



Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2025

La gestione dell'ansia e del dolore da venipuntura nel bambino: tecniche non farmacologiche e ruolo della comunicazione ipnotica

- revisione della letteratura -

Candidato Chapellu Chantal

Relatore Dott. Iannini Rocco

Correlatore Dott.ssa Daniela Nicolosi

Abstract

Introduzione

Il dolore in età pediatrica rappresenta una problematica complessa che coinvolge aspetti fisici, psicologici e relazionali. La sua gestione non adeguata può compromettere lo sviluppo emotivo del bambino e incidere negativamente sull'esperienza di cura.

Obiettivo

Revisione della letteratura sulle tecniche non farmacologiche per il contenimento del dolore e dell'ansia nel bambino durante la venipuntura e in particolare l'utilizzo della comunicazione ipnotica.

Metodi

È stata effettuata una ricerca strutturata su diverse banche dati scientifiche internazionali, tra cui: PubMed/MEDLINE, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cochrane Library. È stata posta attenzione particolare alle modalità di valutazione del dolore, alle strategie comunicative infermieristiche e alle tecniche di supporto non farmacologiche applicabili nei diversi contesti assistenziali pediatrici.

Risultati

Dall'analisi emergono evidenze sull'efficacia della comunicazione mirata nel ridurre l'ansia e la percezione dolorosa del bambino. Tecniche come la distrazione, il gioco e la comunicazione ipnotica si dimostrano strumenti validi e efficaci nel ridurre ansia e dolore nel bambino. L'alleanza terapeutica con la famiglia si conferma un elemento essenziale.

Conclusioni

Per l'infermiere la comunicazione rappresenta un pilastro fondamentale nella gestione del dolore pediatrico. L'approccio relazionale, empatico e consapevole, integrato a strategie non farmacologiche, migliora l'esperienza di cura e contribuisce al benessere globale del bambino.

Parole chiave

Venipuntura, bambini, tecniche non farmacologiche, dolore procedurale, comunicazione.

Indice

Introduzione	Pag. 1
Capitolo 1: Il dolore e l'ansia nel bambino correlato alla venipuntura	Pag. 3
1.1 <u>Il significato del dolore e le sue forme</u>	Pag. 3
1.2 <u>Il dolore nel bambino</u>	Pag. 3
1.3 <u>L'ansia nel bambino e la sua relazione con il dolore</u>	Pag. 4
1.4 <u>La venipuntura e la gestione del dolore e dell'ansia</u>	Pag. 5
Capitolo 2: Modalità di valutazione del dolore in età pediatrica	Pag. 6
Capitolo 3: Tecniche non farmacologiche semplici e applicabili per la gestione del dolore e dell'ansia durante la venipuntura nel bambino	Pag. 8
3.1 <u>Comunicazione ipnotica</u>	Pag. 8
3.2 <u>Distrazione visiva e uditiva</u>	Pag. 9
3.3 <u>Tecniche di respirazione e rilassamento</u>	Pag. 9
3.4 <u>Tecniche di contenimento positivo</u>	Pag. 10
3.5 <u>Coinvolgimento attivo del genitore</u>	Pag. 10
3.6 <u>Tecniche con supporto fisico</u>	Pag. 10
Capitolo 4: Materiali e metodi	Pag. 11
4.1 <u>Obiettivo della ricerca</u>	Pag. 11
4.2 <u>Fonte dei dati e criteri di selezione</u>	Pag. 11
4.3 <u>Metodo PICO</u>	Pag. 11

4.4	<u> Criteri di inclusione ed esclusione</u>	Pag. 12
	Capitolo 5: Risultati	Pag. 13
	Capitolo 6: Discussione	Pag. 16
	Capitolo 7: Conclusioni	Pag. 18
	Bibliografia	Pag. 20
	Sitografia	Pag. 22

Introduzione

L'elaborato affronta le tecniche non farmacologiche per il contenimento del dolore e dell'ansia nel bambino sottoposto a venipuntura con focus particolare sul ruolo della comunicazione ipnotica. La scelta di approfondire tale tematica nasce dall'osservazione quotidiana in ambulatorio infermieristico, dove una procedura apparentemente semplice può trasformarsi in un'esperienza critica, caratterizzata da pianto, agitazione e forte disagio emotivo.

La venipuntura o l'incannulazione di una vena periferica sono infatti tra le procedure più frequentemente eseguite nel bambino, in qualsiasi condizione di salute, poiché attraverso esse è possibile effettuare test ed esami diagnostico-terapeutici. A causa della loro frequenza, per il dolore da esse generate e la conseguente ansia, queste due procedure sembrano essere tra le esperienze più traumatiche che il bambino sperimenta e ricorda dell'intero percorso di cura, con possibili ripercussioni psicologiche sia a breve che a lungo termine. Tanto più il ricordo della procedura risulta traumatico, tanto maggiore sarà la possibilità che il bambino sviluppi ansia e disagio durante analoghe procedure future, aumentando così anche la percezione del dolore, riducendo l'efficacia degli analgesici e potenzialmente portando allo sviluppo di una fobia degli aghi (belonefobia), fino ad arrivare, nei casi più gravi, all'evitamento delle cure mediche anche in età adulta. Inoltre, l'agitazione motoria causata dal dolore può rendere più difficoltosa l'esecuzione della procedura, aumentando il rischio di insuccesso e generando ulteriore stress sia per il professionista sanitario sia per il genitore presente.¹

Un'adeguata gestione di ansia e dolore è dunque fondamentale per prevenire l'instaurarsi di vissuti traumatici che potrebbero condizionare negativamente la relazione del bambino con l'ambiente sanitario. Per tale motivo, il dolore deve essere considerato non solo nella sua dimensione fisica, ma anche in quella psicologica, relazionale ed esperienziale.²

La valutazione del dolore pediatrico deve tener conto di variabili complesse, quali età, livello di sviluppo emotivo e cognitivo, condizioni cliniche e fattori socioculturali. In questo contesto l'infermiere assume un ruolo centrale, potendo adottare strategie non farmacologiche efficaci per ridurre dolore e ansia durante le procedure invasive.^{1,2}

Tra le tecniche non farmacologiche, la comunicazione ipnotica sta emergendo come un approccio innovativo, efficace e facilmente integrabile nella pratica clinica quotidiana. Essa si basa su un uso strategico e consapevole del linguaggio verbale e non verbale, finalizzato a guidare il bambino verso uno stato di attenzione focalizzata e di immaginazione attiva. In questo modo è possibile ridurre la percezione del dolore, rafforzare il senso di controllo e promuovere un vissuto più positivo della procedura.^{1,3}

