth.* dicembre 2017;17(1):140.
13. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open.* luglio 2016;6(7):e010691.

14. Kuo TC, Au HK, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. *Midwifery*. ottobre 2022;113:103438.
15. Voglia di parto: metodi e tecniche per gestire le doglie e ridurre il dolore. 2 rist. Firenze: AAM Terra Nuova; 2019.
16. Tandon A, Gujral K, Gupta V. Labour Pain: A Comprehensive Review of Perceptions, Experiences, and Sociocultural Influences on Pain and Its Management Practices. *Cureus* [Internet]. 22 giugno 2025 [citato 22 ottobre 2025]; Disponibile su: <https://www.cureus.com/articles/374044-labour-pain-a-comprehensive-review-of-perceptions-experiences-and-sociocultural-influences-on-pain-and-its-management-practices>
17. Sbisà M. Come sapere il parto: storia, scenari, linguaggi. 1. ed. italiana. Torino: Rosenberg & Sellier; 1992.
18. Milano CD, Migone P, Schmid-Altringer S. A toolkit for secondary schools.
19. Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. *Pain*. 1 giugno 1999;81(3):299–305.
20. Costantini W. Trattando di scienza ed arte della professionalità ostetrica. Calistri D, Ferrazzi E, Mauri PA, Parazzini F, curatori. Padova: Piccin; 2021.
21. Weltgesundheitsorganisation, curatore. WHO traditional medicine strategy, 2014 - 2023. Geneva: World Health Organization; 2013. 76 p.