Protocolli2.qxp_elisa 03/02/26 16:19 Pagina 39

Anafilassi nel bambino e nell'adulto

Schema sinottico per l'intervento in emergenza

GIOVANNA ELEFANTE[1], GAIA DE TORO[1], IOLANDA GALLO AFFLITTO[1], DEBORAH VENERUSO[1], FLAVIO QUARANTIELLO[2], GIUSEPPE FURCOLO[1]

[1]*UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "Santa Maria della Pietà", Nola (Napoli), ASL Napoli 3 Sud*
[2]*UOC di Pediatria e Adolescentologia, Azienda Ospedaliera "San Pio", Benevento*

Cosa cambia nella gestione dell'anafilassi pediatrica dopo i criteri Dribin 2025? Questo contributo analizza l'importanza di superare i vecchi schemi terapeutici, e propone una nuova tabella sinottica, una guida visiva rapida per il medico d'urgenza. Un focus essenziale che mette al centro l'adrenalina e la gestione dei liquidi, riducendo le incertezze e migliorando la sicurezza clinica dei piccoli pazienti.

L'anafilassi è una reazione allergica acuta, grave e potenzialmente fatale. Può insorgere improvvisamente in soggetti precedentemente sani, con un'*escalation* rapida di sintomi che coinvolgono cute e mucose, vie aeree, apparato gastrointestinale e sistema cardiovascolare. L'anafilassi potenzialmente letale è caratterizzata da coinvolgimento respiratorio e/o cardiovascolare e può verificarsi anche senza coinvolgimento cutaneo/mucoso[1]. In Pediatria, dove il margine di tempo è spesso ridotto al minimo, riconoscere e agire tempestivamente può davvero fare la differenza. Proprio per rispondere a questa urgenza, abbiamo realizzato una tavola sinottica per guidare la gestione dell'anafilassi in tutti i *setting* assistenziali. L'intento è offrire uno strumento chiaro, rapido da consultare e condiviso tra professionisti sanitari, per ridurre i margini di incertezza nei momenti critici. Per definire i criteri diagnostici, abbiamo scelto il modello più recente proposto da Dribin[1], che consolida e aggiorna i criteri diagnostici precedenti[2,3].

Una parte centrale del nostro lavoro è stata mettere in risalto, senza ambiguità, l'importanza della somministrazione immediata di adrenalina per via intramuscolare. È l'unico farmaco in grado di interrompere la cascata reattiva dell'anafilassi in modo efficace e tempestivo. Eppure, nonostante le raccomandazioni consolidate[4,5], l'adrenalina viene ancora troppo spesso somministrata con ritardo, o sostituita inizialmente da altri farmaci meno indicati. Antistaminici e cortisonici, pur frequentemente utilizzati, non hanno un ruolo determinante e risolutivo nell'intervento immediato in quanto non sono in grado di arrestare la progressione della reazione; inoltre, la loro azione è troppo lenta per incidere sull'evoluzione acuta. Possono invece essere considerati in un secondo momento, dopo l'adrenalina, per alleviare sintomi come prurito o angioedema persistente, o per ridurre il rischio di rebound infiammatorio. È però essenziale che non sostituiscano né ritardino l'intervento prioritario: somministrazione di adrenalina (non diluita) intramuscolo. La fluidoterapia precoce è un altro importante pilastro della terapia: come evidenziano chiaramente le linee guida[4,5], in presenza di ipotensione, collasso o segni di compromissione della perfusione periferica, è

ANAPHYLAXIS IN CHILDREN AND ADULTS: A SYNOPTIC CHART FOR EMERGENCY MANAGEMENT
(Medico e Bambino 2026;45(2):39-42. doi: 10.53126/MEB45039)

Key words
adrenaline, anaphylaxis, clinical criteria, epinephrine

Summary
Anaphylaxis is a sudden, severe and potentially life-threatening allergic reaction. In paediatrics, timely recognition and treatment are crucial. A synoptic chart was developed to support clinicians in emergency management, based on the updated diagnostic criteria by Dribin (2025). The chart emphasises intramuscular adrenaline as the only first-line therapy; antihistamines and corticosteroids have a secondary role. Early fluid resuscitation is highlighted as a key measure in cases of hypotension or shock. By providing clear, practical and evidence-based guidance, this tool aims to reduce delays, unify clinical practice and improve safety in the management of paediatric anaphylaxis.