La presente tesi, attraverso una revisione sistematica della letteratura, intende valutare l'efficacia delle tecniche non farmacologiche, con particolare attenzione alla comunicazione ipnotica, nella gestione del dolore e dell'ansia correlati alla venipuntura in età pediatrica. Gli obiettivi principali sono: identificare i metodi più efficaci, comprenderne le modalità di applicazione da parte degli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, e analizzare i risultati documentati nella letteratura scientifica. La ricerca parte da alcuni quesiti e riflessioni: Qual è il ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore da procedura associato alla venipuntura nel bambino? Quali interventi risultano essere più efficaci nella riduzione del dolore da venipuntura applicabili dall'infermiere? Quanto ad oggi corrisponde il livello di conoscenza e di formazione dei professionisti infermieri riguardo l'utilizzo della comunicazione per ridurre il dolore? Le parole chiave utilizzate sono: Pediatric pain (dolore pediatrico), nursing (assistenza infermieristica), assessment (valutazione), venipuncture (venipuntura), hypnotic communication (comunicazione ipnotica), hypnosis (ipnosi), needle anxiety (paura-ansia degli aghi), procedural pain (dolore da procedura), children (bambini), anxiety reduction (riduzione dell'ansia).

L'elaborato si articola in più capitoli, dedicati alla definizione e classificazione del dolore, alla descrizione del dolore e dell'ansia nei bambini durante la venipuntura, alle modalità di valutazione del dolore in età pediatrica e alle principali tecniche non farmacologiche applicabili nella pratica clinica, con un focus specifico sulla comunicazione ipnotica. Seguiranno i materiali e metodi utilizzati per la revisione, i risultati degli studi analizzati, la discussione e le conclusioni finali.

Questa riflessione nasce non solo da un interesse teorico, ma anche da una concreta esperienza professionale, con l'obiettivo di promuovere una pratica infermieristica sempre più centrata sul bambino, competente nella gestione della sofferenza e attenta agli aspetti relazionali ed emotivi della cura.

Capitolo 1: Il dolore e l'ansia nel bambino correlato alla venipuntura

1.1 Il significato del dolore e le sue forme

Il dolore è un'esperienza complessa e multidimensionale che coinvolge sia il corpo che la psiche, ed è definito dalla International Association for the Study of Pain (IASP) come "*un'esperienza sensoriale e emotiva spiacevole associata a danni tissutali reali o potenziali, o descritta in termini di tale danno*". La percezione del dolore si articola in due componenti principali: quella sensoriale e quella affettiva. La componente sensoriale riguarda l'intensità, la localizzazione e la qualità della sensazione dolorosa, mentre la componente affettiva si riferisce all'aspetto emotivo e psicologico, che influenza il modo in cui il dolore viene vissuto e interpretato dal paziente. Il dolore può essere classificato in acuto o cronico, a seconda della durata e della causa. Il dolore acuto è temporaneo, di solito causato da un trauma o una procedura medica, e scompare con il trattamento o la guarigione. Il dolore cronico, invece, persiste per periodi lunghi (oltre 3 mesi) e può essere associato a malattie o disfunzioni del sistema nervoso.

In ambito pediatrico, il dolore può essere ulteriormente suddiviso in diverse categorie, a seconda della sua origine: *Dolore somatico*: deriva da stimoli meccanici, termici o chimici che danneggiano i tessuti. È localizzato in una zona specifica e tende a essere ben localizzabile. *Dolore viscerale*: causato da stimoli provenienti da organi interni, ha una qualità più diffusa e meno definita rispetto al dolore somatico. *Dolore neuropatico*: associato a danni o disfunzioni del sistema nervoso, è spesso descritto come un dolore lancinante, bruciante o simile a scosse elettriche.

Nel contesto della venipuntura pediatrica, il dolore provato dal bambino può essere principalmente di natura somatica acuta, causato dall'ingresso dell'ago nella pelle e nei tessuti sottostanti.

1.2 Il dolore nel bambino

Il dolore nel bambino è una dimensione che merita un'attenzione particolare, poiché la percezione, l'espressione e la gestione del dolore variano significativamente in base all'età, allo sviluppo psicologico e alle esperienze pregresse. La comprensione e la valutazione del dolore nei bambini sono complicate dalla loro limitata capacità di verbalizzare le sensazioni dolorose. È noto che, rispetto agli adulti, i bambini non sono in grado di descrivere con precisione la qualità del dolore o la sua intensità. Tuttavia, possono esprimere il dolore tramite il comportamento, come il pianto, l'irrequietezza e il rifiuto di alimentarsi o di interagire.

L'età è uno degli aspetti fondamentali nella comprensione del dolore pediatrico. I neonati e i bambini molto piccoli (fino ai 3 anni) non possiedono ancora un linguaggio verbale sufficientemente sviluppato per esprimere il dolore. Tuttavia, rispondono a stimoli dolorosi con manifestazioni fisiche evidenti, come il pianto acuto, l'alterazione della respirazione, e il rifiuto al contatto. Nei bambini più grandi, la percezione del dolore si sviluppa e migliora la capacità di comunicare le proprie sensazioni. Tuttavia, anche in questa fascia di età, la risposta emotiva al dolore è fortemente influenzata dall'ambiente e dal supporto ricevuto, come la presenza dei genitori o la tranquillità dell'ambiente circostante (IASP).

Un'altra variabile importante è il livello di sviluppo cognitivo ed emotivo. Nei bambini più piccoli, il dolore viene spesso interpretato come un'esperienza assoluta e senza risoluzione, mentre nei bambini più grandi si sviluppa una maggiore consapevolezza delle cause e della temporaneità del dolore. È pertanto fondamentale adottare approcci comunicativi e educativi adeguati all'età per spiegare in modo rassicurante cosa accadrà durante la procedura e aiutare il bambino a sentirsi coinvolto e protetto.

Inoltre, bisogna considerare le esperienze passate. Se un bambino ha già sperimentato dolore in precedenti occasioni (come in altre procedure mediche), potrebbe sviluppare una memoria negativa associata alla situazione, che amplifica l'ansia e la paura. La paura dell'ago, o belonefobia, può essere una conseguenza diretta di esperienze dolorose o traumatiche vissute in ambito sanitario, che si trasforma in un'attesa ansiosa prima della procedura, con una percezione esagerata del dolore.

