

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

Tra tradizione e innovazione: il rebozo come strumento ostetrico. Survey nazionale su conoscenze, attitudini e modalità di utilizzo da parte delle ostetriche

Between tradition and innovation: the rebozo as a midwifery tool. A national survey on midwives' knowledge, attitudes and methods of use

Relatrice: Dott.ssa

Federica Rossini

Tesi di Laurea di:

Aurora Cocci

A.A. 2025-2026

INDICE

ABSTRACT……..1

1. INTRODUZIONE……3

1.1 Rebozo: origine e storia dello strumento ……..……3

1.2 Il rebozo nella tradizione ostetrica messicana…….....….5

1.3 Il rebozo nell'assistenza ostetrica contemporanea……...……9

1.4 Il rebozo come strumento di ipoalgesia…….…...…11

1.5 Il rebozo come strumento per favorire il posizionamento ottimale fetale……..14

2. OBIETTIVO……17

3. MATERIALI E METODI……19

3.1 Setting dello studio e campionamento…….……...…20

3.2 Raccolta e analisi dei dati……21

4. RISULTATI……..23

4.1 Descrizione del campione…….…….….23

4.2 Analisi descrittiva……...27

4.3 Analisi inferenziale…….……48

5. DISCUSSIONE……..…....50

5.1 Limiti dello studio……..……53

6. CONCLUSIONI……..55

7. BIBLIOGRAFIA…….…57

8. ALLEGATO N.1…….….60

ABSTRACT

Introduzione: il rebozo è un'antica tecnica di origine messicana impiegata nell'assistenza alla gravidanza, al travaglio, al parto e al puerperio. Il crescente interesse verso strategie non farmacologiche per il supporto alla donna nel percorso nascita ha favorito la diffusione del suo utilizzo anche in contesti ostetrici contemporanei. Sebbene la letteratura suggerisca potenziali benefici in termini di riduzione del dolore, rilassamento materno e promozione della fisiologia del parto, le conoscenze, la formazione e la pratica assistenziale relative al rebozo risultano ancora poco esplorate nel contesto italiano.

Obiettivo: indagare il livello di conoscenza, la formazione, le attitudini e le esperienze delle ostetriche italiane riguardo all'utilizzo del rebozo nella pratica clinica, esplorandone la diffusione nei diversi contesti assistenziali, le modalità di impiego e i principali ambiti di applicazione durante gravidanza, travaglio e parto. Lo studio si propone inoltre di analizzare la possibile associazione tra formazione specifica ricevuta e anni di esperienza professionale con il relativo utilizzo dello strumento nella pratica ostetrica.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale trasversale quantitativo articolato in due fasi. La prima ha previsto una revisione della letteratura sulle origini, le applicazioni e i benefici del rebozo in ambito ostetrico, effettuata tramite consultazione delle banche dati PubMed e Cochrane Library e di testi specialistici. La seconda fase ha previsto la somministrazione di un questionario online sviluppato ad hoc, rivolto alle ostetriche operanti in Italia, finalizzato a indagare conoscenze, formazione, attitudini ed esperienze relative all'utilizzo del rebozo nella pratica clinica. I dati raccolti sono stati analizzati mediante statistica descrittiva e inferenziale utilizzando Microsoft Excel, al fine di esplorare le associazioni tra specifiche variabili di interesse, in particolare formazione professionale, esperienza lavorativa e utilizzo del rebozo.

Risultati: hanno partecipato allo studio 201 ostetriche, con un'età media di 37,5 anni. La quasi totalità del campione (98,5%) ha dichiarato di conoscere il rebozo come strumento ostetrico e il 59,7% ha riferito un livello di conoscenza buono o ottimo. Tuttavia, solo il 44,3% delle partecipanti ha ricevuto una formazione specifica sull'argomento. Le

principali applicazioni attribuite al rebozo sono risultate il favorire l'allineamento tra feto e canale del parto in gravidanza (n=167) e la riduzione del dolore durante il travaglio (n=165). Il 62,2% delle ostetriche riferisce di utilizzare il rebozo nella pratica clinica, prevalentemente in caso di malposizioni fetali e distocie, e il 96,0% di coloro che lo utilizzano riporta benefici percepiti nelle donne assistite. La maggioranza delle partecipanti considera il rebozo un valido complemento alle tecniche assistenziali tradizionali (96,5%), manifesta interesse ad approfondirne la formazione (90,0%) ed è favorevole a un suo maggiore impiego nella pratica clinica (95,0%). L'analisi inferenziale ha evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra la formazione specifica ricevuta e l'utilizzo del rebozo nella pratica professionale ($p < 0,05$), mentre non è emersa un'associazione significativa tra anni di esperienza professionale e utilizzo dello strumento ($p = 0,363$).

Conclusioni: lo studio evidenzia un atteggiamento generalmente favorevole delle ostetriche italiane nei confronti del rebozo e delle sue potenziali applicazioni nell'assistenza alla gravidanza e al parto. La formazione specifica emerge come un fattore chiave per la diffusione e l'integrazione dello strumento nella pratica clinica, risultando significativamente associata al suo utilizzo professionale. Sebbene siano necessari ulteriori studi per consolidare le evidenze scientifiche disponibili, il rebozo appare una risorsa promettente a supporto della fisiologia del parto e del benessere materno, in linea con un modello assistenziale centrato sulla donna e sulla promozione di un'esperienza di nascita positiva.

1. INTRODUZIONE

1.1 Rebozo: origine e storia dello strumento

Il rebozo è un tradizionale scialle messicano, generalmente realizzato a mano, caratterizzato da una forma lunga e rettangolare e da elaborate frange intrecciate alle estremità. La sua produzione richiede elevate competenze artigianali e rappresenta tuttora un importante patrimonio culturale di diverse regioni del Messico, tra cui San Luis Potosí, Estado de México, Michoacán e Oaxaca. Un elemento distintivo del rebozo tradizionale è costituito dai *rapacejos*, raffinate frange lavorate a mano che ne impreziosiscono le estremità e testimoniano l'abilità dei tessitori.

Storicamente, il rebozo ha accompagnato le donne nelle diverse fasi della vita, assumendo funzioni pratiche, simboliche e culturali: veniva utilizzato come indumento nella quotidianità, durante il corteggiamento e il matrimonio, come supporto alla maternità per il trasporto del neonato e, infine, come simbolo di dignità e appartenenza culturale nelle età più avanzate. Nel corso del tempo, accanto al suo valore tradizionale, il rebozo ha trovato applicazione anche nell'ambito dell'assistenza alla gravidanza e al parto.

Esistono rebozos di diverse dimensioni, la cui scelta varia in relazione alla funzione specifica per cui vengono impiegati. In ambito ostetrico si utilizza generalmente un tessuto lungo tra i 2 e i 3 metri e largo tra i 60 e gli 80 centimetri, caratteristiche che consentono di eseguire in modo efficace le tecniche di sostegno, contenimento e mobilizzazione utilizzate durante la gravidanza, il travaglio e il parto.

Il rebozo nasce durante il periodo coloniale, dall'incontro tra tradizioni tessili indigene e influenze spagnole e asiatiche. Nel corso dei secoli è diventato un elemento distintivo dell'abbigliamento femminile messicano, presente sia nelle comunità rurali sia nelle città. Ogni regione ha sviluppato stili, colori e tecniche di tessitura proprie, tanto che spesso un rebozo può raccontare l'origine geografica di chi lo indossa. Durante il XVIII e il XIX secolo il rebozo divenne un elemento essenziale del guardaroba femminile, era utilizzato da donne appartenenti a diversi ceti sociali, pertanto la qualità dei materiali e la complessità delle decorazioni potevano riflettere la condizione economica di chi lo

indossava. In questo periodo il rebozo acquisì anche un forte valore simbolico, divenendo un'espressione di appartenenza culturale e identità nazionale.

Il rebozo viene realizzato con l'antica tecnica del *jaspe*, o *ikat*, questa è una particolare tecnica di tintura dei fili prima della tessitura, infatti, prima di essere tinti, gruppi di fili vengono legati in punti specifici per impedire al colore di penetrare in alcune zone. Dopo la tintura, i legacci vengono rimossi e i fili vengono montati sul telaio. Quando i fili vengono tessuti, le aree colorate e non colorate si allineano creando motivi caratterizzati da contorni leggermente sfumati, una sorta di effetto "sfocato" che è la firma tipica dell'ikat.

Il nome rebozo deriva dal verbo spagnolo "*rebozar*", che significa avvolgere, coprire, avviluppare o anche nascondere sotto una copertura. Dal punto di vista etimologico, il termine richiama proprio la funzione principale di questo tessuto: coprire e avvolgere il corpo.

Il materiale con cui il rebozo viene realizzato è molto importante, soprattutto nelle tecniche corporee e ostetriche, il materiale è fondamentale poiché determina: la capacità di sostegno, infatti, un tessuto troppo elastico può non garantire un supporto adeguato, mentre uno troppo rigido può risultare scomodo; la distribuzione della pressione, infatti, fibre morbide e ben tessute consentono una trazione uniforme sul corpo della donna, favorendo rilassamento e comfort; la sicurezza, ovvero, un tessuto resistente riduce il rischio di deformazioni o cedimenti durante l'utilizzo; infine, la sensazione tattile: il contatto con materiali naturali può favorire una percezione di benessere e accoglienza, particolarmente importante nei momenti di cura.

Il materiale più utilizzato è il cotone, morbido, resistente, traspirante e adatto a sostenere il peso del corpo senza risultare eccessivamente rigido e per questo è spesso utilizzato nei rebozos destinati al supporto in gravidanza e al babywearing. Spesso sono utilizzate anche le fibre vegetali tradizionali (come maguey o altre fibre locali) che rappresentano le radici storiche della tessitura messicana e testimoniano il legame del rebozo con il territorio e la cultura indigena. Nella cultura messicana il rebozo è spesso associato a concetti quali: protezione, contenimento, legame materno, continuità tra le generazioni, forza femminile. L'atto di avvolgere o sostenere una persona con il rebozo assume un significato che va oltre la funzione materiale, richiamando l'idea di cura e vicinanza. Oggi il rebozo continua

a essere utilizzato in alcune comunità messicane secondo le pratiche tradizionali, ma ha conosciuto anche una diffusione internazionale. In ambito ostetrico e perinatale viene impiegato come strumento complementare di supporto alla donna in gravidanza e durante il travaglio. In sintesi, il rebozo rappresenta una tradizione secolare in cui si intrecciano arte tessile, maternità, assistenza femminile e identità culturale. Il suo valore risiede non solo nell'oggetto in sé, ma nel patrimonio di conoscenze, relazioni e significati che esso continua a trasmettere di generazione in generazione. La sua crescente diffusione internazionale ha contribuito a valorizzare le conoscenze tradizionali delle levatrici messicane e il lavoro degli artigiani che continuano a preservarne la produzione.

1.2 Il rebozo nella tradizione ostetrica messicana

L'utilizzo del rebozo in ostetricia rappresenta una delle pratiche più caratteristiche della tradizione delle “parteras tradicionales” (levatrici tradizionali) messicane. In questo contesto, il rebozo non viene impiegato come semplice indumento, ma come uno strumento di assistenza materna utilizzato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il periodo del puerperio.

Le parteras tradicionales utilizzano da secoli il rebozo durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio per molteplici finalità assistenziali. In particolare, questo strumento viene impiegato per alleviare tensioni muscolari e legamentose, favorire la mobilizzazione del bacino, facilitare l’allineamento tra l’asse fetale e il canale del parto, promuovere il corretto posizionamento fetale e supportare il riposizionamento dell’utero nel periodo post partum. Inoltre, il rebozo riveste un ruolo centrale nel rito tradizionale della “cerrada”, una pratica di “chiusura” del puerperio volta a favorire il recupero fisico ed emotivo della donna dopo il parto. Tali tecniche costituiscono parte integrante del patrimonio della medicina tradizionale messicana e vengono tramandate di generazione in generazione attraverso l’esperienza diretta e l’apprendimento pratico tra levatrici.

Durante la gravidanza, il rebozo viene utilizzato come strumento di sostegno e di benessere materno. In particolare, può contribuire a sostenere l’addome, soprattutto nelle

donne pluripare, a ridurre le tensioni lombari e pelviche, a favorire il rilassamento muscolare e legamentoso e a migliorare la consapevolezza corporea durante i cambiamenti propri della gestazione. Attraverso movimenti delicati di oscillazione, contenimento e sostegno, concordati e adattati alle esigenze della donna, la levatrice accompagna la gestante nella ricerca di una maggiore sensazione di comfort, equilibrio e benessere psicofisico. Secondo la tradizione messicana, inoltre, il trattamento con il rebozo può includere un massaggio che interessa l'intero corpo, dalla testa ai piedi, finalizzato a promuovere il rilassamento generale, il contenimento corporeo e una profonda sensazione di accudimento.

Durante la gravidanza, le parteras tradicionales fanno frequentemente ricorso alla sobada, una pratica manuale appartenente alla medicina tradizionale messicana e strettamente connessa, in molti contesti, all'utilizzo del rebozo nel corso della gravidanza e del periodo perinatale. Il termine deriva dal verbo spagnolo "*sobar"*, che significa "massaggiare", "sfregare" o "manipolare con le mani", e identifica un insieme di tecniche corporee basate sul contatto manuale finalizzate a sostenere la donna durante i cambiamenti fisici e fisiologici della gestazione.

Nell'assistenza prenatale, la sobada viene utilizzata dalla partera per valutare la posizione del feto attraverso la palpazione addominale, favorire il rilassamento della muscolatura addominale e lombare, alleviare tensioni e discomfort associati alle modificazioni posturali della gravidanza e promuovere una maggiore consapevolezza corporea della gestante. Questa pratica rappresenta pertanto non solo uno strumento di valutazione e supporto fisico, ma anche un mezzo per accompagnare la donna nel percorso della gravidanza.

La sobada è spesso integrata all'impiego del rebozo, con il quale instaura una relazione di complementarità. Mentre la sobada si basa sul contatto diretto delle mani della partera, il rebozo consente di realizzare movimenti di sostegno, contenimento, oscillazione e mobilizzazione del corpo, ampliando le possibilità di assistenza offerte dalla pratica tradizionale. L'utilizzo combinato di queste due modalità di intervento mira a favorire il benessere fisico ed emotivo della donna e a promuovere il fisiologico adattamento ai cambiamenti della gravidanza.

Un elemento centrale della sobada è rappresentato dalla relazione terapeutica che si instaura tra la donna e l'ostetrica. Il contatto fisico, l'ascolto empatico, la costruzione di un rapporto di fiducia e la continuità assistenziale costituiscono componenti fondamentali di questa pratica. In tale prospettiva, la sobada trascende la dimensione puramente tecnica della manipolazione corporea, configurandosi come un intervento di accompagnamento alla maternità che integra aspetti fisici, emotivi, relazionali e culturali. La sua applicazione si inserisce all'interno di un modello di assistenza centrato sulla persona, nel quale la cura del corpo si accompagna al sostegno del benessere psicologico e alla valorizzazione dell'esperienza soggettiva della donna nel percorso della gravidanza e della nascita.

Oltre alla funzione di sostegno dell'addome materno, il rebozo rappresenta uno strumento tradizionalmente impiegato dalle levatrici messicane per l'esecuzione di specifiche tecniche di massaggio durante la gravidanza e il travaglio di parto. Nell'ambito delle visite prenatali, la levatrice dedica tempo all'ascolto delle esperienze e delle preoccupazioni della donna, offrendo sostegno emotivo, informazioni e consigli finalizzati alla promozione del benessere materno e fetale. In questo contesto, il massaggio con il rebozo può essere proposto come pratica complementare di accompagnamento alla gravidanza. Prima di iniziare il trattamento, l'ostetrica crea un ambiente favorevole al rilassamento, assicurandosi che la donna possa vivere l'esperienza in una condizione di comfort e tranquillità.

La donna viene generalmente fatta accomodare in posizione supina su un tappetino, mentre l'ostetrica esegue movimenti ritmici e oscillatori mediante il rebozo, coinvolgendo progressivamente i diversi distretti corporei, dalla testa agli arti inferiori. Particolare attenzione viene dedicata all'area pelvica e agli arti inferiori prossimali, poiché tali manovre favoriscono il rilassamento muscolare profondo, la riduzione delle tensioni corporee e una sensazione di contenimento e benessere psicofisico. Secondo la tradizione, il movimento armonico trasmesso attraverso il rebozo coinvolge anche il feto, che accompagna i movimenti materni all'interno dell'utero. Questo momento di rilassamento e connessione viene considerato favorevole alla serenità della madre e al rafforzamento del legame prenatale con il bambino.