Protocolli2.qxp_elisa 03/02/26 16:19 Pagina 40

indicata l'infusione rapida di soluzione fisiologica a 20 ml/kg, eventualmente da ripetere se necessario, valutando ogni volta durante la somministrazione la risposta cardiocircolatoria e i segni di precarico. In età pediatrica, in particolare, possono essere richiesti volumi consistenti, in considerazione degli effetti vasodilatatori dell'anafilassi. Con questo poster (diviso in più sezioni) abbiamo voluto sintetizzare e rendere accessibili questi concetti chiave, supportati dalle evidenze più recenti. Il poster è stato progettato come strumento di supporto immediato e concreto alla decisione clinica, utile tanto al pediatra in ambulatorio quanto al medico di emergenza o al personale sanitario sul territorio. In un contesto di emergenza in cui la velocità di azione e il corretto agire terapeutico sono fondamentali, fornire indicazioni semplici, condivise e aggiornate può contribuire a salvare vite.

Il presente contributo prosegue il percorso già avviato con i due poster precedentemente pubblicati su *Medico e Bambino*[6-8], arricchendo una serie organica di strumenti rapidi e condivisi per l'emergenza pediatrica.

Indirizzo per corrispondenza:
Giuseppe Furcolo
furcologiuseppe@gmail.com

Bibliografia

1. Dribin TE, Muraro A, Camargo CA, et al. Anaphylaxis definition, overview, and clinical support tool: 2024 consensus report - a GA²LEN project. J Allergy Clin Immunol 2025;156(2):406-417.e6. doi: 10.1016/j.jaci.2025.01.021.
2. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. J Allergy Clin Immunol 2006; 117(2):391-7. doi: 10.1016/j.jaci. 2005.12.1303.
3. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J 2020; 13(10):100472. doi: 10.1016/j.waojou.2020. 100472.
4. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA). Guidelines for Acute Management of Anaphylaxis [Internet]. Sydney (AU): ASCIA; [cited 2025 Aug 4].
5. Decimo F, Anania C, Cuomo B, et al. Gestione dell'anafilassi: aggiornamento pratico per il pediatra. RIAP - Linee Guida 2023;(2): 99. doi:10.53151/2531-3916/2023-99.
6. Furcolo G, Quarantiello F. Protocolli diagnostico-terapeutici in emergenza e urgenza pediatrica. Napoli: Edizioni Cuzzolin, 2016.
7. Furcolo G, Quarantiello F. La gestione dell'accesso asmatico acuto. Medico e Bambino pagine elettroniche 2014;17(9).
8. Quarantiello F, Furcolo G. Convulsioni e stato di male epilettico: schema sinottico per l'intervento in emergenza / urgenza - Aggiornamento 2023. Medico e Bambino 2023;26 (10):e213-e216 doi: 10.53126/MEBXXVI214.

Per stampare e affggere lo schema comlpleto potete scaricarlo seguente link:.....????????????

Valori normali di FR, FC, PAS e PAM in base all'età (da IRC-ERC 2021)
Valori approssimati al 50° pc per età (tra parentesi rispettivamente il 95° e il 5° pc)

Età	FR (limite superiore)	FC (limite superiore)	PAS normale (limite inferiore)	PAM normale (limite inferiore)
1 mese	35 (55)	120 (175)	60 (50)	45 (35)
1 anno	30 (40)	110 (170)	80 (70)	55 (40)
2 anni	25 (30)	100 (160)	90 + 2 x età (70 +2 x età)	55 + 1,5 x età (40 + 1,5 x età)
6 anni	20 (25)	90 (130)	90 + 2 x età (70 +2 x età)	55 + 1,5 x età (40 + 1,5 x età)
12 anni	15 (20)	80 (100)	120 (90)	80 (65)

Protocolli2.qxp_elisa 03/02/26 16:19 Pagina 41

DIAGNOSI [1]