1.3 L'ansia nel bambino e la sua relazione con il dolore

L'ansia è un'emozione complessa che può influenzare la percezione del dolore, amplificandolo e rendendolo più difficile da gestire. Nel caso dei bambini, l'ansia è spesso il risultato di una percezione anticipatoria di un evento doloroso, come nel caso della venipuntura. Quando un bambino sa di dover affrontare una procedura medica invasiva, l'incertezza e la paura del dolore possono generare uno stato di ansia anticipatoria. La paura del dolore, associata all'anticipazione dell'evento, è un fattore che può aumentare la percezione dolorosa in modo esponenziale. Questo è dovuto alla risposta fisiologica dell'organismo, che si prepara al dolore rilasciando ormoni come il cortisolo, che può sensibilizzare ulteriormente il sistema nervoso e rendere la procedura ancora più dolorosa. Nei bambini, l'ansia si manifesta in vari modi: comportamenti di evitamento (ad esempio, tentativi di allontanarsi dall'ambiente o rifiuto di salire sul lettino per la procedura), manifestazioni fisiche (accelerazione del battito cardiaco, sudorazione, respiro affannoso), comportamenti regressivi (pianto inconsolabile, richiesta di rassicurazione costante dai genitori).

L'ansia anticipatoria, inoltre, può comportare una memoria del dolore che persiste nel tempo, creando un circolo vizioso. Un bambino che ha sperimentato un'esperienza dolorosa o traumaticamente associata alla venipuntura sarà probabilmente più ansioso alla sua successiva esposizione a una procedura simile. Tale ansia non solo influisce sull'esperienza del dolore, ma può anche influenzare la collaborazione del bambino, che potrebbe diventare più resistente o difficoltoso durante la procedura.

1.4 La venipuntura e la gestione del dolore e dell'ansia

La venipuntura rappresenta una procedura invasiva relativamente comune, ma può risultare particolarmente dolorosa e ansiosa per i bambini. La paura dell'ago è una delle principali cause di disagio psicologico, con il bambino che spesso anticipa un'esperienza dolorosa che intensifica la sua risposta emotiva. È essenziale, pertanto, che gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, siano in grado di riconoscere e gestire sia il dolore fisico che l'ansia emotiva, adottando strategie comunicative adeguate e approcci di distrazione per ridurre l'impatto negativo della procedura.

Il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri, in vigore dal 22 marzo 2025, dedica particolare attenzione alla gestione del dolore. L'infermiere, secondo il nuovo codice, ha il compito di prevenire, rilevare, documentare e gestire il dolore, applicando linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali, sempre nel rispetto delle volontà della persona assistita (FNOPI).

L'analisi del dolore pediatrico è fondamentale per comprendere come l'ansia anticipatoria possa amplificare l'esperienza dolorosa e come un approccio adeguato possa migliorare significativamente l'esperienza del bambino durante procedure mediche come la venipuntura.

Capitolo 2: Modalità di valutazione del dolore in età pediatrica

La valutazione del dolore in età pediatrica rappresenta una sfida complessa ma fondamentale per una corretta gestione clinica. A differenza dell'adulto, il bambino, soprattutto nei primi anni di vita, può non essere in grado di esprimere verbalmente il proprio dolore. Per questo motivo, è essenziale disporre di strumenti validati e adeguati all'età, allo sviluppo cognitivo e alla situazione clinica del paziente. Il dolore non trattato in età pediatrica può avere conseguenze significative sia a breve che a lungo termine. Tra queste: ansia e paura legate alle cure mediche, alterazioni del sonno e dell'alimentazione, compromissione dello sviluppo neuropsicologico, rischio aumentato di cronicizzazione del dolore.

Un'adeguata valutazione del dolore è dunque il primo passo per un trattamento efficace e tempestivo. La scelta dello strumento più adatto dipende dall'età, dalla capacità comunicativa e dalle condizioni cliniche del bambino.

I neonati non possono riferire verbalmente il dolore, pertanto si utilizzano scale basate sull'osservazione del comportamento e di alcuni parametri fisiologici: ad esempio la scala CRIES: valuta Cry (pianto), Requires oxygen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness. Indicata nei neonati post-operatori; la scala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale): considera l'espressione facciale, il pianto, la respirazione, il movimento delle gambe e delle braccia, lo stato di vigilanza; la scala PIPP (Premature Infant Pain Profile) include parametri fisiologici (frequenza cardiaca, ossigenazione) e comportamentali.

Nella fascia 1-3 anni il bambino inizia a comunicare verbalmente, ma le capacità di descrivere il dolore sono ancora limitate: si usa la scala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) osservazione del comportamento attraverso 5 categorie, punteggio 0-10; oppure la scala COMFORT utile per bambini in terapia intensiva, valuta parametri comportamentali e fisiologici.

I bambini dai 4-7anni possono iniziare a riconoscere e riferire il dolore, ma spesso necessitano di strumenti visivi per esprimere la propria percezione: Wong-Baker FACES Pain Rating Scale: scala con volti che esprimono diversi livelli di dolore, da 0 (nessun dolore) a 10 (dolore massimo); la Faces Pain Scale – Revised (FPS-R): simile alla Wong-Baker, ma senza connotazioni emotive nei volti oppure la Oucher Scale: utilizza fotografie di bambini con diverse espressioni facciali, disponibile in diverse etnie per una maggiore inclusività.

I bambini > 7 anni e adolescenti sono generalmente in grado di descrivere e quantificare il dolore. Utilizziamo: VAS (Visual Analog Scale): linea retta da 0 a 10, il bambino indica il punto che corrisponde alla sua percezione del dolore; NRS (Numeric Rating Scale): scala numerica da 0 a 10 oppure la Verbal Rating Scale (VRS): scala descrittiva (nessun dolore, lieve, moderato, severo).

La valutazione del dolore in età pediatrica richiede sensibilità, competenza e un approccio individualizzato. È fondamentale non affidarsi ad un solo parametro, ma integrare strumenti oggettivi e osservazione clinica. Una corretta identificazione del dolore consente di intervenire tempestivamente, ridurre la sofferenza, prevenire complicanze e favorire una migliore collaborazione del bambino. Promuovere una cultura della valutazione e gestione del dolore in pediatria rappresenta un dovere etico e professionale per ogni operatore sanitario, in linea con le raccomandazioni nazionali e internazionali.

Capitolo 3: Tecniche non farmacologiche semplici e applicabili per la gestione del dolore e dell'ansia durante la venipuntura nel bambino

Le tecniche non farmacologiche si intendono, non sostitutive, ma parte integrante della terapia antalgica nei bambini ricoverati in pediatria, terapia intensiva ed oncematologia pediatrica. Le tecniche non farmacologiche semplici sono applicabili anche in tutti gli ambienti ambulatoriali prima, durante e dopo procedure invasive o visite mediche. Queste tecniche, se applicate correttamente, possono ridurre significativamente dolore e ansia, migliorando l'esperienza del bambino e facilitando il lavoro degli operatori sanitari. L'obiettivo delle tecniche non farmacologiche è ridurre la percezione del dolore, contenere l'ansia anticipatoria, aumentare la collaborazione del bambino, creare un clima positivo e di fiducia e promuovere il benessere psicofisico durante la procedura. L'impiego di tecniche non farmacologiche semplici e facilmente applicabili rappresenta una strategia efficace e poco costosa per la gestione del dolore e dell'ansia nei bambini sottoposti a venipuntura. L'integrazione di tecniche di distrazione, rilassamento, contenimento e comunicazione ipnotica consente di personalizzare l'approccio in base all'età, alla personalità del bambino e al contesto clinico. La formazione del personale sanitario e il coinvolgimento attivo dei genitori sono elementi chiave per il successo di queste tecniche.