Nelle aree rurali del Messico e del Guatemala, il massaggio con il rebozo rappresenta una pratica tradizionalmente offerta alla donna durante la gravidanza. Attraverso questa tecnica, la gestante viene accompagnata in uno stato di riposo e rilassamento che favorisce una maggiore consapevolezza del proprio corpo e dei cambiamenti legati alla gravidanza. Il rebozo assume inoltre un ruolo significativo nel periodo successivo alla nascita, quando viene impiegato all'interno di specifici rituali di cura materna.

Durante il travaglio di parto, la donna può assumere diverse posizioni, tra cui quella eretta, seduta, inginocchiata o a carponi, mentre l'ostetrica utilizza il rebozo per eseguire movimenti ritmici e oscillatori a livello del bacino o dell'addome. Tali manovre sono finalizzate a favorire il rilassamento materno, ridurre la percezione del dolore associato alle contrazioni, aumentare il comfort della donna, sostenere la mobilità del bacino e accompagnare la fisiologica progressione del travaglio. Le oscillazioni prodotte dal rebozo possono contribuire ad alleviare le tensioni muscolari e a indurre una sensazione di leggerezza e benessere, spesso riferita dalle donne come particolarmente utile durante il travaglio.

Generalmente, una o due settimane dopo il parto, la puerpera viene assistita da due ostetriche, che utilizzano più rebozi per avvolgere e fasciare saldamente diverse parti del corpo. Questa pratica, nota come la *cerrada* o "chiusura", ha l'obiettivo di accompagnare il processo di recupero fisico ed emotivo della donna nel periodo post partum. Oltre alla sua dimensione corporea, il rituale costituisce un momento di attenzione e accudimento esclusivamente dedicato alla madre, favorendo il riposo, il sostegno emotivo e il riconoscimento dell'esperienza della nascita. Infatti, il recupero post partum non viene considerato esclusivamente un processo fisiologico, ma anche un momento di transizione che richiede attenzione, sostegno e accompagnamento da parte della comunità femminile. Attraverso periodi dedicati al riposo, all'accudimento e alla condivisione, questi rituali mirano non solo a favorire il recupero fisico della puerpera, ma anche a offrirle uno spazio protetto per elaborare l'esperienza del parto, ristabilire il proprio equilibrio psicofisico e adattarsi gradualmente al nuovo ruolo materno.

Nella visione tradizionale mesoamericana, il parto è considerato un evento che determina una profonda "apertura" della donna, non soltanto sul piano fisico, ma anche su quello emotivo, relazionale ed energetico. In questo contesto culturale, il rituale della chiusura

con il rebozo assume un forte valore simbolico, poiché rappresenta il passaggio dalla gravidanza alla maternità e sostiene la donna nel processo di reintegrazione del proprio equilibrio corporeo ed emotivo. Tale pratica si configura quindi come un intervento che combina aspetti assistenziali, rituali e culturali, riflettendo una concezione olistica della cura nel periodo puerperale.

1.3 Il rebozo nell'assistenza ostetrica contemporanea

Negli ultimi anni l'assistenza ostetrica ha mostrato un crescente interesse verso approcci non farmacologici finalizzati alla promozione del benessere materno, al sostegno della fisiologia della nascita e alla riduzione degli interventi non necessari. In questo contesto, il rebozo rappresenta uno strumento tradizionale che sta progressivamente trovando spazio anche nell'assistenza ostetrica contemporanea (Sales W.B. et al. 2020).

L'interesse verso questa pratica è legato alla sua versatilità, al basso costo, alla non invasività e alla possibilità di favorire un'esperienza di nascita più rispettosa della fisiologia e dei bisogni della donna. Una recente revisione sistematica ha evidenziato che le tecniche con rebozo sono associate a una significativa riduzione dell'intensità del dolore durante il travaglio, in particolare nella fase attiva, contribuendo a migliorare l'esperienza della nascita. Gli autori sottolineano inoltre l'assenza di eventi avversi rilevanti nei diversi studi analizzati (Ermiati et al. 2026).

La letteratura disponibile sulla tecnica del rebozo è ancora limitata, pertanto non è stato definito con precisione un protocollo per quanto concerne la sua applicazione. Può essere utilizzato durante le contrazioni, ma la durata può essere modificata e concordata in base alle preferenze della donna. Ciò che sappiamo è che il massaggio con il rebozo lavora sul sistema vagale, in particolare sul vago ventrale. L'utilizzo del rebozo in gravidanza, durante il travaglio e nel postpartum può essere interpretato anche alla luce della teoria polivagale di Stephen Porges (Porges, S.W. 2011).

Secondo la teoria polivagale, infatti, il sistema vagale ventrale è associato agli stati di calma, connessione sociale e benessere, che consentono all'individuo di sentirsi al sicuro

e di instaurare relazioni significative. In quest'ottica, le tecniche di oscillazione ritmica, contenimento e dondolio effettuate con il rebozo favoriscono l'attivazione ventro-vagale creando uno stato di rilassamento psicofisico, percezione di sicurezza e co-regolazione emotiva tra donna e ostetrica (Porges, S.W. 2025). Le stimolazioni ritmiche, il contatto rispettoso, la presenza rassicurante dell'ostetrica e l'ambiente di accudimento che caratterizzano l'uso del rebozo possono favorire l'attivazione di questo circuito neurofisiologico, contribuendo alla riduzione dello stress e dell'iperattivazione simpatica. In tale prospettiva, il rebozo non rappresenta soltanto uno strumento meccanico di supporto posturale o di facilitazione del movimento, ma anche un mezzo relazionale che promuove condizioni di sicurezza percepita, favorendo il benessere materno e la fisiologica progressione dei processi riproduttivi.

In letteratura sono presenti numerosi studi randomizzati controllati che si propongono l'obiettivo di indagare gli effetti della tecnica del rebozo sul processo del parto e sui benefici ad esso correlati. Il rebozo favorisce il rilassamento dei legamenti pelvici, facilitando così i movimenti cardinali fetali e accelerando il processo del parto. La tecnica del rebozo si è dimostrata efficace nel ridurre il dolore del travaglio, favorire il rilassamento durante le contrazioni, ridurre la durata del travaglio e alleviare l'ansia (Tandoğan Ö. et al. 2021).

L'assistenza professionale one to one fornita dalle ostetriche aumenta la soddisfazione delle donne riguardo all'esperienza del parto; influisce positivamente sulla partecipazione attiva della donna al proprio parto, sulla durata e sui tassi di allattamento al seno, sul comportamento di suzione del neonato, sul legame tra madre e bambino e sulla salute mentale della donna dopo il parto (Bohren M.A. et al. 2017).

La diffusione dell'uso della tecnica del rebozo può influenzare direttamente la soddisfazione delle donne durante il parto, consentendo loro di sperimentarne la naturalezza proprio perché la sua applicazione richiede la presenza continua dell'ostetrica e quindi necessita di un'assistenza one to one personalizzata sulla donna.

In tale prospettiva, il rebozo si inserisce all'interno di un modello di cura che valorizza la relazione assistenziale, il supporto emotivo e la partecipazione attiva della donna al proprio percorso nascita. Nonostante il crescente interesse e la diffusione della pratica in

ambito ostetrico, ad oggi non risultano ancora pubblicati studi condotti nel contesto italiano (Tandoğan Ö. et al. 2021).

1.4 Il rebozo come strumento di ipoalgesia

Per il sollievo del dolore durante il travaglio e il parto possono essere impiegati sia approcci farmacologici sia interventi non farmacologici. I metodi farmacologici, pur risultando efficaci nella riduzione della percezione dolorosa, sono generalmente associati a un maggiore livello di medicalizzazione dell'esperienza del parto e possono influenzare il coinvolgimento attivo della donna nel processo della nascita. Gli interventi non farmacologici, al contrario, non mirano necessariamente all'eliminazione del dolore, ma al suo contenimento e alla sua gestione, favorendo il mantenimento della fisiologia del travaglio e promuovendo la partecipazione attiva della donna. In tale prospettiva, il dolore del parto viene considerato un'esperienza da accompagnare e sostenere attraverso strategie volte a migliorare il comfort materno, il senso di controllo e il benessere psicofisico complessivo. In una revisione sistematica qualitativa è emerso come i metodi farmacologici, in particolare, sono generalmente percepiti come capaci di ridurre il dolore in misura maggiore rispetto ai metodi non farmacologici, ma questa maggiore efficacia analgesica non corrisponde necessariamente a una maggiore soddisfazione dell'esperienza del parto (Thomson G. et al. 2019). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'impiego di metodi non farmacologici durante il travaglio e il parto al fine di promuovere il benessere materno, migliorare l'esperienza della nascita e favorire un'assistenza rispettosa della fisiologia del processo nascita (OMS, 2013) (Tandoğan Ö. et al. 2021). Inoltre, gli interventi non farmacologici risultano generalmente ben accettati dalle donne e sono spesso percepiti come strategie in grado di aumentare il comfort e il benessere durante il travaglio e il parto.

Uno studio su larga scala condotto in Svezia su 936 donne ha evidenziato che i metodi non farmacologici per la gestione del dolore durante il travaglio sono utilizzati più frequentemente dalle nullipare rispetto alle pluripare (Tandoğan Ö. et al. 2021). Questo

dato può essere interpretato alla luce del particolare bisogno di preparazione che caratterizza le donne alla loro prima esperienza di parto. In assenza di precedenti esperienze personali, le nullipare tendono infatti a ricercare attivamente informazioni e strategie che consentano loro di affrontare il travaglio con maggiore consapevolezza e senso di controllo. A supporto di tale interpretazione, uno studio qualitativo condotto in Australia su 56 nullipare ha rilevato che quasi tutte le partecipanti avevano cercato informazioni e opportunità di preparazione al parto. Le principali motivazioni riportate includevano il desiderio di sviluppare aspettative realistiche, ridurre l'ansia, partecipare attivamente alla gestione del travaglio e acquisire maggiore fiducia nella propria capacità di affrontare l'esperienza della nascita. Le donne coinvolte nello studio riconoscevano il dolore del travaglio come un'esperienza intensa ma temporanea e finalizzata alla nascita del bambino, attribuendo particolare valore al supporto emotivo ricevuto durante il percorso nascita, considerato un elemento fondamentale per affrontare positivamente l'esperienza del parto (Shifman J. et al. 2024). Fattori come la paura, l'ansia e la convinzione di essere in grado di gestire con successo il dolore del travaglio possono influenzare la percezione del dolore del travaglio da parte delle donne, pertanto trasformare la percezione del travaglio da evento impegnativo e minaccioso in un'esperienza produttiva e appagante potrebbe aiutare le donne ad affrontare il dolore del parto, a ridurre il ricorso alla partoanalgesia e al taglio cesareo (Wang R. et al. 2024).

Il dolore del travaglio e del parto è comunemente descritto come una delle esperienze dolorose più intense che una donna possa sperimentare nel corso della vita. Pur rappresentando un fenomeno fisiologico associato alla progressione del travaglio e alla nascita, esso è caratterizzato da una componente multidimensionale che coinvolge aspetti fisici, emotivi e psicologici. Oltre alla percezione dolorosa, la donna può manifestare sensazioni di disagio, vulnerabilità, ansia, irrequietezza e paura, influenzate da molteplici fattori individuali, culturali e contestuali.

Negli ultimi decenni, il progresso delle conoscenze medico-scientifiche e delle tecnologie assistenziali ha contribuito a migliorare la sicurezza materna e neonatale, favorendo allo stesso tempo una crescente medicalizzazione del percorso nascita. In questo contesto, il ricorso a interventi ostetrici e farmacologici per il controllo del dolore è progressivamente aumentato, così come, in molti Paesi, l'incidenza del taglio cesareo. Parallelamente,

numerosi autori hanno evidenziato l'importanza di promuovere modelli assistenziali che valorizzino la fisiologia del parto, il protagonismo della donna e la sua capacità di affrontare attivamente l'esperienza della nascita. La percezione del parto come evento potenzialmente doloroso e impegnativo può influenzare le aspettative materne e contribuire allo sviluppo di timori e preoccupazioni legati al travaglio. Per questo motivo, l'assistenza ostetrica contemporanea pone particolare attenzione al supporto emotivo, all'empowerment della donna e all'impiego di strategie farmacologiche e non farmacologiche finalizzate a favorire un'esperienza positiva e soddisfacente del parto (Tandoğan Ö. et al. 2021).

L'impiego di interventi non invasivi, facilmente accessibili e a basso costo rappresenta una risorsa importante per sostenere la donna durante il travaglio e il parto, favorendone la partecipazione attiva e valorizzandone le risorse personali e le capacità di adattamento. Tali approcci possono contribuire al benessere materno e, indirettamente, a quello fetale, promuovendo un'esperienza del parto più positiva e soddisfacente. Tra le strategie non farmacologiche utilizzate durante il travaglio, il rebozo può essere associato ad altri interventi di supporto, quali l'aromaterapia e la musicoterapia, al fine di favorire il rilassamento e il comfort della donna durante le diverse fasi del travaglio, in particolare nei periodi di pausa tra le contrazioni. Attraverso delicati movimenti di sostegno e contenimento, il tessuto può contribuire a ridurre le tensioni fisiche ed emotive, favorendo una maggiore consapevolezza corporea e un senso di sicurezza (Tandoğan Ö. et al. 2024).

Un ulteriore elemento distintivo dell'utilizzo del rebozo è la possibilità di adattarne l'impiego alle esigenze individuali della partoriente, consentendole di assumere liberamente le posizioni ritenute più confortevoli e di utilizzarlo come supporto durante il movimento e il mantenimento delle posture spontaneamente adottate. La presenza di strumenti di sostegno, unitamente a un accompagnamento continuo e a un ambiente assistenziale rispettoso e centrato sulla donna, può favorire una maggiore connessione con il proprio corpo, rafforzare il senso di controllo sull'esperienza del parto e promuovere il benessere psicofisico complessivo (Bohren M.A. et al. 2017).

Uno studio qualitativo ha indagato le esperienze delle donne che hanno utilizzato la tecnica durante il travaglio, il dolore percepito è risultato significativamente inferiore e il

supporto delle ostetriche ha avuto un impatto psicologico positivo sulle partorienti (Tandoğan Ö. et al. 2021).

Numerosi studi hanno dimostrato che le donne in gravidanza sottoposte alla tecnica del rebozo hanno sperimentato una riduzione del dolore durante il travaglio di parto. È stato condotto uno studio randomizzato controllato nel 2021 su 113 primigravide in travaglio attivo; le partecipanti sono state suddivise in due gruppi in maniera casuale, il primo gruppo ha ricevuto il rebozo, il gruppo di controllo ha ricevuto un massaggio rilassante. I criteri presi in considerazione sono stati la dilatazione cervicale, la posizione fetale, la frequenza e la durata delle contrazioni e le misure relative all'esperienza del parto. Ne è risultato che nella fase latente e nella fase attiva il gruppo rebozo aveva una dilatazione cervicale media superiore al gruppo di controllo e questa differenza è statisticamente significativa. Il gruppo rebozo inoltre ha sperimentato contrazioni e tempi di parto più brevi rispetto al gruppo di controllo e anche tali differenze sono risultate statisticamente significative. Sempre questo studio ha dimostrato come l'utilizzo del rebozo sia associato a una ridotta durata del secondo stadio del travaglio, a livelli di dolore inferiori durante il parto e a una maggiore soddisfazione materna (Tandoğan Ö. et al. 2024).

1.5 Il rebozo come strumento per favorire il posizionamento ottimale fetale

Un posizionamento fetale non ottimale a termine di gravidanza può ritardare l'inizio del travaglio di parto e causare una fase prodromica prolungata e non fisiologica determinando un progressivo esaurimento delle forze materne associato a dolore difficilmente gestibile dalla paziente.

Tra le strategie impiegate dall'ostetrica per favorire il corretto posizionamento fetale rientra anche l'utilizzo del rebozo. Questo strumento può essere impiegato per promuovere la mobilità fetale intrauterina attraverso specifiche tecniche di oscillazione materna. La procedura prevede il posizionamento del telo attorno al bacino della donna, prevalentemente a livello della regione lombo-sacrale, seguito dall'esecuzione di

movimenti ritmici e controllati esercitati sulle estremità del tessuto. Le oscillazioni trasmesse al bacino e al corpo materno mirano a favorire il rilassamento delle strutture muscolari e legamentose e a creare condizioni favorevoli alla modifica della posizione del feto all'interno del canale del parto. L'intensità e l'ampiezza delle oscillazioni possono essere adattate alle caratteristiche della donna e alla situazione ostetrica, variando da movimenti delicati e contenuti a oscillazioni più ampie e dinamiche.

