

Francesca Larese Filon, Francesca Rui

Dermatite allergica professionale: il ruolo del medico competente nella prevenzione

Unità Clinico Operativa di Medicina del Lavoro - Università di Trieste

RIASSUNTO. Le dermatiti da contatto sono la seconda patologia occupazionale nei paesi industrializzati e l'azione di prevenzione svolta dal medico competente (MC) è fondamentale per la loro prevenzione e/o diagnosi precoce. Nell'ambito della collaborazione alla valutazione del rischio il MC deve orientare le scelte dei prodotti manipolati, tenendo conto della loro potenziale azione irritante e/o sensibilizzante, deve scegliere mezzi di protezione a basso rischio allergenico e deve promuovere una detersione e una idratazione delle mani con prodotti che ripristino il film idrolipidico. La formazione e informazione sui rischi cutanei è un ulteriore strumento per sensibilizzare i lavoratori al rispetto di norme igieniche preventive. Nel corso della sorveglianza sanitaria il MC può individuare precocemente i casi di dermatite irritativa o di sospetta dermatite allergica, allontanando il lavoratore dall'esposizione ed iniziando l'iter diagnostico mettendo a disposizione dello specialista adeguate informazioni per eseguire un patch test completo. Alla ripresa del lavoro il soggetto con pregressa dermatite da contatto alle mani dovrà evitare il contatto diretto con prodotti irritanti e sensibilizzanti.

Parole chiave: dermatite allergica da contatto, prevenzione, medico del lavoro.

ABSTRACT. OCCUPATIONAL ALLERGIC CONTACT DERMATITIS: THE ROLE OF OCCUPATIONAL PHYSICIAN IN THE PREVENTION. Occupational contact dermatitis are the second occupational diseases in industrialized countries and the preventive action and/or early diagnosis done by occupational physician (OP) is of paramount importance. OP in the process of risk evaluation must suggest products, detergents and personal protective equipment with low irritant or sensitization potential. During work, the use of skin creams has to be promoted to prevent irritation that is the first step towards impairment of the skin barrier and sensitization. During periodical medical surveillance OP can control skin conditions of workers looking for signs of irritant and contact dermatitis, can give advice about preventive measures and information about products used to permit an early and correct diagnosis. At the return to work workers with a diagnosis of occupational dermatitis must avoid direct contact with irritant and sensitizing products.

Key words: allergic contact dermatitis, prevention, occupational physician.

Le dermatiti occupazionali sono la seconda patologia occupazionale nei paesi industrializzati (de Craecker et al. 2008, Diepgen et al. 2003) anche se in Italia, le segnalazioni all'ente assicuratore risultano molto poche rispetto a quanto accade oltralpe. Dato legato verosimilmente ad una bassa propensione alla segnalazione di malattia professionale dei casi più lievi, ma anche ad una minor prevalenza di eczema atopico nella popolazione italiana, tale malattia, infatti, risulta un fattore predisponente per lo sviluppo di una dermatite da contatto (Pesonen et al. 2015). Questa patologia colpisce prevalentemente i lavoratori manuali che entrano in contatto con acqua, detersivi, solventi, irritanti e sensibilizzanti: ai primi posti troviamo parrucchiere, lavoratori della sanità, meccanici, edili, lavoratori con gli alimenti (de Craecker et al. 2008, Diepgen et al. 2008), attività che hanno in comune il contatto con acqua ed irritanti e l'esposizione a sostanze sensibilizzanti, i primi agiscono come promuovente la sensibilizzazione allergica.

I soggetti più vulnerabili sono i giovani, che presentano un rischio più elevato degli adulti (Uter et al. 1999, Steengard et al. 2016): ad esempio nelle parrucchiere il tempo medio per insorgenza di dermatite è di 2,1 anni di lavoro. Tale fenomeno è legato ad una cute per sottile e permeabile nei giovani ma anche alla mancanza di esperienza lavorativa e alla bassa percezione del rischio in alcuni ambiti lavorativi.

Il ruolo del medico competente (MC)

La partecipazione alla valutazione dei rischi e la sorveglianza sanitaria sono importanti strumenti di prevenzione per il medico competente.