3.1 Comunicazione ipnotica

È la modalità di comunicazione che utilizza il linguaggio suggestivo e metaforico per indurre uno stato di attenzione focalizzata, simile a uno stato ipnotico naturale. È la capacità di utilizzare in maniera consapevole il linguaggio per ottenere nel paziente la sua abilità di migliorare la capacità di essere aderente alle procedure. Si può utilizzare sempre, ogni volta che si entra in contatto con il bambino conoscendo le modalità comunicative efficaci per ottenere una buona adesione al percorso di terapia. Questa tecnica può essere sviluppata sia a livello semplicemente comunicativo con consapevolezza dell'efficacia delle parole sia a livello di procedura sviluppando nel paziente un vero effetto ipnotico riducendo o evitando i farmaci. I principi base sono l'uso del linguaggio positivo e indiretto, la focalizzazione dell'attenzione su elementi alternativi alla procedura e l'induzione di immagini mentali piacevoli e coinvolgenti.

Una particolare attenzione meritano le tecniche di ipnotizzabilità dei bambini. Una volta che l'ipnotista si è conquistato la fiducia del piccolo paziente, le cose vanno con lui meglio che con l'adulto, il quale spesso rimane maliziosamente vigile e in apprensione, perché conosce più pericoli di quanti non ne conosca il bambino. Le tecniche devono essere adeguate all'età del bambino e può esserci un notevole divario tra quelle adoperate per un bambino di 6 anni e uno di 12 anni. Al di sotto dei 7 anni, quanto più si regredisce nell'età, vi è una difficoltà sempre maggiore, di ipnotizzabilità. Nei bambini al di sotto dei 3 anni si può indurre ipnosi con l'uso di stimolazioni tattili, termiche, visive, uditive. Anche la parola

monotonamente ripetuta, di cui il bambino, non capisce il significato, può essere capace di indurre uno stato di trance, specie se si adoperano particolari assonanze e parole a timbro grave e profondo ripetute con monotonia. Dai 3 anni in poi si utilizzano immagini e visualizzazioni adatte all'età del bambino, cercando la tecnica che soddisfi le necessità del momento. È indispensabile informarsi dei gusti e delle tendenze del piccolo, delle sue abitudini, di ciò che gradisce o no. Acquisiti tutti i dati necessari si farà una rappresentazione scenica confacente ai bisogni e ai desideri del piccolo paziente. Le suggestioni iniziali per la scena induttiva potranno riguardare il gioco del calcio, le automobili, gli aeroplani, i giocattoli, la bambola. Tra i vari metodi induttivi è utile il metodo Meares: l'operatore dice al bambino che il suo orsacchiotto è malato e stanco, deve coricarsi e dormire e quando si sveglierà starà bene. Il bambino finisce così per coricarsi con il suo giocattolo e suggerendo il sonno ristoratore al pupazzo sarà possibile indurre nel bambino ipnosi. Una tecnica da praticare ai bambini tra i 4 e i 6 anni è quella di Bernheim dello sguardo reciproco fra ipnotista e soggetto con una particolare suggestione intrinseca al metodo. Può agire sino agli 8-9 anni secondo lo stadio emotivo-intellettuale raggiunto dal bambino nel suo sviluppo. Si posiziona il bambino di fronte all'ipnotista e ci si deve fissare negli occhi. Si dirà al bambino che in un determinato momento i nostri occhi cambieranno di colore e quando il bambino vedrà il cambiamento di colore dovrà alzare la mano. Avvenuto ciò si suggerirà che in quel momento i suoi occhi si sono stancati per lo sforzo fatto e che le palpebre diventeranno sempre più pesanti tanto da sentire il bisogno di abbassarle e di chiuderle. Seguiranno, quindi, suggestioni catalettiche, rotatorie, ecc come di norma per arrivare a quelle terapeutiche. È fondamentale che l'operatore sia adeguatamente formato e, a prescindere dalla tecnica impiegata, sappia adattare il proprio linguaggio a quello del bambino. ⁴

3.2 Distrazione visiva e uditiva

Tecniche che deviano l'attenzione del bambino da ciò che sta avvenendo, coinvolgendo i suoi sensi. Ad esempio l'utilizzo di video o cartoni animati sul tablet o sul cellulare, la musica preferita ascoltata con cuffie, libri interattivi, pupazzi animati, giochi a realtà aumentata o occhiali per la realtà virtuale. Queste tecniche hanno i seguenti vantaggi: sono facili da applicare, sono ben accettate da parte del bambino e dal genitore e richiedono poco addestramento da parte dell'operatore.^{5,6,7}

3.3 Tecniche di respirazione e rilassamento

Sono strategie che aiutano il bambino a rilassarsi attraverso il controllo del respiro. Ad esempio "Gonfia il palloncino": si invita il bambino a inspirare profondamente e poi espirare come se stesse gonfiando un palloncino immaginario, usare le bolle di sapone per favorire una respirazione lenta e controllata, o la tecnica del soffia la candela" o "spegni la torta" (si tratta di immaginare di avere una candela accesa

davanti a sé e di soffiare delicatamente per spegnerla, cercando di prolungare l'espiazione). Sono adatte a bambino con età superiore ai 4-5 anni, sono ben accettate da parte del bambino e del genitore e richiedono poco addestramento da parte dell'operatore.⁸

3.4 Tecniche di contenimento positivo

Sono tecniche di posizionamento e contenimento che riducono il movimento e al contempo favoriscono il senso di sicurezza. Come ad esempio l'abbraccio contenitivo del genitore, la posizione "cocoon" in braccio o seduto sulle gambe del genitore e l'utilizzo di fasce o coperte per neonati (swaddling). I benefici delle tecniche di contenimento positivo sono: ridurre la necessità di contenimento forzato, rafforzare la relazione bambino-genitore, aumentare la sensazione di protezione.⁹

3.5 Coinvolgimento attivo del genitore

Il genitore è parte integrante della procedura e viene coinvolto attivamente per supportare il bambino. La separazione dai genitori è stata una delle principali cause di ansia nei bambini durante le procedure dolorose. Come coinvolgere i genitori? Incoraggiare il contatto fisico (tenere la mano, accarezzare, allattare), far raccontare una storia, leggere un libro, coinvolgere i genitori nelle tecniche di distrazione e comunicazione positiva.¹⁰