L'utilizzo del rebozo in ambito ostetrico richiede competenze specifiche e una solida conoscenza della fisiologia della gravidanza, del travaglio e del parto. Attraverso un'attenta valutazione clinica della posizione, della presentazione e della discesa fetale, l'ostetrica può identificare le modalità di applicazione più appropriate, personalizzando l'intervento in relazione alle caratteristiche della donna e del feto. Tale approccio si inserisce in un modello di assistenza individualizzata, orientato a favorire il benessere materno, il comfort della partoriente e condizioni favorevoli alla fisiologica progressione del travaglio. Sebbene l'interesse nei confronti dell'utilizzo del rebozo per favorire il posizionamento fetale ottimale sia progressivamente aumentato anche nei contesti assistenziali contemporanei, le evidenze scientifiche attualmente disponibili risultano ancora limitate e non consentono di trarre conclusioni definitive sulla sua efficacia. Sono pertanto necessari ulteriori studi, condotti con metodologie rigorose e campioni più ampi, per chiarire il reale impatto di questa metodica sul posizionamento fetale e sugli esiti del travaglio e del parto. Il rebozo può essere un prezioso metodo di correzione della posizione occipito posteriore del feto (Cohen S.R. et al. 2015), ma sono ancora in fase di valutazione studi che suggeriscano un potenziale beneficio nel diminuire la probabilità di presentazione occipito posteriore persistente (Fumagalli S. et al. 2024). Per quanto riguarda la rotazione in presentazione cefalica del feto podalico o trasverso, pur utilizzandolo a partire dalla 35° settimana di gestazione, non vi sono stati riscontri positivi, sebbene venga sottolineato come siano esclusi effetti avversi (De Wolff M.G. et al. 2022). Tuttavia, il rebozo continua a rappresentare una pratica tradizionale di rilevante valore culturale e assistenziale, trasmessa attraverso il patrimonio di conoscenze ed esperienze delle parteras tradicionales e successivamente integrata, in alcuni contesti, nell'assistenza ostetrica moderna come intervento complementare finalizzato al sostegno del benessere materno e della fisiologia della nascita.

In questo contesto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il valore delle pratiche tradizionali nell'ambito dell'assistenza alla gravidanza e al parto, sottolineando come la limitata disponibilità di evidenze scientifiche non debba necessariamente precluderne l'utilizzo o lo sviluppo. Nei casi in cui le prove scientifiche risultino insufficienti o assenti, l'OMS raccomanda che tali pratiche vengano adeguatamente contestualizzate, specificandone chiaramente l'origine culturale e il patrimonio tradizionale da cui derivano. In questa prospettiva, l'impiego del rebozo può essere considerato un esempio di integrazione tra saperi tradizionali e assistenza ostetrica contemporanea, purché il suo utilizzo avvenga nel rispetto della sicurezza materno-fetale e dei principi dell'assistenza basata sulle evidenze.

Anche nei casi di presentazione podalica possono essere impiegate tecniche tradizionali, come la manteada. Tuttavia, secondo la filosofia assistenziale che caratterizza l'utilizzo del rebozo, l'obiettivo dell'intervento non dovrebbe limitarsi esclusivamente al rivolgimento fetale. Piuttosto, esso si inserisce in una più ampia prospettiva di promozione del benessere materno e fetale, attraverso il rilassamento della donna, il miglioramento del comfort fisico ed emotivo e la creazione di condizioni favorevoli all'adattamento fisiologico del binomio madre-neonato.

L'applicazione del rebozo richiede una valutazione clinica preliminare e un'attenta selezione delle candidate. Il suo utilizzo è generalmente controindicato in presenza di placenta previa, in considerazione del potenziale rischio associato alle sollecitazioni meccaniche generate dalle oscillazioni del tessuto. Analogamente, viene sconsigliato nelle donne affette da osteoporosi o da altre condizioni che possano aumentare la fragilità dell'apparato muscolo-scheletrico. Alcuni autori suggeriscono inoltre particolare cautela in presenza di specifiche condizioni ostetriche che richiedano una valutazione individualizzata del rapporto rischio-beneficio (De Keijzer M. et al. 2015).

2. OBIETTIVO

Negli ultimi anni l'assistenza ostetrica ha mostrato un interesse crescente verso approcci complementari e strumenti non farmacologici finalizzati a promuovere il benessere materno, sostenere la fisiologia della gravidanza e del parto e favorire un'assistenza sempre più personalizzata e centrata sulla donna. In tale contesto, il rebozo è stato progressivamente introdotto anche nella pratica ostetrica occidentale come strumento di supporto utilizzabile in diversi momenti del percorso nascita.

L'utilizzo del rebozo in ambito ostetrico ha suscitato negli ultimi anni un crescente interesse da parte delle professioniste della salute materno-infantile, sia per il suo potenziale impiego come strumento di supporto al benessere materno, sia per il possibile contributo alla fisiologia della gravidanza e del travaglio. Alla luce di queste considerazioni, l'obiettivo principale di questo elaborato di tesi è quello di indagare le conoscenze, la formazione, le attitudini e le esperienze delle ostetriche operanti sul territorio nazionale in merito all'utilizzo del rebozo come strumento di supporto alla pratica ostetrica. Lo scopo è quello di esplorare la sua diffusione nei diversi contesti assistenziali, le modalità di utilizzo e il livello di conoscenza di tale pratica per evidenziare eventuali differenze sul territorio nazionale. Nello specifico, lo studio si propone di: descrivere il livello di conoscenza delle ostetriche riguardo alle possibili applicazioni del rebozo in ambito ostetrico e alle sue finalità sia per quanto concerne l'utilizzo in gravidanza sia in travaglio; esplorare le attitudini delle professioniste nei confronti dell'impiego del rebozo, analizzandone le principali finalità di utilizzo e il grado di accettazione nella pratica clinica; rilevare le esperienze dirette di utilizzo del rebozo e le modalità con cui esso viene integrato nell'assistenza ostetrica; indagare l'utilizzo del rebozo durante la gravidanza, con particolare riferimento alle finalità assistenziali e ai benefici percepiti; analizzare l'impiego del rebozo durante il travaglio e il parto, esplorandone le modalità di utilizzo, gli effetti osservati sul comfort materno e il possibile contributo al fisiologico andamento del travaglio ed identificare eventuali fattori facilitanti e ostacoli che influenzano l'adozione del rebozo nella pratica professionale. Attraverso l'analisi di queste dimensioni, il presente elaborato intende fornire una panoramica aggiornata sul grado di diffusione del rebozo tra le ostetriche italiane e sul

ruolo che tale strumento può assumere nei percorsi assistenziali rivolti alla donna durante la gravidanza e il travaglio.

L'obiettivo secondario dello studio è stato quello di analizzare l'eventuale associazione tra alcune variabili di interesse, in particolare tra la formazione specifica sul rebozo e il suo utilizzo nella pratica clinica, nonché tra gli anni di esperienza professionale e l'impiego di tale strumento in ambito ostetrico. L'analisi di queste relazioni è stata condotta al fine di comprendere quali fattori possano influenzare l'adozione del rebozo nella pratica assistenziale quotidiana. In particolare, è stato ipotizzato che la partecipazione a percorsi formativi dedicati possa favorire una maggiore conoscenza della metodica, incrementandone l'applicazione clinica da parte delle professioniste. Allo stesso modo, si è ritenuto opportuno valutare se l'esperienza lavorativa maturata nel tempo potesse incidere sulla propensione all'utilizzo del rebozo, in considerazione del possibile effetto dell'esperienza professionale sull'acquisizione di competenze e sull'integrazione di nuove strategie assistenziali. L'approfondimento di tali aspetti ha consentito di individuare potenziali fattori facilitanti o limitanti nella diffusione della metodica, fornendo indicazioni utili per orientare futuri interventi formativi e strategie volte a promuoverne un utilizzo più ampio e consapevole nell'assistenza ostetrica.

3.MATERIALI E METODI

Lo studio condotto è stato suddiviso in due fasi: la prima è stata quella di mettere a punto un'analisi della letteratura, al fine di studiare le origini dello strumento e la sua applicazione in ambito ostetrico raccogliendo dati sui benefici sia materni sia fetali. La ricerca bibliografica è stata condotta interrogando le principali banche dati, ovvero Pub Med e Cochrane Library, ed attraverso la consultazione dei libri di testo come il "The rebozo technique unfolded" (De Keijzer M. et al. 2015).

La seconda fase ha previsto la somministrazione di un questionario: quest'ultimo è stato creato ad hoc ed ispirato alla letteratura presente in materia pur non essendo disponibile un questionario specifico già validato specificamente dedicato all'indagine delle conoscenze, delle attitudini e delle pratiche delle ostetriche relativamente al rebozo. Il questionario è stato elaborato prendendo come riferimento la struttura metodologica di precedenti survey rivolte alle ostetriche. Gli articoli utilizzati come spunto per la creazione del questionario sono "An email survey of midwives knowledge about CytoMegaloVirus (CMV) in Hannover and a skeletal framework for a proposed teaching program" (Von Gartzen A. et al. 2013), "Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs" (Noonan M. et al. 2018), "Nutrition education in the midwife consultation room. A cross sectional survey in Spain" (Olloqui-Mundet M. J. et al. 2024) e "Australian midwives and provision of nutrition education during pregnancy: A cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence" (Arrish, J. et al. 2016). Gli argomenti trattati da questi articoli sono diversi rispetto al tema di interesse di questa tesi, ciò che è stato preso come spunto infatti non è stato tanto il contenuto delle domande, quanto la forma, la struttura della survey e l'articolazione. In particolare, è stata ripresa la struttura complessiva della survey e la sua articolazione in sezioni, i contenuti sono stati successivamente elaborati e adattati in funzione degli obiettivi specifici dello studio, al fine di indagare in modo mirato le conoscenze, la formazione, le attitudini e le esperienze delle ostetriche relativamente all'utilizzo del rebozo in ambito clinico. La raccolta dei dati ha consentito di ottenere un totale di 201 questionari. Successivamente è stata eseguita l'analisi inferenziale dei dati ottenuti con l'obiettivo analizzare le associazioni tra specifiche variabili di interesse; in

particolare l'associazione tra formazione specifica ricevuta ed esperienza lavorativa con l'utilizzo del rebozo nella pratica clinica ostetrica. La ricerca si configura, dunque, come uno studio osservazionale trasversale e per l'elaborazione dei dati e l'analisi statistica sia descrittiva sia inferenziale è stato utilizzato il programma Microsoft Excel.

3.1 Setting dello studio e campionamento

Lo studio è stato condotto su scala nazionale mediante la somministrazione di un questionario rivolto alle ostetriche iscritte agli Ordini della Professione Ostetrica presenti sul territorio italiano. In una fase preliminare è stata effettuata una mappatura degli Ordini professionali nazionali e sono stati raccolti i relativi indirizzi di posta elettronica istituzionali, successivamente organizzati in un database utilizzato per la diffusione del questionario e il reclutamento delle partecipanti. Il campione è stato selezionato mediante una tecnica di campionamento non probabilistico di convenienza, basata sull'adesione volontaria delle professioniste contattate. Il setting dello studio è rappresentato dal contesto professionale ostetrico italiano e comprende professioniste operanti in differenti ambiti assistenziali, tra cui strutture ospedaliere, servizi territoriali, attività libero-professionali, consultori familiari, nonché contesti formativi, universitari e di ricerca. Tale approccio ha consentito di raccogliere dati provenienti da realtà professionali eterogenee, offrendo una panoramica ampia delle conoscenze, delle attitudini e delle esperienze delle ostetriche italiane relativamente all'utilizzo del rebozo nella pratica clinica. Non sono stati definiti criteri di inclusione o di esclusione specifici per la selezione del campione, infatti, il questionario è rivolto a tutte le ostetriche iscritte regolarmente all'ordine professionale, indipendentemente dall'età, dall'ambito lavorativo o da eventuale formazione ricevuta sull'utilizzo del rebozo.

3.2 Raccolta e analisi dei dati

Nel periodo compreso tra maggio 2026 e agosto 2026 sono stati distribuiti e raccolti i questionari; i risultati sono stati estrapolati ed analizzati utilizzando il foglio di calcolo Excel.

Successivamente, nel mese di settembre, sono stati realizzati i relativi grafici e sono state eseguite l'analisi descrittiva e l'analisi inferenziale. Per ogni ostetrica le variabili sociodemografiche considerate sono state: l'età, la Regione di esercizio della professione, gli anni di esperienza professionale e l'ambito lavorativo prevalente (ospedale, consultorio, libera professione, ecc.).

Il questionario utilizzato per la raccolta dei dati è stato sviluppato con l'obiettivo di esplorare le conoscenze, la formazione, le attitudini e le pratiche professionali delle ostetriche italiane in relazione all'utilizzo del rebozo. Lo strumento è articolato in quattro sezioni principali, alle quali si aggiunge una domanda finale a risposta aperta per la raccolta di osservazioni e commenti liberi.

La prima sezione indaga la conoscenza delle partecipanti sul rebozo come strumento di assistenza ostetrica, l'eventuale interesse verso l'argomento e le principali occasioni attraverso le quali le ostetriche sono venute a conoscenza dello strumento. È stato inoltre richiesto di valutare il proprio livello di conoscenza generale sul rebozo e di individuare, sulla base delle proprie nozioni, i principali ambiti di applicazione della tecnica durante la gravidanza e il travaglio.

La sezione dedicata alla formazione ricevuta ha indagato l'eventuale partecipazione a corsi o formazioni specifiche sul rebozo, distinguendo le principali modalità formative (webinar o corsi a distanza, corsi teorici in presenza e percorsi teorico-esperienziali). Le partecipanti hanno inoltre espresso una valutazione circa l'adeguatezza della formazione ricevuta e il proprio interesse ad approfondire ulteriormente le conoscenze e le competenze relative all'utilizzo del rebozo come strumento ostetrico.

Nella sezione relativa alle attitudini è stato chiesto alle partecipanti di indicare le principali finalità per le quali riterrebbero opportuno utilizzare la tecnica durante il travaglio e di esprimere il proprio grado di accordo circa il suo impiego come elemento complementare alle tecniche assistenziali tradizionali. È stata valutata la percezione

dell'utilità del rebozo come strumento di ipoalgesia durante il travaglio, nel favorire il posizionamento ottimale fetale, nel fornire contenimento e supporto alla donna e nell'attivazione del sistema nervoso parasimpatico.

Infine, la sezione relativa alla pratica ha analizzato l'effettivo utilizzo del rebozo nella quotidianità lavorativa. Alle professioniste che utilizzano il rebozo è stato chiesto di riferire, secondo la loro esperienza, i benefici riscontrati nelle donne assistite e le principali situazioni clinico-assistenziali nelle quali la tecnica viene impiegata. Sono stati inoltre indagati gli eventuali ostacoli incontrati nell'applicazione pratica del rebozo, con particolare riferimento alla formazione del personale, alla disponibilità di linee guida o protocolli, alla limitata presenza di evidenze scientifiche, alla possibile resistenza del team assistenziale, al timore di un utilizzo improprio e alle criticità organizzative o strutturali.

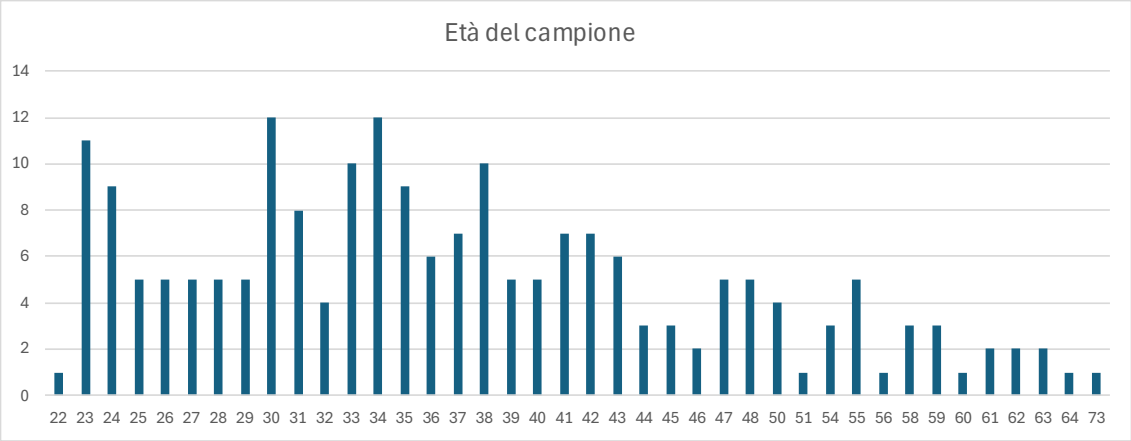
Al termine del questionario è presente una domanda a risposta aperta, finalizzata a consentire alle partecipanti di esprimere ulteriori considerazioni, osservazioni o riflessioni personali sul tema oggetto di studio.

4. RISULTATI

4.1 Descrizione del campione

DOMANDA 1: “Quanti anni ha?”