La valutazione dei rischi

Nel processo di collaborazione alla valutazione dei rischi è importante l'azione di prevenzione primaria che può svolgere il MC. La Tabella I riporta alcuni aspetti cruciali da valutare che sono fondamentali per la prevenzione primaria. La scelta di un prodotto piuttosto che un altro ed il consiglio sui mezzi di protezione e sulla detersione sono fondamentali per evitare l'insorgenza di patologie cutanee (van der Meer et al. 2015, Steengard et al. 2016, Weisshaar et al. 2016).

Tabella I. Azioni del Medico Competente per la prevenzione primaria

Ambito d'intervento	Azioni	Commenti
Sostanze chimiche	Evitare prodotti etichettati come irritanti H311-316) (e sensibilizzanti (H317)	Preferire prodotti senza questa etichettatura. Controllare la presenza di sostanze sensibilizzanti anche nei componenti delle miscele
Cosmetici	Evitare prodotti profumati, preferire quelli senza parabeni	Le etichette contengono tutti gli ingredienti
Metalli	Evitare il contatto con polveri e sali di metalli sensibilizzanti (Ni, Cr, Co)	
Mezzi di protezione	Scegliere i guanti con pochi additivi sensibilizzanti e a basso rilascio di lattice, adeguati per mansione svolta	Mettere a disposizione guanti in cotone da indossare sotto
Detersione	Usare detersivi a pH acido senza conservanti e profumi. Evitare le paste lavamani. Mettere a disposizione un dispenser con crema idratante (senza conservanti e profumi)	Educare i lavoratori alla protezione e idratazione delle mani anche al di fuori dell'ambiente di lavoro
Informazione e formazione	Dare indicazioni sulle buone norme per la cura e la prevenzione delle dermatiti alle mani	

La sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria deve mirare alla identificazione dei soggetti a rischio (quelli con eczema atopico infantile o che hanno già avuto eczema alle mani, ad esempio) e alla valutazione della cute delle mani. La presenza di segni di dermatite irritativa, come cute disidratata e fissurata, o peggio ancora la presenza di papule e vescicole, rende necessario un intervento di cura prima dell'inizio di un lavoro potenzialmente a rischio. Una valutazione dell'eczema può essere eseguito con un sistema a score, come quello proposto da Held et al. 2005 (HECSI) o altri (Agner et al. 2014) che assegnano un punteggio in base all'intensità e all'estensione dei sintomi a livello delle mani.

L'identificazione dei casi iniziali e la precocità del trattamento sono fondamentali anche nel corso delle visite di sorveglianza periodiche, durante il quale il medico competente deve osservare la cute delle mani per evidenziare segni di dermatite. Nel caso di presenza di cute disidratata è importante intervenire consigliando l'uso più frequente di creme idratanti associando una detersione più delicata (Hines et al. 2017, Madan et al. 2016). In ambito sanitario, ad esempio, si ritiene che l'uso di gel alcolico sia preferibile al lavaggio continuo delle mani con detersivi medicati, che risultano più irritanti per la cute (Petersen et al. 2005). Asciugare bene le mani, usare i guanti solo quando necessario, usare sottoganti in cotone/seta, evitare il contatto diretto con detersivi, solventi, prodotti chimici, sono le norme cardine della prevenzione. Identificazione precoce della patologia e trattamento terapeutico, associato all'allontanamento temporaneo dalla mansione a rischio sono i provvedimenti da prendere nel caso di comparsa di dermatite alle mani (Brans et al. 2016). In tale ambito risulta molto importante un approccio diagnostico che consideri l'esecuzione dei patch test serie standard e professionali, al fine di identificare gli agenti causali. Le schede di sicurezza o gli ingredienti dei prodotti in uso sono la base di partenza

per eseguire un test efficace ad evidenziare le sostanze in causa. Il MC deve fornire tali informazioni al lavoratore in modo che lo specialista possa eseguire un test completo.