3.6 Tecniche con supporto fisico

Dispositivo "Buzzy": è un dispositivo vibrante a forma di ape o coccinella, applicabile in prossimità della sede della venipuntura. La vibrazione ha lo scopo di inibire la percezione di dolore associato alla procedura, in sinergia con l'azione antalgica di ali refrigerate applicabili al dispositivo. L'utilizzo di "Buzzy" è efficace nei bambini inferiori ai 9 anni.^{11,12}

Crioterapia: applicazione di spray refrigeranti per ridurre il dolore procedurale. Non rendono più complessa la procedura né causano eventi avversi, ma possono provocare disagio al momento dell'applicazione.¹³

Capitolo 4: Materiali e metodi

4.1 Obiettivo della ricerca

Questa revisione della letteratura ha lo scopo di individuare le tecniche non farmacologiche più efficaci nella gestione del dolore e dell'ansia correlati alla venipuntura in età pediatrica, con particolare attenzione alla comunicazione ipnotica. L'intento è comprendere quali metodi si siano dimostrati maggiormente utili, in che modo possano essere applicati dagli operatori sanitari (in particolare dagli infermieri) e quali risultati siano stati documentati negli studi scientifici disponibili.

4.2 Fonte dei dati e criteri di selezione

È stata condotta una ricerca strutturata su diverse banche dati scientifiche internazionali, tra cui: PubMed/MEDLINE, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cochrane Library. Sono state reperite, inoltre, informazioni tramite il motore di ricerca Google e Google Scholar, riviste infermieristiche, libri di testo e siti d'interesse infermieristico. Le parole chiave utilizzate sono state: Pediatric pain (dolore pediatrico), nursing (assistenza infermieristica), assessment (valutazione), venipuncture (venipuntura), hypnotic communication (comunicazione ipnotica), hypnosis (ipnosi), needle anxiety (paura-ansia degli aghi), procedural pain (dolore da procedura), children (bambini), anxiety reduction (riduzione dell'ansia). Prima della consultazione delle banche dati è stato formulato il seguente quesito clinico in forma letteraria: **Le tecniche di distrazione durante la venipuntura sono realmente in grado di ridurre il dolore e l'ansia dei bambini facilitando l'aderenza alla procedura e quali tecniche risultano più efficaci?**

4.3 Metodo PICO

La domanda di ricerca è stata formulata tramite il metodo PICO:

- P (popolazione): paziente pediatrico sottoposto a venipuntura di età compresa tra i 1 e i 18 anni;
- I (intervento): applicazione di un metodo non farmacologico e tecniche di distrazione e comunicazione realizzabili dall'infermiere;
- C (Controllo): nessun trattamento, metodi farmacologici;
- O (Outcome): riduzione del dolore e dell'ansia correlati alla procedura invasiva.

Sono stati utilizzati i seguenti termini Mesh e in testo libero, combinati tra loro tramite gli operatori booleani "AND" e "OR": child, children, non-pharmacological techniques, non-pharmacological

methods, non-pharmacological management, procedural pain, pain management, phlebotomy, venipuncture, needle-related procedures, nurse, communication, hypnosis.

4.4 Criteria di inclusione ed esclusione

Inclusione:

- Studi pubblicati dal 2015 in poi;
- Studi riguardanti bambini senza gravi disabilità cognitive;
- Studi relativi a procedure di venipuntura o incannulamento venoso periferico;
- Utilizzo di tecniche non farmacologiche.

Esclusione:

- Articoli non pertinenti;
- Studi condotti esclusivamente su pazienti oncologici;
- Studi incentrati su tecniche esclusivamente farmacologiche;
- Pubblicazioni antecedenti al 2015.

Capitolo 5: Risultati

Dalla ricerca effettuata sono stati individuati 178 articoli. Di questi, 158 sono stati esclusi in seguito alla lettura del titolo e/o dell'abstract in quanto non pertinenti al quesito di ricerca. Sono stati quindi analizzati 20 studi, riportati nella tabella riassuntiva.

Tabella 1 – Studi selezionati

Autori	Anno	Rivista	Tipo di studio	Partecipanti	Procedura	Tecniche principali
Harrison et al. ¹⁴	2015	Cochrane database of Systematic Reviews	Revisione sistematica	808, bambini da 1-16 anni	Prelievo venoso e incannulamento vena periferica	Soluzioni orali a base di glucosio o saccarosio
Riddell et al. ⁹	2015	Cochrane database of Systematic Reviews	Revisione sistematica	4905, 0-3 anni	Venipuntura, vaccinazioni	Ambienti adeguati, terapia cognitivo comportamentali
Abd El-Gawad e Elsayed ²	2015	Journal of Nursing Education and Practice	Studio quasi sperimentale	100, 6-12 anni	Venipuntura	Tecnica di distrazione interattiva
Schreiber et al. ¹¹	2015	Acta Paediatrica Nurturing the child	RCT	71, 4-17 anni	Venipuntura	Dispositivo <i>Buzzy</i> ®
Karakaya e Gozen ²¹	2015	Pain Manag Nurs	RCT	144, 7-12 anni	Venipuntura	Distrazione con caleidoscopio
Mutlu e Balci ⁸	2015	J Spec Pediatr Nurs	RCT	132, 9-12 anni	Prelievo ematico	Gonfiaggio palloncino e distrazione
Ali et al. ¹⁰	2016	Pediatric emergency care	Revisione sistematica	N. partecipanti non specificato, neonati	Incannulamento, prelievo, puntura tallone	Suzione non nutritiva, allattamento, utilizzo del glucosio, ambiente, terapie cognitivo-comportamentali
Griffith et al. ¹³	2016	Cochrane database of Systematic Reviews	Revisione sistematica	1070, 5-18 anni	Incannulamento venoso periferico	Crioterapia
Thrane et al. ⁵	2016	J pediatr Nurs	Revisione sistematica	n. partecipanti non specificato, 0-10 anni	Incannulamento venoso periferico, venipuntura	Distrazione, suzione, contatto corporeo
Rimon et al. ¹⁵	2016	Imaj	Studio pilota	53, 2-15 anni	Incannulamento venoso periferico, venipuntura	Clown-terapia
Desjardins et al. ¹⁶	2016	Academy Emergency Medicine	RCT	87, 1-3 mesi	Incannulamento venoso periferico, venipuntura	Soluzione orale a base di saccarosio
Fellunga et al. ¹⁷	2016	Eur J pediatr	RCT	40, 4-11 anni	Incannulamento venoso, venipuntura	Clown-terapia