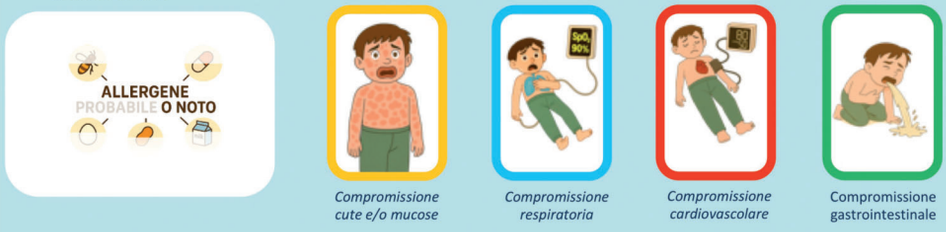
L'anafilassi è probabile quando uno dei seguenti 3 criteri è soddisfatto:

1. Insorgenza improvvisa di sintomatologia (minuti o alcune ore) con:



OPPURE

2. Insorgenza improvvisa (minuti o alcune ore) di due o più delle seguenti condizioni:



OPPURE

3. Insorgenza improvvisa (minuti o alcune ore) di una delle seguenti condizioni:



Possibili sintomi / segni di anafilassi con quadri di presentazione non specifici

Cute: orticaria, eritema, edema; i **lattanti** possono riempirsi di chiazze rossastre.

Mucose: angioedema (labbra, lingua e ugola), senso di costrizione alla gola, difficoltà nella deglutizione; i **lattanti** possono ripetutamente leccarsi le labbra.

Respiratori: *wheezing*, distress respiratorio, ipossia, tosse, tachipnea.

Laringei: stridore, voce roca; i **lattanti** possono avere anche un pianto rauco.

Cardiovascolari: ipotensione, sincope, vertigini, alterazione del sensorio; i **lattanti** possono avere una inspiegata tachicardia.

Gastrointestinali: dolore addominale crampiforme severo, vomito ripetuto, diarrea.

Protocolli2.qxp_elisa 03/02/26 16:19 Pagina 42

TERAPIA [2-4]

1 Conoscere e avere sempre a disposizione la procedura diagnostico-terapeutica per anafilassi



2 Rimuovere il "trigger" della reazione (es. farmaco EV, alimento ecc.)

Step 3 - 4 - 5 velocemente e contemporaneamente

3 CHIAMARE AIUTO: 112 / 118 o il rianimatore (se in ospedale)



4 **SOMMINISTRARE ADRENALINA INTRAMUSCOLO (IM)**
mai diluita sulla superficie antero-laterale della coscia

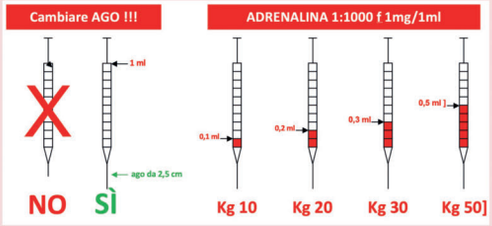


ADRENALINA DOSE

BAMBINI
0,01 mg/kg = 0,01 ml/kg
Dose massima 0,5 mg

ADULTI
0,5 mg = 0,5 ml
Dose massima 0,5 mg





Età (anni)	Peso (kg)	ml adrenalina 1:1.000
< 1	<7,5	0,1
1-2	10	0,1
2-3	15	0,15
4-6	20	0,2
7-10	30	0,3
10-12	40	0,4
>12 e più	>50	0,5]

Peso (kg) = [età (anni) + 4] x 2

Se necessario, ripetere ogni 5-15 minuti (massimo 3 dosi).

NEL DUBBIO SOMMINISTRARE ADRENALINA [1]
in base al giudizio clinico, anche se non sono o sembrano soddisfatti tutti i criteri

5



Distendere il paziente sul dorso e sollevare gli arti inferiori.
Se distress respiratorio e/o vomito posizionarlo seduto o nella posizione a lui più confortevole. La reazione anafilattica può risultare fatale se il paziente resta in piedi o seduto.

6



Se possibile somministrare O_2 ad alto flusso (10-12 l/minuto) con maschera con reservoir. Usare il pulsiossimetro.

7



Guadagnare sempre accesso vascolare (EV/IO) e se indicato somministrare SF 0,9% a 20 ml/kg in 10-20 minuti.
Per gli adulti boli da 500 ml.