La prevenzione primaria

Viene attuata preferendo prodotti non irritanti e non sensibilizzanti. È ovviamente l'intervento preferenziale e i dati di letteratura confermano come questa azione sia efficace. L'eliminazione del nichel dai prodotti a contatto con la cute ha portato ad una riduzione della percentuale dei soggetti sensibilizzati a questo metallo (Rui et al. 2013), la messa al bando della p-fenilendiamina nei colori per parrucchiere ha fatto sparire questa allergia nei paesi nordici, dove è stata adottata, mentre per noi è la prima causa di sensibilizzazione da contatto nelle parrucchiere (Malvestio et al. 2011), l'additivazione di ferro solfato ai cementi, che agisce trasformando il cromo esavalente a trivalente, ha abbattuto la prevalenza di dermatite nell'edilizia (Rui et al. 2013). La sostituzione dei guanti in lattice con lubrificante pulverulento ha fortemente ridotto allergie respiratorie e cutanee da lattice (Larese et al. 2014). Il MC, nelle sue aziende, ha un importante ruolo nella prevenzione primaria, orientando le scelte verso prodotti più sicuri per la cute.

L'azione di informazione e prevenzione è ancora fondamentale perché permette di dare al lavoratore facili istruzioni utili per la prevenzione (Mollerup et al. 2014).

Prevenzione secondaria

L'identificazione dei casi di dermatite irritativa lieve è una delle finalità della sorveglianza sanitaria svolta dal MC. È in questo contesto che l'uso di idratanti e l'evitamento dei prodotti a maggior rischio permette di limitare l'estensione e il peggioramento della dermatite. Il MC è l'unico specialista che conosce i prodotti manipolati dal

lavoratore e che può intervenire in modo incisivo. Le esperienze di prevenzione secondaria sono importanti e permettono di evitare la recidiva della patologia (Mauro et al. 2017).

Prevenzione terziaria

Il reinserimento al lavoro di un soggetto con dermatite allergica da contatto deve avvenire a guarigione clinica completa per evitare il perdurare ed il peggioramento della manifestazione cutanea. La formula suggerita è di 3 settimane di allontanamento come inabilità temporanea in sospetta dermatite professionale, durante il quale il lavoratore segue la terapia consigliata dal dermatologo, viene formato sulle modalità di prevenzione ed esegue i patch test per identificare l'agente causale (Brans et al. 2016). A guarigione avvenuta può riprendere il lavoro a condizione che l'agente causale venga evitato e si attuino le norme protettive per la cute delle mani. In caso di recidiva della dermatite sarà necessario proporre un cambio di mansione.

Conclusioni

Il MC con il suo bagaglio di conoscenze sia mediche che tecnologiche è lo specialista che può promuovere una azione di prevenzione importante sul luogo di lavoro evitando l'insorgenza o almeno intervenendo precocemente in modo da limitare l'impatto sul lavoratore di una dermatite da contatto.