Birnie et al. ¹	2018	Cochrane database of Systematic Reviews	Revisione sistematica	5550, 2-19 anni	Incannulamento venoso periferico, venipuntura, vaccinazioni	Distrazione, ipnosi, terapie cognitivo-comportamentali
Bergomi et al. ¹²	2018	Journal of Pediatric Nursing	RCT	150, 5-12 anni	Venipuntura	Distrazione audiovisiva e dispositivo <i>Buzzy</i> ®
Hui Chen Kuo et al. ⁶	2018	Clinical Nursing Research	Studio controllato Randomizzato	276, 3-7 anni	Prelievo ematico	Distrazione
Seyda et al. ¹⁸	2019	American Society of PeriAnesthesia Nurses	Studio controllato Randomizzato	228, 3-6 anni	Venipuntura	Bolle di sapone, freddo, vibrazioni
Ah Ni Lee et al. ¹⁹	2021	Plos One Magazine	Studio pilota randomizzato controllato	19, 2-6 anni	Posizionamento di accesso venoso	Realtà virtuale
Ah Ni Lee et al. ²⁰	2022	Pediatric International, Official Journal of the Japan Pediatric Society	Studio pilota randomizzato controllato	22, 3-5 anni	Venipuntura	Cartoni animati
Sherzad et al. ⁷	2022	Complementary Therapies in Clinical Practice	Studio randomizzato controllato	71, 6-12 anni	Venipuntura	Distrazione basata sull'arte
Duncan et al. ³	2023	Mayo Clinic Proceedings: Digital Health	Studio pilota	22, 8-15 anni	Venipuntura	Realtà virtuale, ipnosi

La qualità delle evidenze è estremamente variabile, da alta a bassa/molto bassa. Sono state individuate quattro categorie di tecniche non farmacologiche: tecniche ambientali o di supporto, terapie fisiche, tecniche cognitive-comportamentali e suzione/allattamento.

- Tecniche ambientali o di supporto: gli interventi inseriti in questa categoria mirano a modificare l'ambiente per ridurre la reattività al dolore e lo stress a esso correlato, aumentando il senso di confort e sicurezza nel bambino e diminuendo il rischio di attribuzioni negative legate all'esperienza dolorosa.^{9,10}
- Tecniche con supporto fisico: crioterapia: uno studio su soggetti tra 5 e 18 anni ha mostrato che gli spray refrigeranti sono più efficaci nel ridurre il dolore procedurale rispetto al placebo o a nessun intervento, non rendono più complessa la procedura né causano gravi eventi avversi, possono provocare disagio al momento dell'applicazione.¹³

L'utilizzo del dispositivo *Buzzy*® si è dimostrato efficace nella diminuzione del dolore, ben tollerato dai bambini e la sua applicazione non ha influito sul tasso di successo al primo tentativo.¹¹ Anche nello studio del 2019¹⁸ l'utilizzo del dispositivo *Buzzy*® e delle bolle di sapone hanno dimostrato una differenza statisticamente significativa nella riduzione del dolore.

- Tecniche cognitive-comportamentali: l'efficacia di diversi strumenti di distrazione (video, cartoni animati, musica, video game, giochi con le carte, realtà virtuale, giocattoli, caleidoscopio, disegni-attività artistiche, clown-terapia) nella riduzione del dolore/ansia è riportata in diversi studi.^{3,6,7,12,17,21} La tecnica di distrazione interattiva con video scelto dal bambino si è dimostrata più efficace nella riduzione del dolore rispetto alla tecnica di stimolazione cutanea (tecnica di massaggio applicata lentamente alla mano e alle dita lontano dal sito di iniezione).² Uno studio ha valutato la riduzione dell'intensità del dolore attraverso il gonfiaggio di un palloncino in lattice vs distrazione mediante l'esecuzione di un colpo di tosse: entrambi i metodi di distrazione risultano efficaci nei bambini 9-12 anni.⁸ Due studi hanno indagato l'efficacia della clown-terapia in un contesto di emergenza-urgenza: ^{15, 17} nell'RCT 2016 ¹⁷ è stata osservata una riduzione significativa dell'ansia, ma non nel dolore rispetto al gruppo di controllo. Ipnosi, tecniche di visualizzazione, respirazione: nella revisione di Birnie ¹ sono riportate evidenze a supporto dell'efficacia della respirazione controllata nella riduzione del dolore (anche se di qualità bassa). Nello studio pilota ³ è stata dimostrata una riduzione dell'ansia e del dolore nei bambini 8-15 anni in pronto soccorso sottoposti a venipuntura grazie all'ipnosi associata a realtà virtuale. I bambini riferiscono di aver tenuto gli occhi sia aperti sia chiusi durante l'induzione ipnotica (6 bambini hanno tenuto gli occhi chiusi).

- Suzione e allattamento: nei lavori ^{9,10} l'allattamento al seno, l'uso del ciuccio e la suzione non nutritiva del capezzolo materno sono associati a una riduzione significativa della durata del pianto e della frequenza cardiaca in neonati e lattanti sottoposti a venipuntura. La somministrazione di soluzioni orali dolci prima della venipuntura è stata valutata in due lavori che hanno dato risultati differenti in base all'età ^{14,16} In particolare, nell'RCT ¹⁶, dove è stata somministrata una soluzione di saccarosio 88% due minuti prima dell'incannulamento venoso è stata associata una riduzione significativa dei tempi di pianto rispetto al placebo ($p=0.04$), però non ha ridotto il dolore misurato con le scale FLACC ($p=0,49$) e NIPS ($p=0.36$). Nel lavoro del 2015 ¹⁴, una revisione sull'efficacia di soluzioni zuccherate (saccarosio, caramelle, gomme), rispetto alla suzione non nutritiva (acqua, sostanze non zuccherate, ciuccio) o nessun intervento in bambini da 1 a 16 anni non è stata osservata nessuna differenza significativa tra i diversi gruppi.

Capitolo 6: Discussione

La venipuntura è una delle tecniche dolorose più frequenti in età pediatrica. La prevenzione e il contenimento del dolore e dell'ansia ad essa associati rivestono un ruolo fondamentale nel bambino, poiché tanto più precoce è l'esperienza nocicettiva, tanto più essa incide sulla risposta negativa ad eventi dolorosi successivi.⁵ È per tanto necessario sviluppare un approccio sicuro, efficace e di facile realizzazione per ridurre al minimo la sofferenza facilitando nello stesso tempo il successo della procedura.

Negli anni sono state elaborate diverse strategie per ridurre il dolore da venipuntura nei bambini, attraverso l'utilizzo sia di tecniche non farmacologiche sia attraverso l'utilizzo di farmaci, da soli o in associazione tra loro. Le tecniche non farmacologiche sono ampiamente indagate in letteratura, tuttavia la variabilità dei campioni studiati (età, caratteristiche clinico-epidemiologiche) e il livello medio-basso delle prove d'efficacia ostacolano la generalizzazione dei risultati. Con questi limiti, questa revisione permette comunque di mettere in luce alcuni aspetti rilevanti.