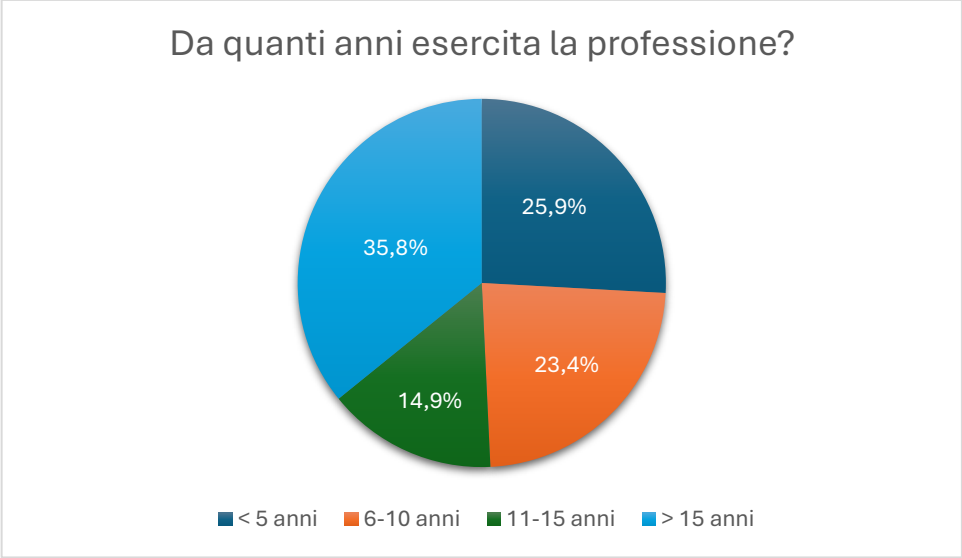
Le n=201 ostetriche che hanno partecipato allo studio presentano un’età media di 37,5 anni. In questo intervallo di dati la mediana ha un valore di 35 anni, la moda di 30 e 34 anni e la deviazione standard di 10,9 anni, tenendo conto di un range di valori compreso tra 22 anni, come valore minimo, e 73 anni, come valore massimo (Grafico 1).



Grafco 1: distribuzione di frequenza dell’età del campione al momento della compilazione del questionario

DOMANDA 2: “Da quanti anni esercita la professione?”

Delle n=201 ostetriche partecipanti allo studio, il 25,9% esercita la professione da meno di 5 anni, il 23,4% da 6–10 anni, il 14,9% da 11–15 anni e il 35,8% da più di 15 anni (Grafico 2).



Grafco 2: distribuzione percentuale delle ostetriche partecipanti in base agli anni di esercizio della professione

DOMANDA 3: “Dove esercita la professione?”

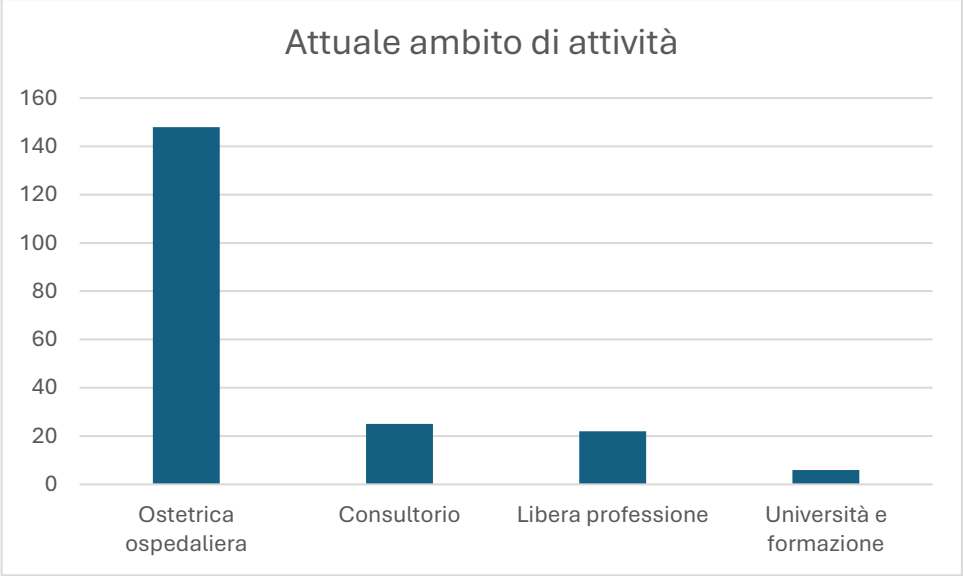
Il maggior numero di risposte proviene dalla regione Marche con n=63 partecipanti. A seguire la Liguria con n=29 partecipanti, poi Lazio con n=21, Friuli Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige con n=16. A seguire Emilia Romagna con n=9, Lombardia con n=8 partecipanti, Campania con n=7, Sicilia e Piemonte con n=6, Basilicata con n=5, Sardegna e Veneto con n=4, Toscana, Molise e Puglia con n=2. L’Abruzzo ha un solo partecipante mentre non sono pervenute risposte da Umbria, Calabria e Valle d’Aosta (Grafico 3).



Grafco 3: distribuzione geografca delle ostetriche partecipanti all’indagine

DOMANDA 4: “Attuale ambito di attività”

Tra le n=201 partecipanti allo studio si osserva una prevalenza di ostetriche ospedaliere, sono infatti n=148. Seguono le ostetriche di consultorio con n=25 partecipanti, le libere professioniste con n=22 e n=6 sono invece impegnate in formazione, ricerca e attività universitarie (Grafico 4).



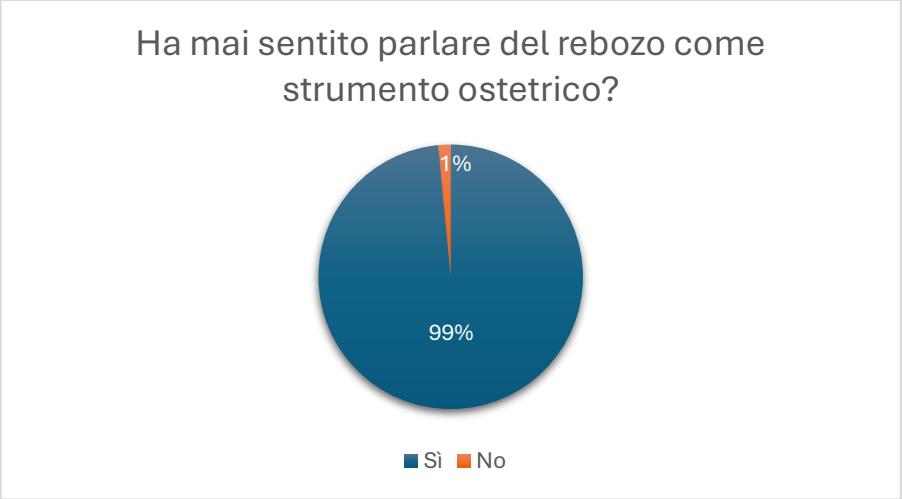
Grafco 4: distribuzione delle ostetriche partecipanti in base all’attuale ambito di attività professionale

4.2 Analisi descrittiva

SEZIONE CONOSCENZE

DOMANDA 5: “Ha mai sentito parlare del rebozo come strumento ostetrico?”

Su un totale di 201 ostetriche, solo l’1% dei partecipanti non ha mai sentito parlare del rebozo (Grafico 5).



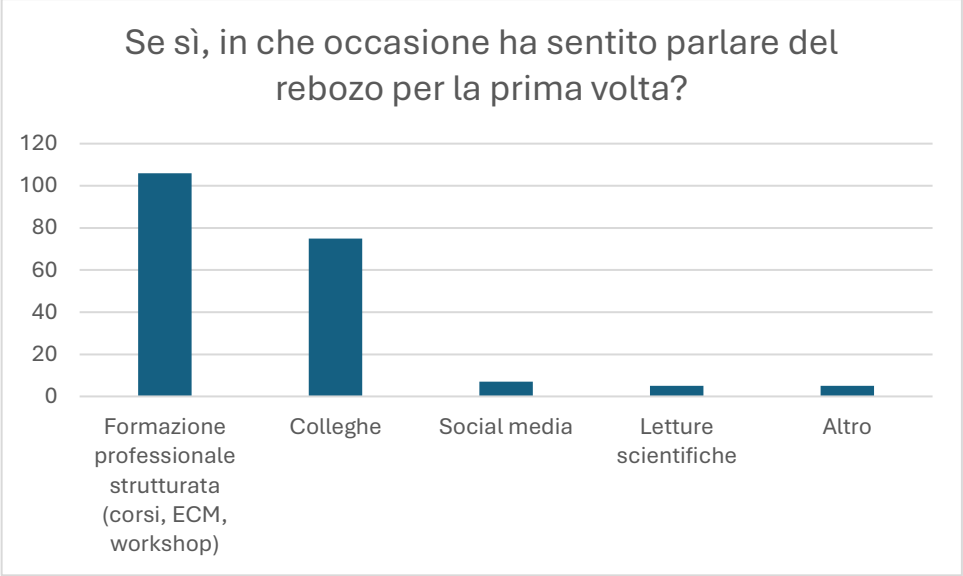
Grafco 5: distribuzione percentuale di conoscenza del rebozo come strumento ostetrico

Se no, sarebbe interessata/o all’argomento?

Tutte le ostetriche che non hanno mai sentito parlare del rebozo dichiarano di essere interessate all’argomento (100% del totale).

Se sì, in che occasione ha sentito parlare del rebozo per la prima volta?

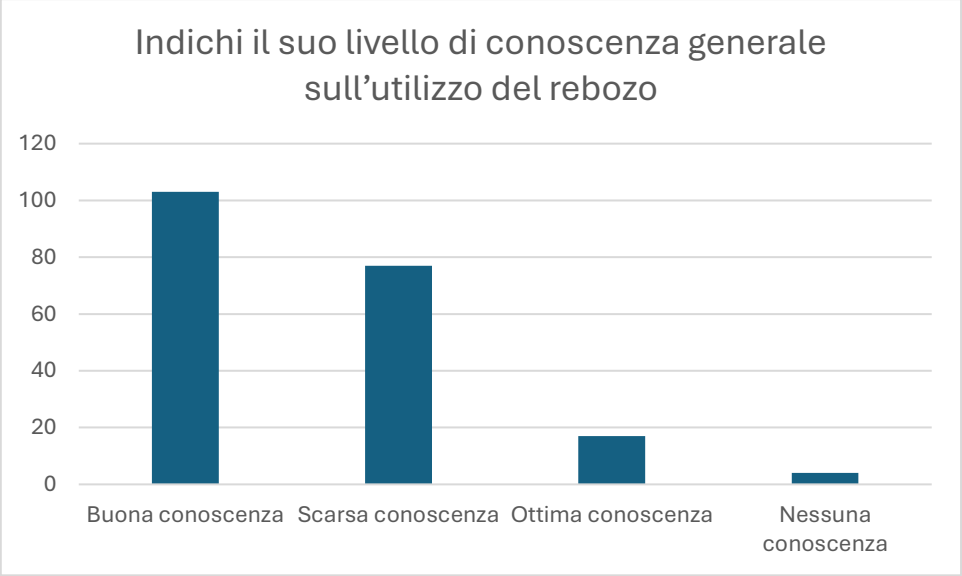
Chi ne ha sentito parlare lo ha fatto principalmente attraverso formazione professionale strutturata (n=106), colleghe (n=75), n=7 hanno ricevuto informazioni dai social media, n=5 da letture scientifiche, n=5 da altro; in particolare n=3 durante il corso di laurea in ostetricia, n=1 tramite parteras mesoamericane, n=1 non ha specificato (Grafico 6).



Grafco 6: prima occasione di conoscenza del rebozo tra le ostetriche partecipanti all'indagine

DOMANDA 6: “Indichi il suo livello di conoscenza generale sull’utilizzo del rebozo”

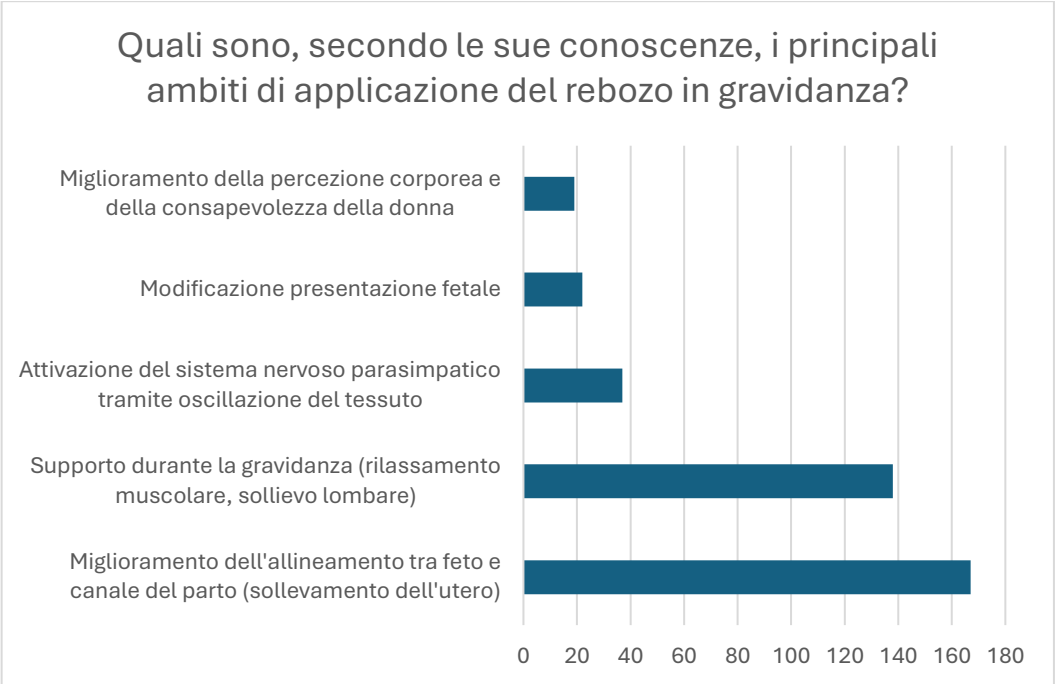
Dall’autoanalisi è emerso che n=103delle partecipanti ritiene di avere una buona conoscenza sull’utilizzo del rebozo, n=77 ne ha una scarsa conoscenza, n=17 considera la sua un’ottima conoscenza, mentre n=4 non ha alcuna conoscenza dell’argomento (Grafico 7).



Grafco 7: distribuzione delle ostetriche partecipanti in base al livello di conoscenza generale del rebozo

DOMANDA 7: “Quali sono, secondo le sue conoscenze, i principali ambiti di applicazione del rebozo in gravidanza?”

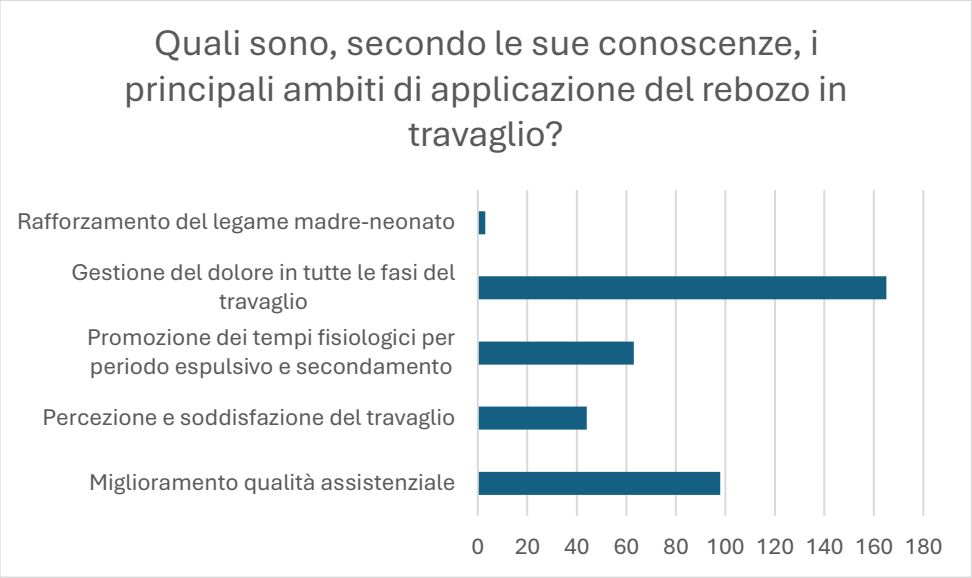
In questa domanda ciascuna delle partecipanti ha avuto la possibilità di esprimere due preferenze tra le opzioni proposte. Ne è risultato che la risposta maggiormente scelta è stata il miglioramento dell’allineamento tra feto e canale del parto (n=167), a seguire supporto durante la gravidanza in termini di rilassamento muscolare e riduzione della tensione lombare (n=138), a seguire attivazione del sistema nervoso parasimpatico tramite oscillazione del tessuto (n=37), modificazione presentazione fetale (n=22), infine miglioramento della percezione corporea e della consapevolezza della donna (n=19) (Grafico 8).