Bibliografia

- Agner T, Jungersted JM, Coenraads PJ, Diepgen T. Comparison of four methods for assessment of severity of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2013 Aug; 69(2): 107-11.
- Aktas E, Esin MN. Skin disease symptoms and related risk factors among young workers in high-risk jobs. *Contact Dermatitis*. 2016; 75: 96-105.
- Brans R, Skudlik C, Weisshaar E, Scheidt R, Ofenloch R, Elsner P, Wulfhorst B, Schönfeld M, John SM, Diepgen TL; ROQ Study Group. Multicentre cohort study 'Rehabilitation of Occupational Skin Diseases - Optimization and Quality Assurance of Inpatient Management (ROQ)': results from a 3-year follow-up. *Contact Dermatitis*. 2016; 75: 205-12.
- de Craecker W, Roskams N, de Beeck R O. Occupational Skin Diseases and Dermal Exposure in the European Union (EU-25): Policy and Practice Overview: Belgium, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
- Diepgen T L. Occupational skin-disease data in Europe. *Int Arch Occup Environ Health* 2003; 76: 331-338.
- Held E, Skoet R, Johansen J D, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005; 152: 302-307.
- Hines J, Wilkinson SM, John SM, Diepgen TL, English J, Rustemeyer T, Wassilew S, Kezic S, Maibach HI. The three moments of skin cream application: an evidence-based proposal for use of skin creams in the prevention of irritant contact dermatitis in the workplace. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 53-64.
- Larese Filon F, Bochdanovits L, Capuzzo C, Cerchi R, Rui F. Ten years incidence of natural rubber latex sensitization and symptoms in a prospective cohort of health care workers using non-powdered latex gloves 2000-2009. *Int Arch Occup Environ Health* 2014 Jul; 87(5): 463-9.
- Malvestio A, Bovenzi M, Hoteit M, Belloni Fortina A, Peserico A, Corradin MT, Larese Filon F. p-Phenylenediamine sensitization and occupation. *Contact Dermatitis* 2011 Jan; 64(1): 37-42.
- Mollerup A, Veien NK, Johansen JD. Effectiveness of the Healthy Skin Clinic—a randomized clinical trial of nurse-led patient counselling in hand eczema. *Contact Dermatitis* 2014 Oct; 71(4): 202-14.
- Madan I, Parsons V, Cookson B, English J, Lavender T, McCrone P, Murphy C, Ntani G, Rushton L, Smedley J, Williams H, Wright A, Coggon D. A behavioural change package to prevent hand dermatitis in nurses working in the national health service (the SCIN trial): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials* 2016; 17: 145.
- Mauro M, De Giusti V, Bovenzi M, Larese Filon F. Effectiveness of a secondary prevention protocol for occupational contact dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 656-663.
- Nichol K, Copes R, Spielmann S, Kersey K, Eriksson J, Holness DL. Workplace screening for hand dermatitis: a pilot study. *Occup Med (Lond)* 2016; 66: 46-9.
- Pedersen LK, Held E, Johansen JD, Agner T. Less skin irritation from alcohol-based disinfectant than from detergent used for hand disinfection. *Br J Dermatol* 2005 Dec; 153(6): 1142-6.
- Pesonen M, Jolanki R, Larese Filon F, Wilkinson M, Kręćisz B, Kieć-Swierczyńska M, Bauer A, Mahler V, John SM, Schnuch A, Uter W; ESSCA network. Patch test results of the European baseline series among patients with occupational contact dermatitis across Europe—analyses of the European Surveillance System on Contact Allergy network, 2002-2010. *Contact Dermatitis* 2015 Mar; 72(3): 154-63. doi: 10.1111/cod.12333.
- Rui F, Bovenzi M, Prodi A, Belloni Fortina A, Romano I, Corradin MT, Larese Filon F. Nickel, chromium and cobalt sensitization in a patch test population in north-eastern Italy (1996-2010). *Contact Dermatitis* 2013 Jan; 68(1): 23-31.
- Schuler M, Spanier K, Lukaszczik M, Schwarze M, Musekamp G, Osborne RH, Faller H, Pohrt U. Individual prevention courses for occupational skin diseases: changes in and relationships between proximal and distal outcomes. *Contact Dermatitis* 2015; 72: 371-80.
- Steengaard SS, Bregnhøj A, Johansen JD. Hand eczema among hairdressing apprentices in Denmark following a nationwide prospective intervention programme: 6-year follow-up. *Contact Dermatitis* 2016; 75: 32-40.
- Uter W, Pfallberg A, Gefeller O, Schwanitz H J. Hand dermatitis in a prospectively-followed cohort of hairdressing apprentices: final results of the POSH study. *Contact Dermatitis* 1999; 41: 280-286.
- van der Meer EW, van der Gulden JW, van Dongen D, Boot CR, Anema JR. Barriers and facilitators in the implementation of recommendations for hand eczema prevention among healthcare workers. *Contact Dermatitis* 2015; 72: 325-36.
- Weisshaar E. Saving the Barrier by Prevention. *Curr Probl Dermatol* 2016; 49: 152-8.

Corrispondenza: *Francesca Larese Filon, Unità Clinico Operativa di Medicina del Lavoro - Università di Trieste, Via della Pietà 2/2, 34129 Trieste, Italy, E-mail: larese@units.it*