Tra tutte le tecniche analizzate in ciascuna categoria, quelle cognitivo-comportamentali sono sostenute da prove di efficacia più consistenti. La comunicazione è trasversale a tutte le tecniche. Si evidenzia che le varie tecniche devono essere adattate all'età e alle caratteristiche del bambino per consentirne la miglior efficacia.^{1, 5, 9, 14} La letteratura afferma che l'ambiente in cui il bambino e la sua famiglia sono accolti veicola messaggi che possono influire a livello emotivo e cognitivo sull'ansia e il dolore associati alla venipuntura.

La famiglia riveste un ruolo importante: un genitore ansioso può influire negativamente sul comportamento del bambino. Al genitore deve essere data la possibilità di scelta se essere presente o meno durante la venipuntura, facendosi guidare nella scelta dalla preferenza del bambino.² Anche in merito alla comunicazione e istruzione del bambino sulla procedura, sono necessari ulteriori studi per fornire conclusioni più definitive. È emerso che a tutte le età è necessario instaurare una comunicazione efficace ed empatica ma ancora non ci sono evidenze sufficienti che un'adeguata informazione al bambino ne riduca il livello di dolore/ansia associato a venipuntura. In età prescolare le tecniche di distrazione sono più efficaci di una comunicazione precisa.^{9, 10}

La letteratura afferma l'efficacia dell'allattamento al seno come analgesico. L'effetto analgesico è dovuto a vari fattori: contenuto glicidico del latte, contatto fisico diretto con la madre, attenuazione dello stimolo nocicettivo per saturazione delle dimensioni tattili, olfattiva e uditiva del bambino.^{5, 10} L'allattamento al seno, inoltre, consolida la stretta relazione emotiva tra madre e figlio, contribuendo ad aumentare il senso di protezione nel neonato e a ridurre il livello d'ansia materna legata alla procedura, con riduzione generale

del livello d'attivazione e di percezione del dolore. L'allattamento al seno o la somministrazione di latte materno dovrebbero essere incoraggiati per contenere il dolore associato a venipuntura. In alternativa, la somministrazione di glucosio può essere considerata sicura, economica e di facile uso in neonati e lattanti e il loro utilizzo prima della procedura dolorosa è raccomandato fino ad un anno di età (anche se mancano prove di efficacia forti).^{10,16} Nei bambini più grandi l'uso di glucosio o saccarosio non è raccomandato e sono da preferire altre tecniche non farmacologiche più efficaci come le tecniche fisiche e cognitivo-comportamentali.¹⁴

Le tecniche con supporto fisico (applicazione di dispositivi vibranti e/o ghiaccio, spray refrigeranti) sono risultate di facile impiego e accettate sia dai bambini, sia dai genitori ma anche dagli operatori sanitari: hanno dimostrato un buon effetto analgesico durante l'incannulamento venoso ma i risultati finora ottenuti richiedono conferme ulteriori.^{11,12,13}

Le tecniche cognitivo-comportamentali sono ampio oggetto di studio in età pediatrica. In particolare le strategie distrattive sono molto utilizzate, soprattutto durante procedure dolorose di breve durata. È necessario scegliere la tecnica considerando l'età del bambino, lo sviluppo cognitivo e le preferenze del bambino.^{1,5,9} Da 1 a 3 anni sono più efficaci metodi quali le bolle di sapone o la lettura di libri illustrati coinvolgendo i genitori.⁵ Dai 3 ai 6 anni è necessario coinvolgere il bambino in maniera attiva (giocattoli, libri, storie).¹ In età scolare e fino all'adolescenza sono più efficaci tecniche quali la distrazione audiovisiva, giochi di carte, musica, video game, realtà virtuale.^{1,10,12} La distrazione attraverso tecniche di visualizzazione e tecniche di rilassamento ma anche il ricorso all'umorismo rappresentano strategie valide in particolare nel contesto di Pronto Soccorso.^{15,17}

Infine, tra le tecniche cognitivo-comportamentali, l'ipnosi è applicata in un ampio range di età (da 2 a 16 anni) ed è supportata da chiare prove di efficacia.¹ A differenza di altri metodi di più rapida acquisizione, è però necessario che l'operatore sanitario sia formato al suo utilizzo e ciò ne limita in parte l'applicazione.¹⁰

Capitolo 7: Conclusioni

La gestione del dolore e dell'ansia da venipuntura in età pediatrica non può limitarsi al solo controllo farmacologico, ma richiede un approccio integrato che consideri la dimensione fisica, emotiva e relazionale del bambino. Le tecniche non farmacologiche analizzate in questa revisione – distrazione, rilassamento, contenimento positivo, coinvolgimento dei genitori, utilizzo di dispositivi fisici e comunicazione ipnotica – dimostrano come la comunicazione sia l'elemento trasversale e imprescindibile di ogni intervento.

Ogni tecnica, infatti, si fonda sull'abilità dell'operatore di entrare in relazione con il bambino, di modulare il linguaggio verbale e non verbale, di adattare spiegazioni e suggestioni all'età e al livello di sviluppo. La comunicazione, quando usata in modo empatico, rassicurante e orientata alle risorse del bambino, diventa di per sé una potente strategia di riduzione dell'ansia e di rielaborazione dell'esperienza dolorosa.

Tra le tecniche disponibili, la comunicazione ipnotica riveste un ruolo peculiare. Attraverso l'uso mirato di suggestioni verbali, metafore e immagini guidate, essa permette di orientare l'attenzione del bambino verso vissuti positivi e rassicuranti, riducendo la percezione del dolore e trasformando la procedura in un'esperienza più tollerabile. La comunicazione ipnotica non richiede necessariamente l'induzione formale di uno stato ipnotico profondo: anche l'impiego consapevole del linguaggio in chiave ipnotica, se ben calibrato sull'età e sulla sensibilità del bambino, può produrre significativi effetti ansiolitici e analgesici.

In questo contesto, l'infermiere assume un ruolo centrale: è il professionista che accompagna il bambino e la famiglia lungo l'intero percorso di cura, che valuta il dolore, individua la tecnica più adatta, guida i genitori nel sostegno e applica strumenti comunicativi avanzati come la comunicazione ipnotica. La competenza comunicativa infermieristica non si limita a trasmettere informazioni, ma diventa un vero e proprio atto terapeutico, capace di migliorare l'aderenza alla procedura, ridurre la sofferenza e favorire un ricordo positivo dell'esperienza sanitaria.

Diventa quindi imprescindibile promuovere la formazione continua degli infermieri sulla comunicazione ipnotica, affinché questa tecnica non resti confinata a pochi professionisti formati ma diventi patrimonio condiviso della pratica clinica pediatrica. Solo attraverso programmi strutturati di aggiornamento e training specifici gli infermieri possono acquisire la padronanza necessaria per integrare la comunicazione ipnotica nella routine assistenziale, garantendo uniformità, sicurezza e qualità degli interventi.