Grafco 8: principali ambiti di applicazione del rebozo in gravidanza secondo le conoscenze delle ostetriche partecipanti all’indagine

DOMANDA 8: “Quali sono, secondo le sue conoscenze, i principali ambiti di applicazione del rebozo in travaglio?”

Anche in questo caso le partecipanti hanno avuto due opzioni di risposta. È emerso che, secondo le partecipanti, durante il travaglio il rebozo viene applicato principalmente per ridurre il dolore in tutte le fasi del travaglio (n=165), per migliorare la qualità dell’assistenza ostetrica e rendere meno stressante il parto per la gestante (n=98),per ridurre i tempi del periodo espulsivo e del secondamento (n=63), per garantire maggiore percezione e soddisfazione del parto da parte della donna (n=44) e solo n=3 hanno scelto come opzione il rafforzamento del legame madre-neonato (Grafico 9).

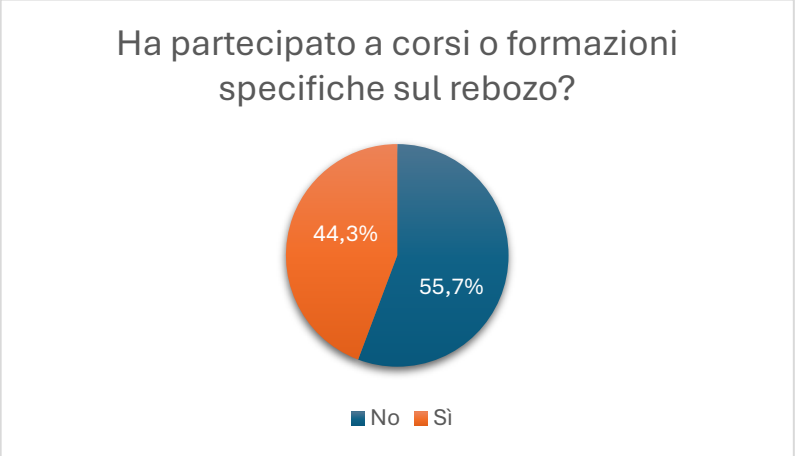


Grafco 9: principali ambiti di applicazione del rebozo durante il travaglio secondo le conoscenze delle ostetriche partecipanti all’indagine

SEZIONE FORMAZIONE

DOMANDA 9: “Ha partecipato a corsi o formazioni specifiche sul rebozo?”

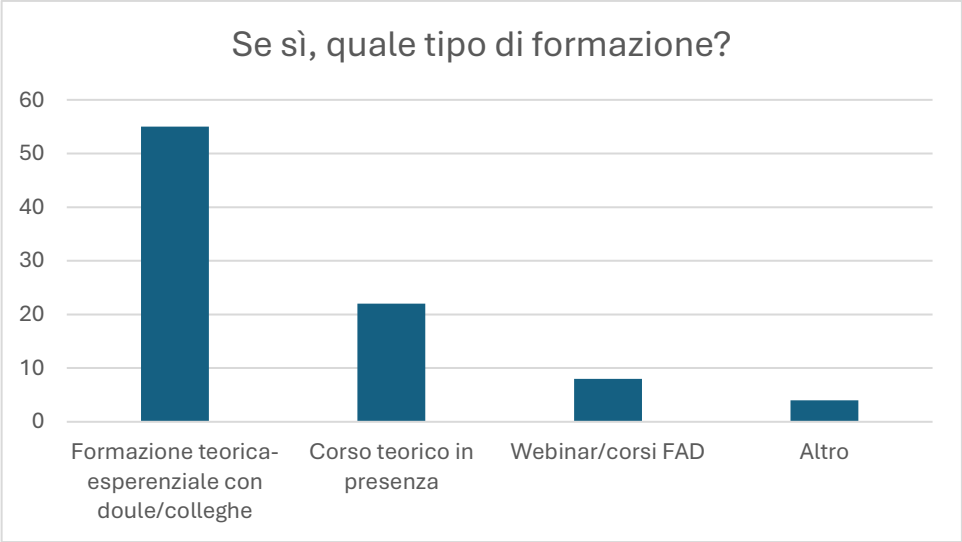
All'interno del campione il 55,7% non ha partecipato a formazioni specifiche sul rebozo, il rimanente 44,3% sì (Grafico 10).



Grafco 1 0: distribuzione percentuale del campione in merito alla partecipazione a corsi o formazioni sul rebozo

Se sì, quale tipo di formazione?

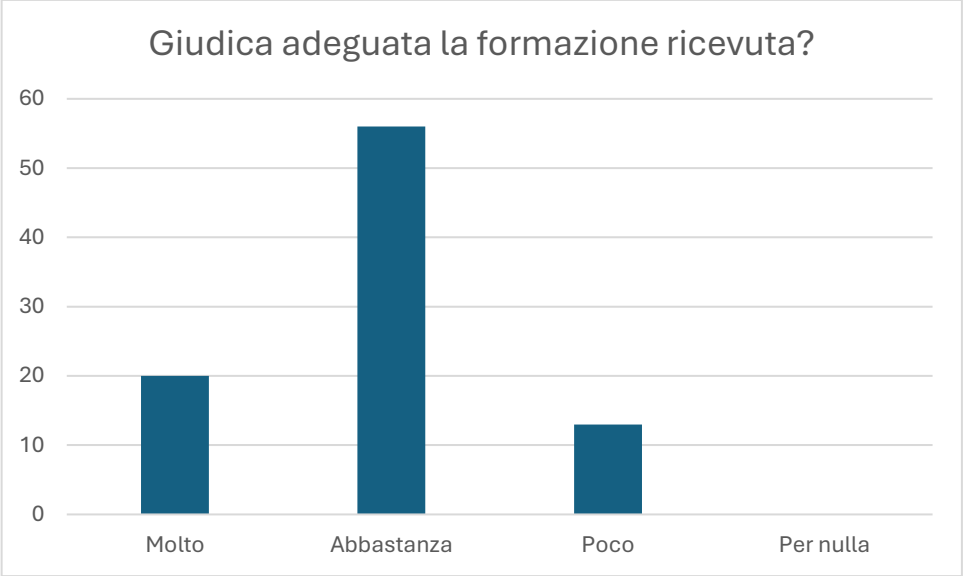
N=55 hanno avuto una formazione teorica-esperenziale con colleghe o doule, n=22 hanno frequentato un corso teorico in presenza, n=8 hanno partecipato a webinar o corsi FAD, n=4 hanno votato "altro", di queste n=2 hanno partecipato a corsi con partere, n=1 ha ricevuto formazione durante il corso di laurea e n=1 non ha specificato (Grafico 11).



Grafco 1 1: frequenza assoluta del tipo di formazione ricevuta sul rebozo dal campione

DOMANDA 10: “Giudica adeguata la formazione ricevuta?”

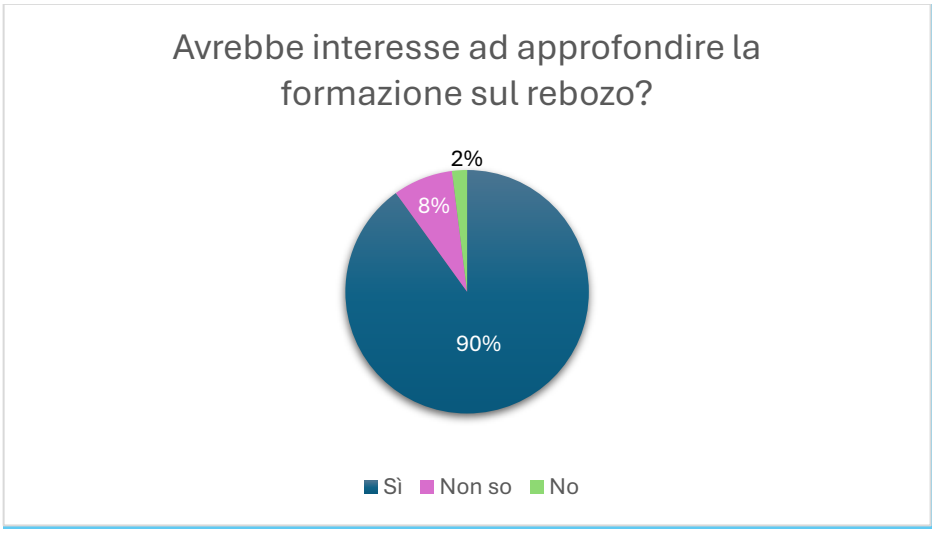
Delle n=89 partecipanti che hanno partecipato a corsi e formazioni specifiche sul rebozo ritengono la formazione ricevuta poco adeguata in n=13, abbastanza adeguata in n=56, molto adeguata in n=20; nessuna di loro la ritiene per nulla adeguata (Grafico 12).



Grafco 1 2: frequenza assoluta del giudizio in merito alla formazione ricevuta

DOMANDA 11: “Avrebbe interesse ad approfondire la formazione sul rebozo?”

Il 90% del campione mostra interesse nel voler approfondire l’argomento, l’8% dichiara di essere incerto, il 2% del campione dichiara di non avere interesse nell’approfondire la tematica in oggetto (Grafico 13).

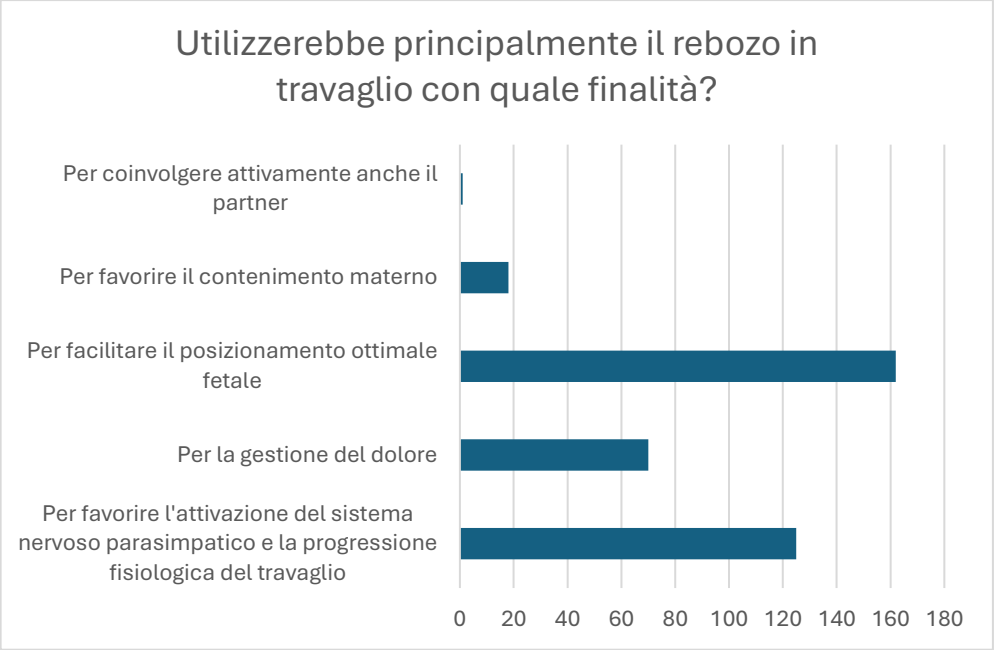


Grafco 1 3: distribuzione percentuale dell’interesse di approfondire la formazione sul rebozo da parte del campione

SEZIONE ATTITUDINI

DOMANDA 12: “Utilizzerebbe principalmente il rebozo in travaglio con quale finalità?”

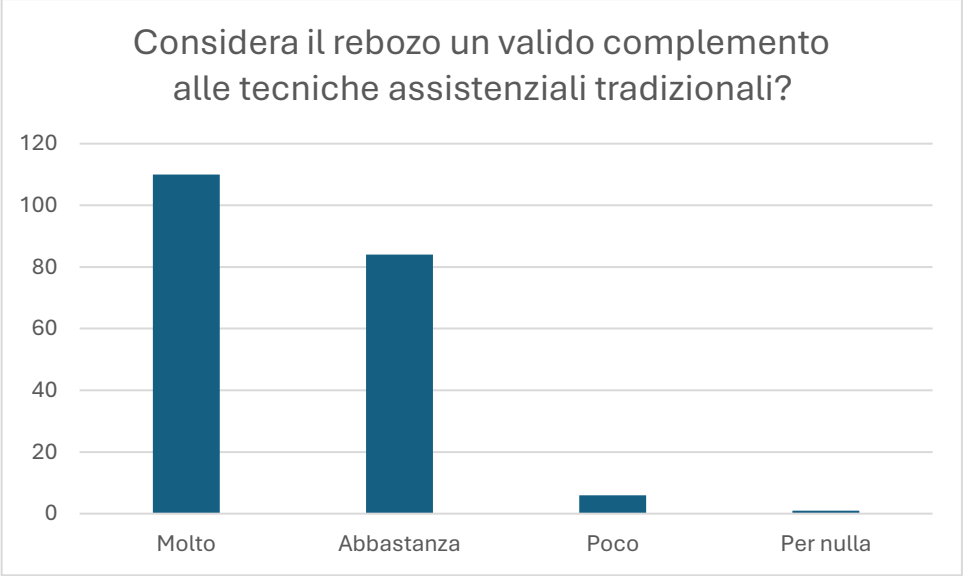
Ciascuna partecipante ha potuto selezionare due opzioni di risposta. La finalità per cui è utilizzato il rebozo in travaglio con maggior frequenza è per facilitare il posizionamento ottimale fetale (n=162), viene usato poi per favorire l’attivazione del sistema nervoso parasimpatico e la progressione fisiologica del travaglio (n=125), per la gestione del dolore (n=70), per favorire il contenimento materno (n=18), infine, con solo 1 risposta, per coinvolgere attivamente anche il partner (Grafico 14).



Grafco 1 4: principali fnalità di utilizzo del rebozo durante il travaglio secondo le ostetriche partecipanti all’indagine

DOMANDA 13: “Considera il rebozo un valido complemento alle tecniche assistenziali tradizionali?”

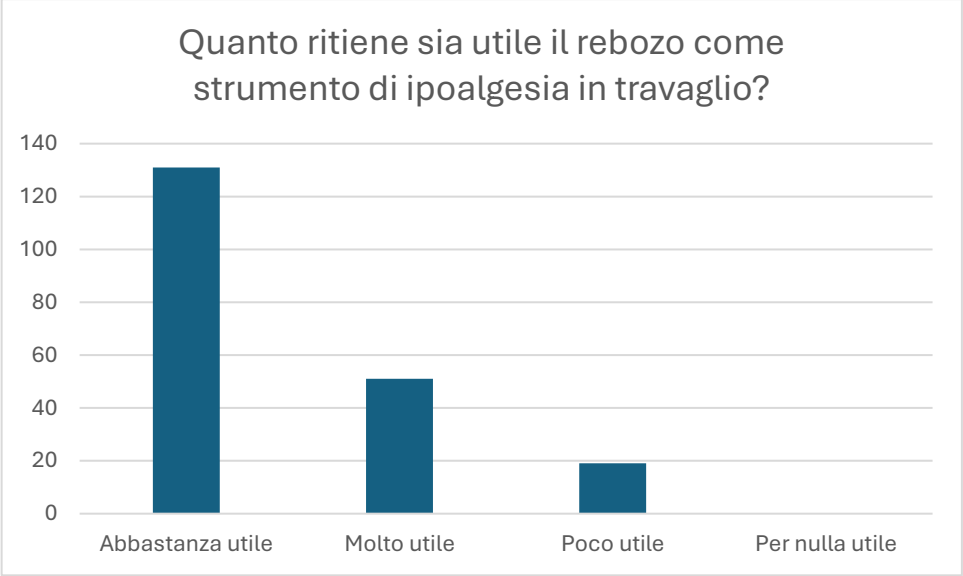
Il rebozo è ritenuto un valido complemento alle tecniche assistenziali tradizionali dalla maggioranza del campione. N=110 lo ritengono molto valido, n=84 abbastanza valido, n=6 poco valido e n=1 per nulla valido (Grafico 15).



Grafco 1 5: percezione delle ostetriche partecipanti riguardo al valore del rebozo come complemento alle tecniche assistenziali tradizionali

DOMANDA 14: “Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento di ipoalgesia in travaglio?”