8



Dall'inizio, a intervalli regolari e frequenti, valutare: coscienza, funzione respiratoria (FR, SpO_2, segni di distress, rumori patologici), circolatoria (FC, polsi, perfusione d'organo, PA, segni di precarico), neurologica (GCS o AVPU, esame pupille) e cute. Non dimenticare di informare la famiglia. Usare il cardiomonitor.

9



Se arresto cardiaco, IN OGNI MOMENTO, effettuare compressioni toraciche di qualità con RCP.

DOPO ADRENALINA



OSSERVAZIONE OSPEDALIERA
- 6-8 ore se sintomi respiratori;
- almeno 12-24 ore se ipotensione / shock;
- osservazione prolungata se anafilassi severa, comorbidità (asma severo, aritmie, mastocitosi), abitazione lontana da PS, accesso in PS di sera.



ALLA DIMISSIONE
- prescrivere adrenalina pronto-uso e fornire piano di azione ➔
- inviare il paziente in Ambulatorio di Allergologia.

Protocolli2.qxp_elisa 03/02/26 16:19 Pagina 43

FARMACI DI II LINEA[2]
da utilizzare, se necessario, SEMPRE DOPO ADRENALINA IM

Laringospasmo:

- adrenalina per aerosol (1 fiala ogni 10 kg, dose massima 5 mg = 5 ml), se possibile erogare con O_2;
- valuta gestione avanzata delle prime vie aeree.

Broncospasmo:

- salbutamolo per aerosol (1 goccia/2 kg; massimo 20 gocce, volume minimo 3 ml), se possibile erogare con O_2
  oppure
  salbutamolo spray con distanziatore: 2 puff/10 kg (max 10-12 puff) solo se O_2 non necessario o non disponibile;
- corticosteroidi: idrocortisone EV (5 mg/kg; dose max 200 mg); prednisolone OS (1 mg/kg; max 50 mg).

Ipotensione persistente / Shock:

- soluzione fisiologica EV in boli da 20 ml/kg in 10-20 minuti valutando la risposta cardio-circolatoria e i segni di precarico; per gli adulti boli da 500 ml;
- glucagone bolo EV (20-30 mcg/kg massimo 1 mg nei bambini; per adulti 1-2 mg) se in terapia con beta-bloccanti.

Antistaminici

Non risultano utili nel trattamento dell'anafilassi in quanto non efficaci nella prevenzione e nel trattamento dei sintomi respiratori o cardiovascolari né prevengono una reazione bifasica, pertanto possono risultare utili solo nel trattamento dei sintomi cutanei. E' raccomandato l'utilizzo di antistaminici orali di seconda generazione, poiché quelli di prima generazione causano effetti collaterali, quali sedazione e sonnolenza, rischiando di essere confusi con i sintomi dell'anafilassi[2,3].

MISURE AGGIUNTIVE - INFUSIONE di adrenalina EV

possibilmente in presenza di un rianimatore se persiste sintomatologia acuta nonostante 3 dosi di adrenalina IM

- IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: 1 fiala di adrenalina in 1000 ml di SF ➔ velocità 5 ml/kg/ora ➔ DOSE ~ 0,1 mcg/kg/min
- IN AMBIENTE OSPEDALIERO: 1 fiala di adrenalina in 100 ml di SF (con pompa da infusione) ➔ velocità 0,5 ml/kg/ora ➔ DOSE ~ 0,1 mcg/kg/min

Bibliografia essenziale

1. Dribin TE, Muraro A, Camargo CA et al.; GA(2)LEN Anaphylaxis Study Team. Anaphylaxis definition, overview, and clinical support tool: 2024 consensus report-a GA2LEN project. J Allergy Clin Immunol 2025;156(2):406-417.e6. doi: 10.1016/j.jaci.2025.01.021.
2. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA). Guidelines for Acute Management of Anaphylaxis. Sydney (AU): ASCIA. 2025
3. Decimo F, Anania C, Cuomo B, et al. Gestione dell'anafilassi: aggiornamento pratico per il pediatra. Ital J Pediatr Allergy Immunol 2023;2:1-52. doi: 10.53151/2531-3916/2023-99.
4. Furcolo G, Quarantiello F. Protocolli diagnostici e terapeutici in emergenza e urgenza pediatrica. Edizioni Cuzzolin 2016.