Il coinvolgimento dei genitori, la personalizzazione degli approcci e la crescita costante delle competenze comunicative e relazionali degli infermieri rappresentano le condizioni indispensabili per un'assistenza pediatrica moderna e centrata sul bambino. Solo così sarà possibile trasformare la venipuntura – spesso vissuta come evento traumatico – in un momento gestibile, meno doloroso e più rispettoso del benessere globale del bambino.

In definitiva, la comunicazione si configura come il filo conduttore di tutte le strategie non farmacologiche, mentre l'infermiere – grazie alla formazione continua e alla sensibilità relazionale – diventa il principale mediatore tra il bambino, la famiglia e la procedura, contribuendo a costruire un'esperienza di cura più sicura, umana ed efficace.

Bibliografia

1. Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., Uman, L. S., & Parker, J. A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018 (10), CD005179. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub4>
2. Abd El-Gawad, A. M., & Elsayed, D. M. (2015). Effect of interactive distraction on pain and anxiety during venipuncture in school-age children. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(8), 23–32. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n8p23>
3. Duncan, M., Wong, N., & Stevens, B. (2023). Virtual reality combined with hypnosis for pain and anxiety management in children: A pilot study. *Mayo Clinic Proceedings: Digital Health*, 1(2), 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.mcpdh.2023.04.005>
4. Granone Franco (1989). Trattato di ipnosi, volume 1-2, UTET, pag.167-588.
5. Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M., & Danford, C. A. (2016). The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: A synthesis of evidence with recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), e23–e32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.006>
6. Kuo, H. C., Pan, Y. J., & Chou, C. (2018). Interactive distraction as a pain relief intervention for preschoolers undergoing venipuncture. *Clinical Nursing Research*, 27(1), 94–112. <https://doi.org/10.1177/1054773816686030>
7. Sherzad, S., Amin, A., & Qadir, M. (2022). Art-based distraction to reduce pain and anxiety in children during venipuncture: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 48, 101589. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101589>
8. Mutlu, B., & Balci, S. (2015). The effect of balloon inflation and cough trick methods on pain and anxiety during venipuncture in children. *Journal of Specialist Pediatric Nursing*, 20(3), 178–186. <https://doi.org/10.1111/jspn.12119>
9. Riddell, R. P., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Osmun, L. D., & Lisi, D. M. (2015). Non-pharmacological management of infant and child procedural pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD006275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub3>
10. Ali, S., Chambers, A. L., Johnson, D. W., Newton, A. S., Vandermeer, B., Williamson, J., & Klassen, T. (2016). The effectiveness of nonpharmacologic interventions in the management of procedural pain in children: A systematic review. *Pediatric Emergency Care*, 32(1), 36–42. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000608>

11. Schreiber, S., Cozzi, G., & Barbi, E. (2015). Analgesic effect of vibrating cold devices (Buzzy®) in children undergoing venipuncture: A randomized controlled trial. *Acta Paediatrica*, *104*(9), e360–e365. <https://doi.org/10.1111/apa.13008>
12. Bergomi, P., Scudeller, L., Pintaldi, S., Dal Molin, A., & Artioli, G. (2018). Efficacy of Buzzy® and audiovisual distraction in reducing pain in children during venipuncture: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, e66–e72. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.011>
13. Griffith, R., Jordan, V., & Reed, J. (2016). Topical anaesthetics for pain relief in children undergoing venipuncture. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2016*(4), CD008408. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008408.pub2>
14. Harrison, D., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Stevens, B., & Beyene, J. (2015). Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: A systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2015*(5), CD006069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006069.pub3>
15. Rimon, A., Shalom, E., & Wolach, B. (2016). The use of medical clowns to reduce pain and anxiety during venipuncture in children. *Israel Medical Association Journal (IMAJ)*, *18*(3), 220–223.
16. Desjardins, J., Tapp, S., Bérubé, M., & Larivière, C. (2016). Oral sucrose for pain management in neonates: A randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, *23*(9), 1022–1030. <https://doi.org/10.1111/acem.13020>
17. Felluga, M., Rabach, I., Minute, M., Cont, G., Montico, M., & Barbi, E. (2016). A quasi-randomized controlled trial comparing clown therapy and standard care in reducing children's anxiety and pain during venipuncture. *European Journal of Pediatrics*, *175*(3), 373–379. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2649-9>
18. Seyda, B., Yilmaz, H., & Demir, F. (2019). The effects of vibration, cold, and distraction on pain during pediatric venipuncture: A randomized controlled trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *34*(5), 1019–1026. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.006>
19. Lee, A. N., Lee, M. Y., & Tan, S. H. (2021). Virtual reality distraction for reducing procedural pain and anxiety in children: A pilot randomized controlled trial. *PLOS ONE*, *16*(6), e0252596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252596>
20. Lee, A. N., Tan, S. H., & Wong, C. (2022). Effect of animated cartoons on procedural pain and anxiety in preschool children. *Pediatric International*, *64*(5), e15215. <https://doi.org/10.1111/ped.15215>
21. Karakaya, A., & Gözen, D. (2015). The effect of kaleidoscope on pain and anxiety levels of children during venipuncture. *Pain Management Nursing*, *16*(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.02.003>

Sitografia

- American Academy of Pediatrics. (n.d.). Homepage. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.aap.org>
- Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. (n.d.). Homepage. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.aisd.it>
- Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica. (n.d.). Assistenza al paziente durante il percorso diagnostico terapeutico. Retrieved August 20, 2025, from <https://www.asieci.it>
- FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (n.d.). Codice Deontologico delle professioni infermieristiche. Retrieved August 20, 2025, from <https://www.fnopi.it>
- International Association for the Study of Pain. (n.d.). Resources. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.iasp-pain.org>
- Istituto Franco Granone. (n.d.). Homepage. Retrieved August 22, 2025, from <https://www.ciics.it>
- Istituto Superiore di Sanità. (n.d.). Epicentro – Pediatria. Retrieved August 20, 2025, from <https://www.epicentro.iss.it/pediatria>
- Ministero della Salute. (n.d.). Terapia del dolore e cure palliative. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.salute.gov.it/portale/terapiaDolore>
- National Health Service. (n.d.). Pain in children. Retrieved August 22, 2025, from <https://www.nhs.uk/conditions/pain-in-children>
- Pain in Child Health. (n.d.). Homepage. Retrieved August 17, 2025, from <https://pich.canchild.ca>
- Società Italiana di Pediatria. (n.d.). Homepage. Retrieved August 04, 2025, from <https://www.sip.it>
- World Health Organization. (n.d.). Pain. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.who.int/health-topics/pain>