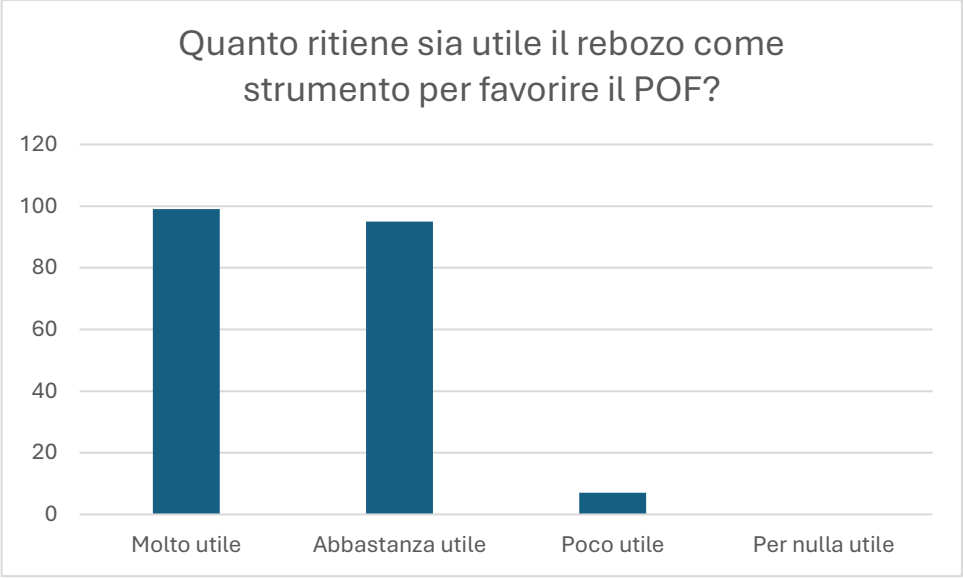
Il rebozo è ritenuto abbastanza utile come strumento di ipoalgesia in travaglio da n=131 partecipanti, molto utile da n=51, poco utile da n=19 e nessuno di loro lo ritiene per nulla utile (Grafico 16).



Grafco 1 6: frequenza assoluta del livello di utilità del rebozo come strumento di ipoalgesia in travaglio secondo il campione

DOMANDA 15: “Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento per favorire il POF?”

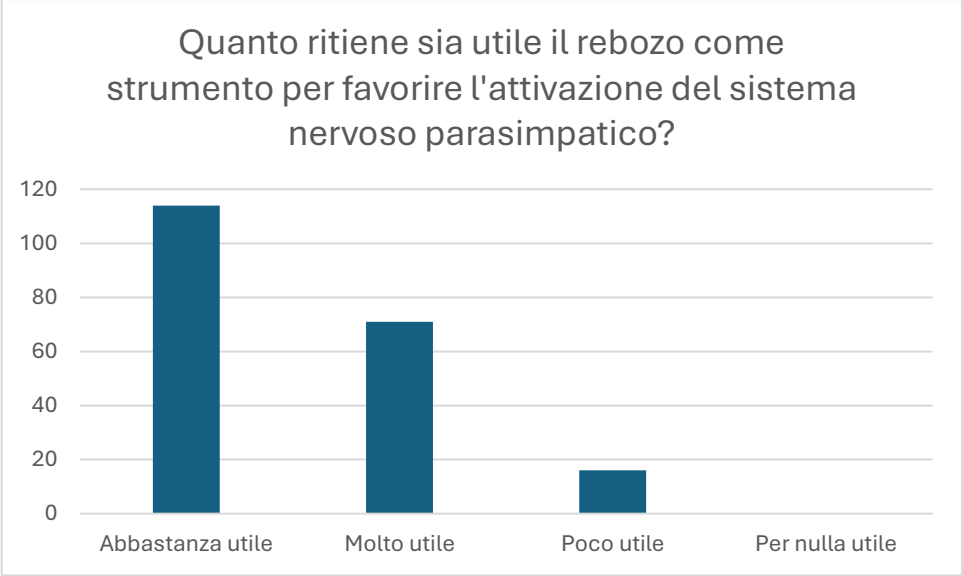
Il rebozo è ritenuto molto utile come strumento per favorire il POF da n=99 partecipanti, abbastanza utile da n=95, poco utile da n=7 e nessuno di loro lo ritiene per nulla utile (Grafico 17).



Grafco 1 7: frequenza assoluta del livello di utilità del rebozo come strumento per favorire il POF secondo il campione

DOMANDA 16: “Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento per contenere la donna e favorire l’attivazione del sistema nervoso parasimpatico?”

Il rebozo è ritenuto abbastanza utile come strumento per contenere la donna e favorire l’attivazione del sistema nervoso parasimpatico da n=114 partecipanti, molto utile da n=71, poco utile da n=16 e nessuno di loro lo ritiene per nulla utile (Grafico 18).

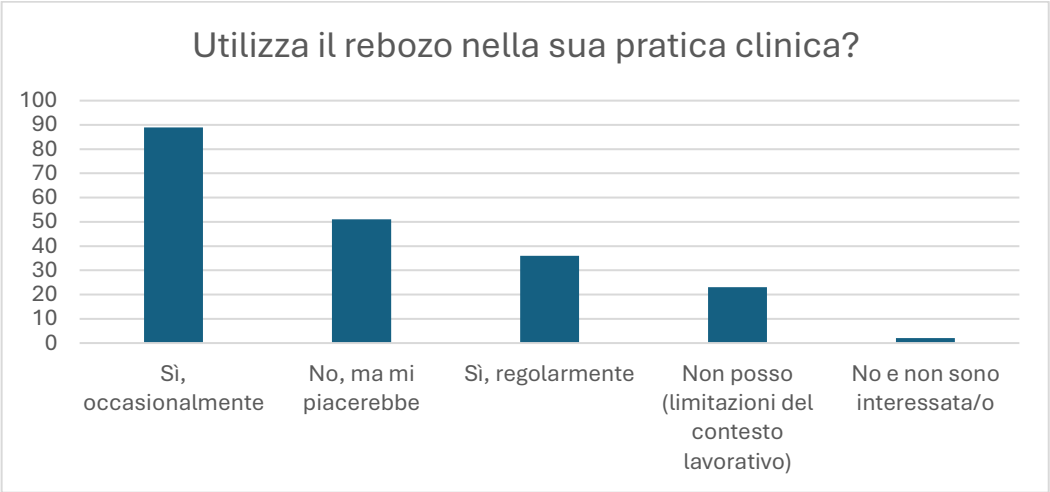


Grafco 1 8: frequenza assoluta del livello di utilità del rebozo come strumento per favorire l’attivazione del sistema nervoso parasimpatico secondo il campione

SEZIONE PRATICA

DOMANDA 17: “Utilizza il rebozo nella sua pratica clinica?”

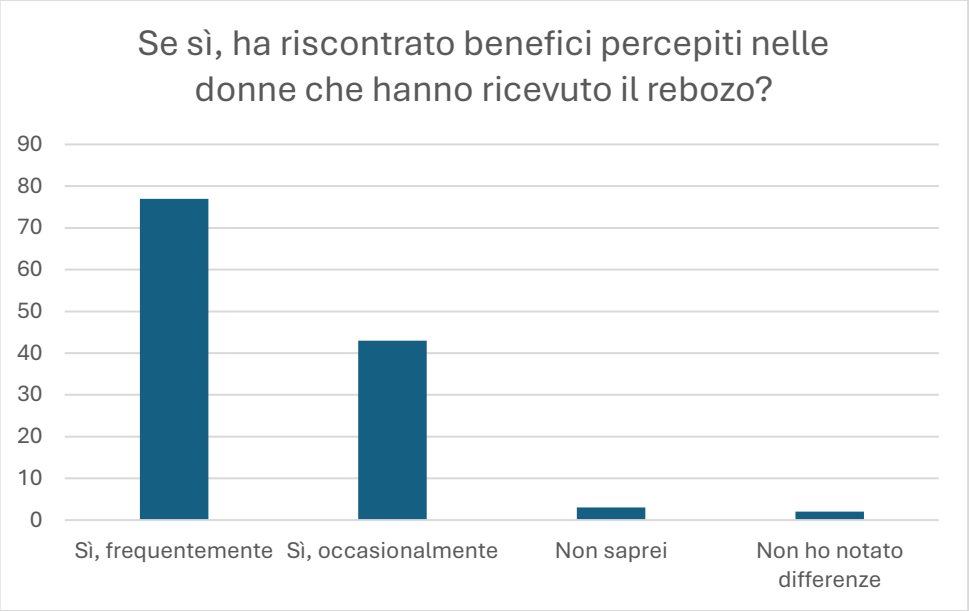
Nella pratica clinica n=89 partecipanti utilizzano il rebozo occasionalmente, n=36 regolarmente, n=51 non lo utilizzano ma sarebbero interessate a provare, n=23 non lo utilizzano a causa di limitazioni del contesto lavorativo e n=2 non lo utilizzano e non sono interessate a farlo (Grafico 19).



Grafco 19: frequenze assolute di utilizzo del rebozo nella pratica clinica

Se sì, ha riscontrato benefici percepiti nelle donne che hanno ricevuto il rebozo?

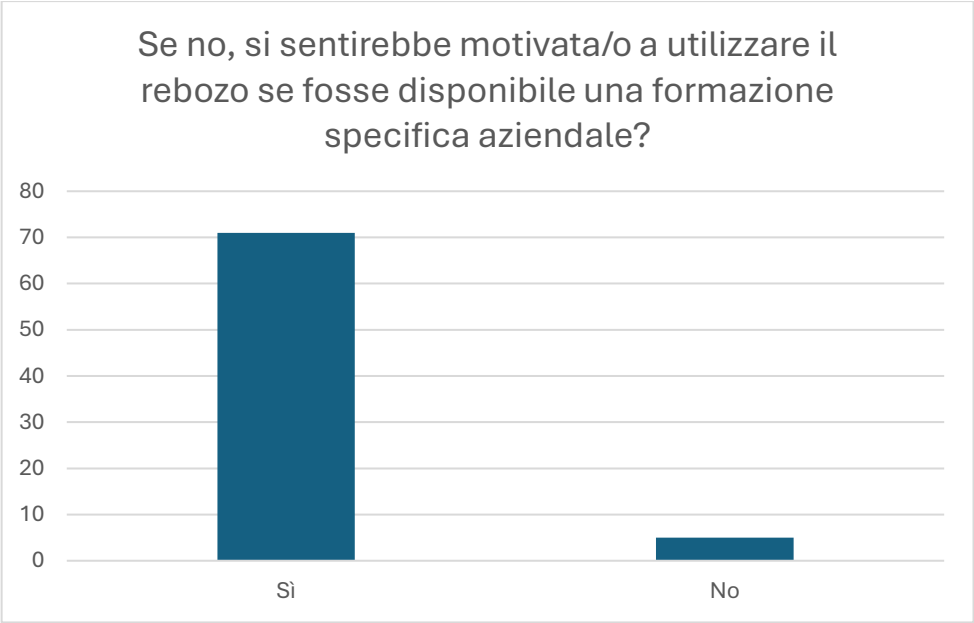
Delle n=125 partecipanti che utilizzano il rebozo nella pratica clinica, n=77 hanno riscontrato frequentemente benefici, n=43 hanno riscontrato benefici occasionalmente, n=2 non hanno notato differenze, n=3 dichiarano di non saperlo (Grafico 20).



Grafco 2 0: frequenza assoluta di benefci riscontrati nelle donne che hanno ricevuto il rebozo

Se no, si sentirebbe motivata/o a utilizzare il rebozo se fosse disponibile una formazione specifica aziendale?

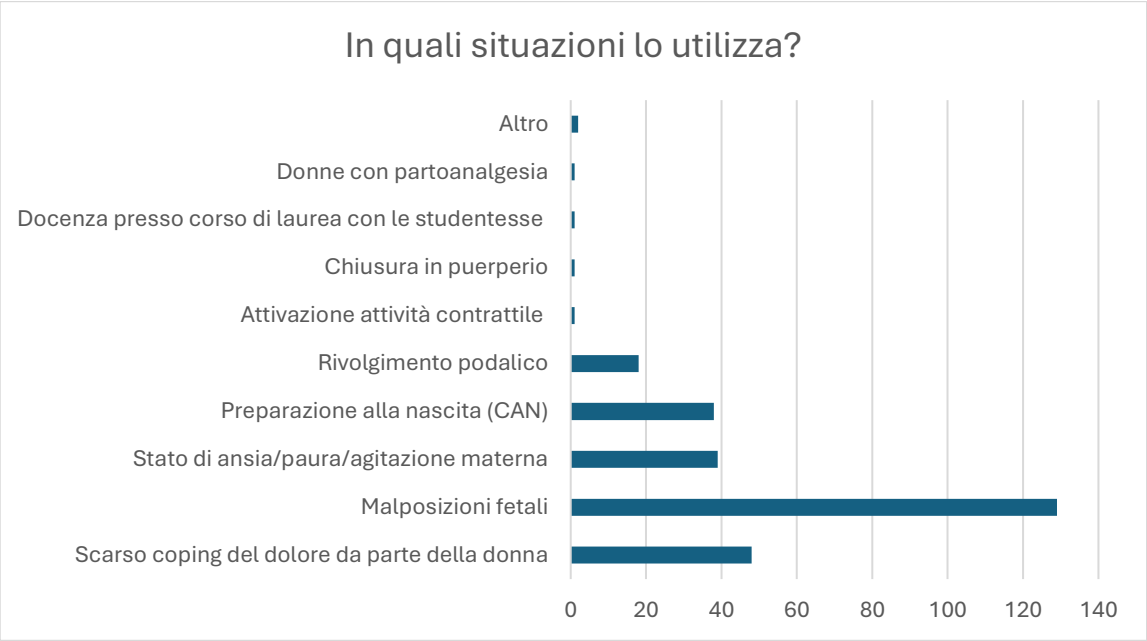
Delle n=76 partecipanti che non utilizzano il rebozo nella pratica clinica, n=71 hanno risposto che si sentirebbero motivate se ci fosse una formazione specifica aziendale, n=5 hanno detto di no. (Grafico 21).



Grafco 21: distribuzione percentuale di motivazione ad utilizzo del rebozo se fosse disponibile una formazione specifca aziendale

DOMANDA 18: “In quali situazioni lo utilizza?”

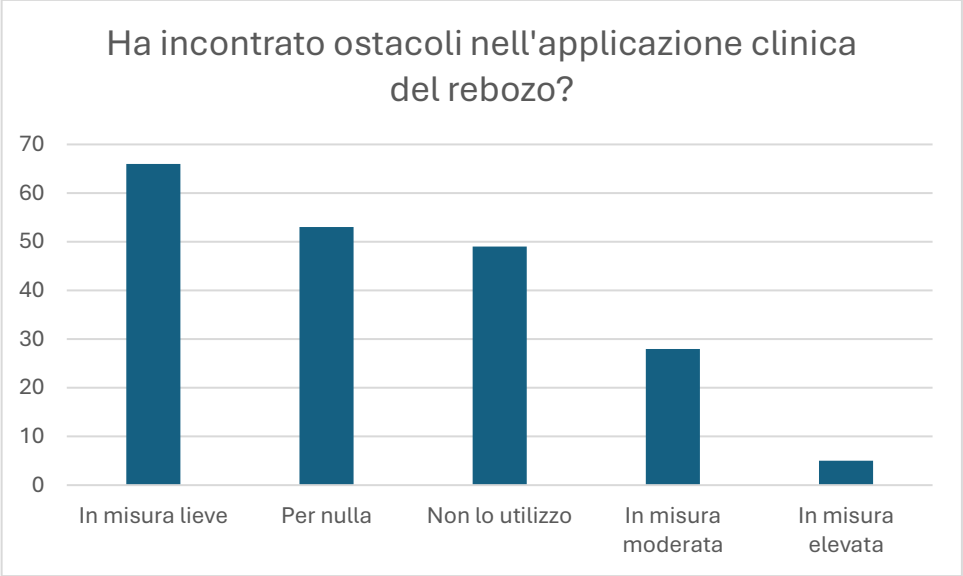
In questa domanda non è stato definito un numero massimo di risposte per partecipante, ma ciascuna di loro ne ha data almeno una. In n= 49 hanno risposto di non utilizzare il rebozo, n=129 lo utilizzano in caso di malposizioni fetali, n=99 in caso di distocia meccanica o dinamica, n=48 in caso di scarso coping del dolore da parte della donna, n=39 in caso di ansia, paura o agitazione materna, n=38 nei corsi di accompagnamento alla nascita, n=18 per favorire il rivolgimento podalico, n=1 per favorire l’attivazione dell’attività contrattile, n=1 in puerperio con la pratica della chiusura, n=1 in caso di donne con partoanalgesia non propense al movimento, n=1 lo utilizza per la docenza, n=2 hanno risposto “altro” senza specificare (Grafico 22).



Grafco 2 2: frequenza assoluta delle situazioni di utilizzo del rebozo da parte del campione

DOMANDA 19: “Ha incontrato ostacoli nell’applicazione clinica del rebozo?”

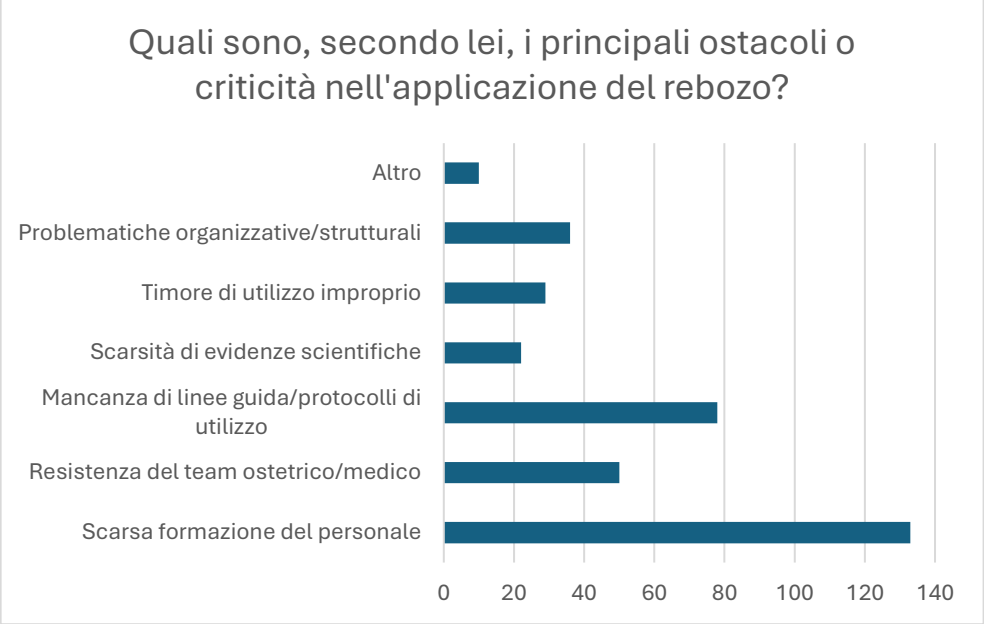
Nel campione considerato, n=5 partecipanti hanno incontrato ostacoli in misura elevata nell’applicazione clinica del rebozo, n=28 in misura moderata, n=66 in misura lieve, n=53 non hanno incontrato nessun ostacolo e n=49 non lo utilizzano (Grafico 23).



Grafco 2 3: frequenza assoluta degli ostacoli incontrati nell’applicazione clinica del rebozo da parte del campione

DOMANDA 20: “Quali sono, secondo lei, i principali ostacoli o criticità?”

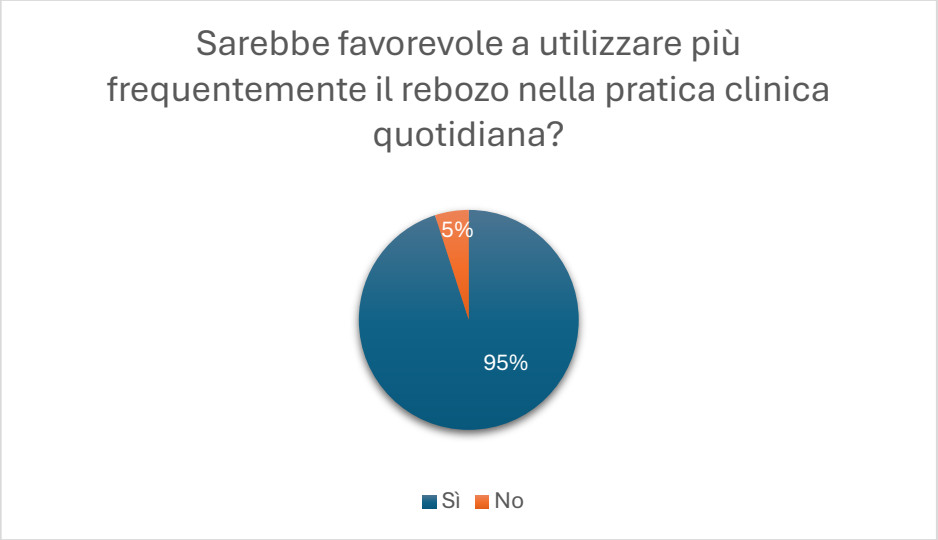
In questa domanda il limite massimo era di due risposte a partecipante. Dall’analisi emerge che il principale ostacolo incontrato dal nostro campione è la scarsa formazione del personale, in quanto n=133 partecipanti hanno selezionato questa risposta. A seguire, in n=78 hanno individuato nella mancanza di linee guida e di protocolli un altro ostacolo all’applicazione del rebozo. In n=50 vedono resistenza da parte del team ostetrico/medico, n=36 evidenziano problematiche organizzative/strutturali, per n=29 un ostacolo è il timore di utilizzo improprio, per n=22 la scarsità di evidenze scientifiche, n=10 hanno risposto “altro”; nello specifico per n=3 la difficoltà di registrazione del CTG, per n=4 scarsa partecipazione della donna, n=1 ha risposto che la mancanza del rebozo in sala travaglio può essere una criticità riscontrabile, n=1 non saprebbe, n=1 non lo utilizza (Grafico 24).



Grafco 2 4: frequenza assoluta degli ostacoli o delle criticità incontrati da parte del campione nell’applicazione clinica del rebozo

DOMANDA 21: “Sarebbe favorevole a utilizzare più frequentemente il rebozo nella pratica clinica quotidiana?”

Delle n=201 partecipanti, il 95% sarebbe favorevole a incrementare l’utilizzo del rebozo nella pratica clinica quotidiana mentre il 5% del campione non è a favore (Grafico 25).



Grafco 2 5: distribuzione percentuale del grado di favore delle ostetriche verso un utilizzo più frequente del rebozo nella pratica clinica quotidiana

DOMANDA 22: Commenti liberi

L’ultima domanda del questionario prevedeva uno spazio aperto dedicato a osservazioni e commenti liberi da parte delle partecipanti. Di seguito vengono riportati alcuni contributi ritenuti particolarmente significativi ai fini della ricerca.

Un’ostetrica afferma che: “Sarebbe utile inserirlo nella trattazione accademica in triennale e poi eventualmente approfondire il tema in maniera privata attraverso la formazione. Buona ricerca!”

Un’altra collega afferma che: “Il rebozo è uno strumento molto utile soprattutto per la risoluzione di malposizioni fetali. È uno strumento economico e disponibile (se non lo

hai usi il lenzuolo) ma il problema, almeno per la mia esperienza di tirocinio che è stata presso un grande ospedale DEA II livello, è il fatto che le ostetriche sono poco formate, il carico di lavoro non ti permette di dedicarti in maniera esclusiva ad una sola donna, e spesso poi si incontrano resistenze da parte di ginecologi senior e ostetriche poco aggiornate. Sarebbe bello formare anche dalle triennali le future ostetriche sull'uso del rebozo ma in generale su tutti i metodi non farmacologici per la gestione del dolore."

Un'altra ostetrica dichiara: "Sarei molto interessata ad approfondire la mia formazione sull'utilizzo del rebozo così da sperimentarlo nella pratica clinica quotidiana e verificarne, così, fattivamente, i benefici clinici sulle donne. Sarebbe molto importante, inoltre, che le aziende sanitarie dispongano di protocolli specifici per l'utilizzo del rebozo in gravidanza e durante il travaglio."
Un'altra ancora sostiene che: "In merito non c'è formazione adeguata."

4.3 Analisi inferenziale

Per valutare l'eventuale associazione tra variabili emerse e l'utilizzo del rebozo, è stata condotta un'analisi statistica inferenziale. In particolare, sono state analizzate due possibili relazioni: quella tra la formazione ricevuta sul rebozo e il suo utilizzo nella pratica professionale e quella tra gli anni di esperienza professionale e l'utilizzo del rebozo. Per verificare la presenza di un'associazione tra le variabili è stato utilizzato il test del Chi-quadrato (χ^2) di Pearson. Il test ha permesso di confrontare la distribuzione delle frequenze osservate con le frequenze attese. Per ciascuna analisi è stato quindi calcolato il relativo *p-value*, utilizzato per valutare la significatività statistica del risultato. È stato considerato come livello di significatività $\alpha = 0,05$; valori di $p < 0,05$ sono stati interpretati come indicativi di un'associazione statisticamente significativa tra le variabili analizzate, mentre valori di $p > 0,05$ sono stati considerati non statisticamente significativi. I risultati hanno evidenziato un *p-value* pari a $p = 4,56329 \times 10^{-9}$ per l'associazione tra formazione ricevuta e utilizzo del rebozo e un *p-value* pari a $p = 0,362811$ per l'associazione tra anni di esperienza professionale e utilizzo del rebozo.

Variabili correlate	**Test statistico**	**Valore di p**	**Significatività statistica**
Formazione ricevuta-utilizzo	χ^2 di Pearson	$p = 4,56329 \times 10^{-9}$ (**$p<0,001$**)	Significativa
Esperienza professionale-utilizzo	χ^2 di Pearson	$p = 0,363$	Non significativa

Per valutare l'associazione tra la formazione specifica sul rebozo e il suo utilizzo nella pratica professionale sono state formulate le seguenti ipotesi: H_0 (ipotesi nulla) ovvero non esiste un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione a una formazione specifica sul rebozo e il suo utilizzo nella pratica clinica e H_1 (ipotesi

alternativa) ovvero esiste un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione a una formazione specifica sul rebozo e il suo utilizzo nella pratica clinica. L'analisi effettuata mediante il test del χ^2 di Pearson ha evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra le variabili considerate ($p < 0,001$). Pertanto, l'ipotesi nulla è stata rifiutata a favore dell'ipotesi alternativa, indicando che la partecipazione a percorsi formativi specifici sul rebozo risulta associata a una maggiore probabilità di utilizzo dello strumento nella pratica professionale.

Per valutare l'associazione tra gli anni di esperienza professionale e l'utilizzo del rebozo nella pratica clinica sono state formulate le seguenti ipotesi: H_0 (ipotesi nulla) ovvero non esiste un'associazione statisticamente significativa tra gli anni di esperienza professionale e l'utilizzo del rebozo e H_1 (ipotesi alternativa) ovvero esiste un'associazione statisticamente significativa tra gli anni di esperienza professionale e l'utilizzo del rebozo. L'analisi effettuata mediante il test del χ^2 di Pearson non ha evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra le variabili considerate ($p = 0,363$). Pertanto, non è possibile rifiutare l'ipotesi nulla. I risultati suggeriscono che l'utilizzo del rebozo nella pratica professionale non risulta influenzato dagli anni di esperienza lavorativa dell'ostetrica, ma verosimilmente da altri fattori, quali la formazione specifica ricevuta e le opportunità di aggiornamento professionale.

5. DISCUSSIONE

L’obiettivo del presente studio è stato quello di indagare le conoscenze, la formazione, le attitudini e l’utilizzo del rebozo come strumento ostetrico da parte delle ostetriche nel territorio nazionale. Sono stati indagati diversi aspetti della conoscenza dello strumento, dalla formazione al suo utilizzo clinico.

L'analisi descrittiva del campione evidenzia un range di età compreso tra 22 e 73 anni, con un'età media pari a 37,5 anni. Tale variabilità anagrafica contribuisce a delineare un campione eterogeneo e potenzialmente rappresentativo della popolazione di riferimento.

La maggior parte del campione riferisce un’esperienza professionale che supera i 15 anni di servizio. Sebbene le ostetriche coinvolte nello studio afferiscano a diversi contesti lavorativi, l'ambito ospedaliero rappresenta il principale settore di attività professionale.

Quasi la totalità degli intervistati conosce il rebozo o ne ha sentito parlare e chi non lo conosce ha dimostrato interesse ad approfondire l’argomento. La formazione professionale strutturata e le colleghe sono il mezzo principale attraverso cui le partecipanti al questionario sono venute a conoscenza del rebozo Tra le partecipanti che hanno selezionato l’opzione “altro”, tre hanno riferito di aver acquisito conoscenze sul rebozo durante il percorso universitario. Questo dato suggerisce che, in alcuni atenei, tale argomento stia progressivamente trovando spazio all’interno dei corsi di laurea, testimoniando un crescente interesse verso il suo inserimento nella formazione ostetrica.

Nello specifico, n=103 partecipanti ritengono di avere una buona conoscenza sull’utilizzo del rebozo e ritengono che i principali ambiti di applicazione in gravidanza dovrebbero essere: il miglioramento dell’allineamento tra feto e canale del parto (n= 167) e il supporto alla gravida tramite rilassamento muscolare e sollievo lombare (n=138). In travaglio invece, la riduzione del livello di dolore in tutte le fasi e il miglioramento della qualità dell’assistenza sono state le risposte prevalenti con n=165 per quanto concerne l’ipoalgesia e n= 98 per la seconda opzione di risposta.

Le risposte fornite dalle partecipanti risultano ampiamente coerenti con gli ambiti di applicazione del rebozo descritti in letteratura, suggerendo un buon livello di consapevolezza riguardo alle sue principali potenzialità nell'assistenza ostetrica. In particolare, il rebozo viene riconosciuto come uno strumento non farmacologico utile

nella gestione del dolore in travaglio, nel favorire un corretto posizionamento fetale e nel promuovere il benessere materno. Inoltre, la rilevanza attribuita al miglioramento della qualità assistenziale evidenzia il valore di un approccio assistenziale personalizzato e centrato sulla donna, caratterizzato da una maggiore attenzione alla relazione di cura, al contatto fisico e al coinvolgimento attivo della partoriente nel percorso nascita (Iversen M.L. et al. 2017) (Tandoğan Ö. et al. 2024).

Tuttavia, è interessante osservare che, sebbene circa la metà del campione ritenga di possedere una buona conoscenza della tecnica, quasi il 40% delle partecipanti dichiara di averne una conoscenza limitata o di non conoscerla affatto. Questo dato merita particolare attenzione poiché, in un contesto caratterizzato da un crescente interesse verso le strategie non farmacologiche di assistenza alla nascita, un'adeguata conoscenza del rebozo rappresenta un prerequisito fondamentale per una sua integrazione consapevole e appropriata nella pratica clinica.

Il 55,7% del campione non ha partecipato ad alcun tipo di formazione specifica sul rebozo; questo, unito all'interesse dichiarato nell'approfondire la conoscenza (90% del campione), e unito al fatto che il campione proviene prevalentemente dall'ambito ospedaliero (n=148), esprime il fatto che un incremento della formazione su questo tema, proposta all'interno delle aziende ospedaliere, potrebbe avere un buon riscontro in termini di partecipazione e, come dichiarato dal campione, il personale si sentirebbe maggiormente motivato ad utilizzare il rebozo. Le partecipanti vedono nel rebozo un complemento alle tecniche assistenziali tradizionali e la maggioranza di loro lo ritiene da abbastanza a molto utile come strumento di ipoalgesia in travaglio, come strumento per favorire il POF, ma anche per favorire l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico materno. Le risposte ottenute sono in linea con quanto emerge dalla letteratura corrente, è dimostrato che il rilassamento dei muscoli riduce il dolore del travaglio, diversi studi hanno evidenziato una riduzione statisticamente significativa dell'intensità del dolore da travaglio in seguito al rilassamento muscolare determinato dal rebozo (Tandoğan Ö. et al. 2024).

Dai risultati è emerso che le ostetriche utilizzano il rebozo principalmente per la correzione delle malposizioni fetali (n=129), delle distocie dinamiche e meccaniche (n=99) e per l'ipoalgesia (n=48). Nella pratica assistenziale, le ostetriche coinvolte

ritengono il rebozo uno strumento utile nella risoluzione delle problematiche di malposizione fetale, questo dato è coerente con la letteratura esistente che ne evidenzia l'utilità per il POF attraverso il movimento e la mobilizzazione dei tessuti materni (Cohen S.R. et al. 2015). I principali ostacoli emersi riguardo all'applicazione del rebozo nella pratica clinica sono stati: la scarsa formazione del personale (n=133), la mancanza di linee guida e protocolli in merito (n=78) e la resistenza del team medico/ostetrico (n=50). Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, è importante considerare come, nel corso degli anni, il livello di aggiornamento e di formazione degli operatori possa risultare eterogeneo. Di conseguenza, le tecniche meno convenzionali o di più recente introduzione possono talvolta essere accolte con maggiore cautela rispetto a pratiche consolidate e già ampiamente integrate nell'assistenza. In questo contesto, eventuali resistenze da parte dell'équipe non devono essere necessariamente interpretate come una contrarietà nei confronti della metodica stessa, bensì come il riflesso della necessità di una maggiore formazione, informazione e condivisione delle evidenze scientifiche all'interno del team assistenziale.

I commenti liberi raccolti nell'ultima domanda evidenziano l'esigenza di introdurre una trattazione strutturata del rebozo già all'interno del Corso di Laurea in Ostetricia, offrendo successivamente la possibilità di approfondire la metodica attraverso percorsi formativi specifici. Le partecipanti sottolineano l'importanza di garantire alle future ostetriche una preparazione di base sulle strategie non farmacologiche per la gestione del dolore, nell'ottica di una formazione completa e adeguata alle esigenze della pratica clinica. Dai contributi emerge inoltre la proposta di implementare protocolli operativi condivisi all'interno dei singoli presidi sanitari, al fine di fornire indicazioni chiare sull'utilizzo del rebozo e favorirne l'integrazione nella pratica assistenziale, riducendo eventuali resistenze da parte dell'équipe medico-ostetrica.

Un ulteriore aspetto evidenziato riguarda le difficoltà legate al carico assistenziale. Secondo alcune delle partecipanti, l'elevato numero di pazienti e le limitate risorse disponibili non consentono sempre di garantire un'assistenza continuativa e personalizzata alla donna in travaglio. Tale condizione può limitare l'attuazione delle diverse metodiche non farmacologiche per il contenimento del dolore, compreso il rebozo, il cui impiego richiede una presenza costante e una continuità assistenziale.

Pertanto, il carico di lavoro viene identificato come uno degli ostacoli alla diffusione e all'utilizzo di questa pratica nella routine clinica.

Per quanto riguarda l'analisi statistica inferenziale, è stata valutata l'associazione tra la formazione specifica ricevuta sul rebozo e il relativo utilizzo e l'associazione tra gli anni di esercizio professionale e l'utilizzo del rebozo. È stato utilizzato il test di correlazione di Pearson per il confronto. Dall'analisi emerge un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione a una formazione specifica e l'utilizzo del rebozo ($p=<0,05$). Questo risultato suggerisce che promuovendo la formazione specifica è possibile incrementarne l'utilizzo nella pratica professionale, aumentando così le risorse da poter utilizzare nell'assistenza alla paziente. Al contrario, non è emersa un'associazione statisticamente significativa tra l'utilizzo del rebozo e l'esperienza professionale ($p>0,05$). I risultati ottenuti suggeriscono che l'utilizzo del rebozo nella pratica clinica sia maggiormente influenzato dalla partecipazione a percorsi formativi specifici piuttosto che dagli anni di esperienza professionale.

5.1 Limiti dello studio

Nonostante i risultati emersi ci permettano di avere una panoramica sulla conoscenza e l'utilizzo da parte del personale ostetrico nel territorio nazionale, è necessario considerare la presenza di alcune limitazioni e criticità.

In primo luogo, un campione più ampio avrebbe potuto garantire una maggiore rappresentatività della popolazione, pertanto, pur avendo coinvolto professioniste provenienti da diverse aree del territorio nazionale, il questionario non ne ha raggiunto la totalità, portando a dei risultati che ne rappresentano solo una parte. Occorre sottolineare che la partecipazione al questionario proposto non è stata omogenea sul territorio nazionale; sono stati contattati tutti gli ordini della professione ostetrica delle regioni italiane, tuttavia il livello di partecipazione è risultato variabile tra le diverse aree geografiche. Una partecipazione particolarmente elevata è stata registrata nella regione

Marche, probabilmente in relazione alla maggiore vicinanza del contesto di ricerca e alla provenienza dello studio dall'Università promotrice. Anche le regioni del Nord e del Centro Italia hanno mostrato una buona adesione all'indagine, mentre la partecipazione delle regioni meridionali è risultata più contenuta. Inoltre, non sono pervenute risposte da alcune regioni, quali Calabria, Umbria e Valle d'Aosta. Tale distribuzione geografica non omogenea costituisce un limite dello studio, in quanto potrebbe aver influenzato la rappresentatività del campione rispetto alla popolazione delle ostetriche operanti sul territorio nazionale. Di conseguenza, i risultati ottenuti devono essere interpretati con cautela e non possono essere completamente generalizzati all'intera realtà professionale italiana.

Un ulteriore limite dello studio potrebbe essere rappresentato da un bias di selezione. È infatti plausibile che le professioniste maggiormente interessate o già sensibilizzate all'argomento siano state più propense a compilare il questionario rispetto a coloro che ne possiedono una conoscenza limitata o assente. Ciò potrebbe aver determinato una sovrastima del livello di conoscenza rilevato.

Infine, dal punto di vista metodologico, lo studio ha presentato alcune criticità, tra cui la limitata disponibilità di evidenze scientifiche in letteratura e la mancanza di un questionario validato per l'analisi del fenomeno in esame.

6. CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato come il rebozo rappresenti una metodica di crescente interesse nell'ambito dell'assistenza ostetrica. Dall'analisi dei dati raccolti emerge infatti un atteggiamento complessivamente positivo e propositivo da parte delle ostetriche nei confronti della metodica e delle sue potenziali applicazioni nella pratica clinica.

Tra gli aspetti emersi dall'indagine, particolare rilevanza assumono le prospettive future legate alla diffusione e all'integrazione del rebozo nel contesto ostetrico italiano. In questo senso, la formazione rappresenta un elemento fondamentale. L'introduzione di contenuti dedicati alla metodica all'interno del percorso universitario consentirebbe alle future professioniste di acquisire conoscenze teoriche e competenze pratiche basate su un apprendimento strutturato e consapevole. In questa direzione, all'interno del nostro Ateneo, a partire dall'A.A. 2025/2026 è stato inserito un corso monografico per le studentesse del secondo anno dedicato alle metodiche non farmacologiche per la gestione del travaglio di parto nel quale è prevista la sperimentazione del rebozo da parte delle studentesse nella sezione pratica del corso. Tale iniziativa costituisce un primo importante passo verso una maggiore integrazione di strategie assistenziali complementari, tra cui il rebozo, nella formazione delle future ostetriche.

Parallelamente, la diffusione della pratica dovrebbe procedere di pari passo con il rafforzamento delle evidenze scientifiche disponibili. L'esecuzione di ulteriori studi, condotti con metodologie rigorose e su campioni più ampi, permetterebbe di approfondire gli effetti del rebozo sugli outcome materni e neonatali, nonché sull'esperienza e sulla soddisfazione della donna durante il travaglio e il parto. Un ampliamento delle conoscenze scientifiche in questo ambito potrebbe favorire l'elaborazione di linee guida e di protocolli condivisi contribuendo a superare le resistenze ancora presenti tra alcuni professionisti e a promuovere un utilizzo più uniforme e consapevole della metodica.

Alla luce dei risultati ottenuti, si può concludere che il rebozo rappresenti una risorsa promettente per l'assistenza ostetrica contemporanea. Se utilizzato da professioniste adeguatamente formate e supportate da evidenze scientifiche sempre più solide, esso può costituire un valido strumento di supporto alla fisiologia del parto e al benessere materno, contribuendo a valorizzare il ruolo dell'ostetrica nell'accompagnamento della donna

lungo tutto il percorso nascita. In questa prospettiva, il rebozo non deve essere considerato soltanto una tecnica operativa, ma un'opportunità per arricchire l'assistenza ostetrica con un approccio centrato sulla donna, sulle sue esigenze e sulla promozione di un'esperienza di nascita positiva e consapevole.

7. BIBLIOGRAFIA

[1] Tandoğan, Ö., & Oskay, Ü. (2021). Doğum ağrısının giderilmesinde Rebozo tekniği [Rebozo technique in relief of delivery pain]. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3*(1), 39–44. DOI: 10.46413/boneyusbad.820235.

[2] Tandoğan, Ö., & Oskay, Ü. (2024). The effect of Rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. Medicine, 103(35), e39346. DOI: 10.1097/MD.0000000000039346.

[3] De Keijzer, M., van Tuyl, T., & Vinaver, N. (2015). The rebozo technique unfolded: Workbook rebozo massage. ISBN: 978-90-811202-5-8.

[4] Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). DOI: 10.1002/14651858. CD003766.pub6.

[5] Cohen, S. R., & Thomas, C. R. (2015). Rebozo technique for fetal malposition in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health, 60*(4), 445–451. DOI: 10.1111/jmwh.12352.

[6] Fumagalli, S., Antolini, L., Nespoli, A., Panzeri, M., Terenghi, T., Ferrini, S., Spandrio, R., Maini, I. M., Locatelli, A., & Ornaghi, S. (2024). Rebozo and advanced maternal postures: A promising set of intrapartum interventions to reduce persistent occiput posterior position of the fetal head. *European Journal of Midwifery, 8*, 10.18332/ejm/191511. DOI: 10.18332/ejm/191511.

[7] De Wolff, M. G., Ladekarl, M., Sparholt, L., & Lykke, J. A. (2022). Rebozo and external cephalic version in breech presentation (RECEIVE): A randomised controlled study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 129*(10), 1666–1675. DOI: 10.1111/1471-0528.17111.

[8] Thomson, G., Feeley, C., Hall Moran, V., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief

methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health, 16*(1), 71. DOI: 10.1186/s12978-019-0735-4.

[9] Sales W.B. et al. (2020). *The Rebozo Technique in the Care of Women in the Pregnancy-uerperal Cycle: An Integrative Review*. Research, Society and Development.

[10] Ermiati, Widiasih R., Srimurni N.A., Sari N.D.A., Aini F.H.Q. (2026). *Rebozo Techniqu on Labor Pain Intensity: A Systematic Review*. International Journal of Women's Health,18. DOI: 10.2147/IJWH.S616559.

[11] Porges, S.W. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York: W.W. Norton & Company.

[12] Porges, S.W. (2025). *Polyvagal theory: a journey from physiological observation to neural innervation and clinical insight*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 19, 1659083. DOI: 10.3389/fnbeh.2025.1659083.

[13] Shifman J, Jones LE, Davey MA, East CE, Whitburn LY. (2024) Novel grouping of planned coping strategies for managing the intensity of labour: a survey study of Australian nulliparous women. *Midwifery*. 2024;136:104055. DOI:10.1016/j.midw.2024.104055.

[14] Wang, R., Lu, J., & Chow, K. M. (2024). Effectiveness of mind–body interventions in labour pain management during normal delivery: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 158*, 104858. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104858.

[15] Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 11*, 79–85. DOI:10.1016/j.srhc.2016.10.005.

[16] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(7):CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

[17] Von Gartzen, A., & Hollins Martin, C. J. (2013). An email survey of midwives knowledge about CytoMegaloVirus (CMV) in Hannover and a skeletal framework for a proposed teaching program. *Nurse Education in Practice, 13*(5), 481–486. DOI: 10.1016/j.nepr.2012.11.003.

[18] Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R., & Doody, O. (2018). Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth, 31*(6), e358–e366. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.02.002.

[19] Olloqui-Mundet, M. J., Cavia, M. D. M., Alonso-Torre, S. R., & Carrillo, C. (2024). Nutrition education in the midwife consultation room: A cross sectional survey in Spain. *Midwifery, 139*, Article 104150. DOI: 10.1016/j.midw.2024.104150.

[20] Arrish, J., Yeatman, H., & Williamson, M. (2016). Australian midwives and provision of nutrition education during pregnancy: A cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence. *Women and Birth, 29*(5), 455–464. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.03.001.

8. ALLEGATO N. 1 QUESTIONARIO

Gentili partecipanti,

sono Aurora Cocci, una studentessa di Ostetricia che sta per conseguire la laurea presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona. Come parte della mia ricerca finale, sto conducendo un'indagine sulle conoscenze, attitudini ed esperienze relative all'utilizzo del rebozo come strumento ostetrico. Vi chiedo cortesemente di prendere parte a quest'indagine, la partecipazione è completamente volontaria e tutte le informazioni saranno trattate in modo anonimo, pertanto non è richiesto il nome o qualunque altra informazione identificativa.

Grazie per la collaborazione!

1) Quanti anni ha?

2) Da quanti anni esercita la professione?

- o < 5 anni
- o 6-10 anni
- o 11-15 anni
- o > 15 anni

3) Dove esercita la professione?

4) Attuale ambito di attività:

- o Consultorio
- o Libera professione
- o Ostetrica ospedaliera
- o Altro

SEZIONE CONOSCENZE

5) Ha mai sentito parlare del rebozo come strumento ostetrico?

- Sì
- No

Se no, sarebbe interessata/o all'argomento?

- Si
- No

Se sì, in che occasione ha sentito parlare del rebozo per la prima volta?

- Formazione professionale strutturata (corsi, ECM, workshop)
- Colleghe
- Letture scientifiche
- Social media
- Altro

6) Indichi il suo livello di conoscenza generale sull'utilizzo del rebozo:

- Nessuna conoscenza
- Scarsa conoscenza
- Buona conoscenza
- Ottima conoscenza

7) Quali sono, secondo le sue conoscenze, i principali ambiti di applicazione del rebozo in gravidanza?

- Supporto durante la gravidanza (rilassamento muscolare, sollievo lombare)
- Incremento del tasso di presentazione cefalica

- Miglioramento della percezione corporea e della consapevolezza della donna
- Miglioramento dell'allineamento tra feto e canale del parto (sollevamento dell'utero)
- Attivazione del sistema nervoso parasimpatico tramite oscillazione del tessuto

8) Quali sono, secondo le sue conoscenze, i principali ambiti di applicazione del rebozo in travaglio?

- Maggiore percezione e soddisfazione del parto da parte della donna
- Riduzione dei tempi del periodo espulsivo e del secondamento
- Livelli di dolore percepiti in maniera inferiore in tutte le fasi del travaglio (fase latente, fase attiva, fase di transizione)
- Rafforzamento del legame madre-neonato
- Migliora la qualità dell'assistenza ostetrica e rende meno stressante il parto per la gestante

SEZIONE FORMAZIONE

9) Ha partecipato a corsi o formazioni specifiche sul rebozo?

- Si
- No

Se sì, quale tipo di formazione?

- Webinar/corsi FAD
- Corso teorico in presenza
- Formazione teorica-esperenziale con doule/colleghe
- Altro

10) Giudica adeguata la formazione ricevuta?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

11) Avrebbe interesse ad approfondire la formazione sul rebozo?

- Sì
- No
- Non so

SEZIONE ATTITUDINI

12) Utilizzerebbe principalmente il rebozo in travaglio con quale finalità?

- Per la gestione del dolore
- Per favorire il contenimento materno
- Per favorire l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico e la progressione fisiologica del travaglio
- Per facilitare il posizionamento ottimale fetale
- Altro

13) Considera il rebozo un valido complemento alle tecniche assistenziali tradizionali?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

14) Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento di ipoalgesia in travaglio?

- Per nulla utile
- Poco utile
- Abbastanza utile
- Molto utile

15) Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento per favorire il POF?

- Per nulla utile
- Poco utile
- Abbastanza utile
- Molto utile

16) Quanto ritiene sia utile il rebozo come strumento per contenere la donna e favorire l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico?

- Per nulla utile
- Poco utile
- Abbastanza utile
- Molto utile

SEZIONE PRATICA

Nelle domande seguenti per rebozo si intendono anche traverse/lenzuola fornite dal presidio ospedaliero utilizzate con lo stesso scopo e/o sciarpa/scialle personale della donna.

17) Utilizza il rebozo nella sua pratica clinica?

- Sì, regolarmente

- Sì, occasionalmente
- No, ma mi piacerebbe
- No e non sono interessata/o
- Non posso (limitazioni del contesto lavorativo)

Se sì, ha riscontrato benefici percepiti nelle donne che hanno ricevuto il rebozo?

- Sì, frequentemente
- Sì, occasionalmente
- Non ho notato differenze
- Non saprei

Se no, si sentirebbe motivata/o a utilizzare il rebozo se fosse disponibile una formazione specifica aziendale?

- Sì
- No

18) In quali situazioni lo utilizza?

- Scarso coping del dolore da parte della donna
- Stato di ansia/paura/agitazione materna
- Distocia meccanica/dinamica
- Malposizioni fetali
- Preparazione alla nascita (CAN)
- Favorire il rivolgimento podalico
- Non lo utilizzo
- Altro

19) Ha incontrato ostacoli nell'applicazione clinica del rebozo?

- Per nulla
- In misura lieve
- In misura moderata
- In misura elevata
- Non lo utilizzo

20) Quali sono, secondo lei, i principali ostacoli o criticità?

- Scarsa formazione del personale
- Mancanza di linee guida/protocolli di utilizzo
- Scarsità di evidenze scientifiche
- Resistenza del team ostetrico/medico
- Timore di utilizzo improprio
- Problematiche organizzative/strutturali
- Altro

21) Sarebbe favorevole a utilizzare più frequentemente il rebozo nella pratica clinica quotidiana?

- Sì
- No

22) Commenti liberi