



## **Le malattie cutanee professionali**

**Le malattie cutanee professionali possono avere conseguenze gravi per le persone coinvolte, fino a costringerle ad abbandonare il lavoro dopo lunghi anni di sofferenza.**

**La presente pubblicazione è rivolta anzitutto al personale medico. Essa descrive le principali malattie cutanee professionali e fornisce indicazioni su diagnosi, terapia e prevenzione.**

---

<b>1 Definizione e classificazione</b>	<b>4</b>
<hr/>	
<b>2 Cause delle lesioni cutanee</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>3 Quadri clinici, diagnosi e terapia</b>	<b>7</b>
<hr/>	
<b>4 Profilassi tecnica e medica</b>	<b>15</b>
<hr/>	
<b>5 Statistica delle malattie cutanee professionali</b>	<b>18</b>
<hr/>	
<b>6 Aspetti di diritto assicurativo</b>	<b>20</b>
<hr/>	
<b>7 Bibliografia, altre informazioni, immagini</b>	<b>22</b>

# 1 Definizione e classificazione

## 1.1 Definizione

Le malattie cutanee professionali si manifestano in genere nel corso di un'attività lavorativa svolta per un periodo prolungato, non necessariamente in condizioni di lavoro straordinarie.

Può succedere che un singolo evento provochi una lesione cutanea acuta correlata al lavoro e assimilabile a una malattia professionale (ad es. scottatura solare, dermatite fototossica).

Vanno distinte tuttavia le alterazioni cutanee causate da infortuni sul posto di lavoro (ad es. ferite da taglio, lacerazioni, contusioni, ustioni, causticazioni, dermatite acuta da radiazioni), che non rientrano tra le malattie professionali.

La presente pubblicazione non tratta le dermatosi professionali molto rare.

## 1.2 Classificazione

Le malattie cutanee professionali sono provocate da:

- agenti fisici
- agenti chimici
- agenti microbici
- piante e animali

L'insorgenza delle malattie cutanee professionali è legata quasi sempre a più fattori, specialmente nel caso delle dermatiti. In molti casi si tratta di cosiddetti danni multifattoriali.

# 2 Cause delle lesioni cutanee

Tra le cause delle dermatosi professionali, gli agenti esterni sul posto di lavoro hanno un ruolo determinante. Anche i fattori costituzionali possono contribuire all'insorgenza di queste patologie.

## 2.1 Agenti fisici

Gli agenti fisici di seguito indicati possono provocare lesioni cutanee:

- insulti meccanici (in particolare pressione, attrito, effetto frequente nel quadro di un danno cumulativo con irritazione cutanea);
- caldo e freddo (lesione acuta, spesso anche effetto cronico in caso di dermatiti);
- luce solare (raggi infrarossi, luce visibile e diverse lunghezze d'onda dei raggi UV), raggi UV artificiali (ad es. nella saldatura ad arco elettrico o nei metodi di sterilizzazione) e laser;
- radiazioni ionizzanti (ad es. radiazioni applicate a scopo diagnostico/terapeutico).

### Raggi infrarossi, raggi UV, luce visibile

Da sola o in combinazione con altri fattori esogeni, l'esposizione ai raggi infrarossi, ai raggi UV e alla luce è una potenziale causa di lesioni cutanee di origine professionale, che possono manifestarsi in forme molto diverse.

Lo spettro **infrarosso** a onde corte (da 700 a 1400 nm) riscalda i tessuti e favorisce l'invecchiamento precoce della pelle.

Questo tipo di alterazione viene attribuita anche alla **luce visibile ad alta energia**, che può causare inoltre una pigmentazione irregolare.

Nella radiazione ultravioletta, i **raggi UVA** più lunghi (da 400 a 315 nm) penetrano fino al derma, provocando una pigmentazione della cute senza infiammazione. I **raggi UVB** più corti (da 315 a 280 nm) penetrano solo nello strato spinoso dell'epidermide e possono danneggiare queste cellule, provocando un eritema con pigmentazione e un ispessimento dello strato corneo. I **raggi UVC**

(< 280 nm), non presenti nella luce solare bensì solo in fonti di luce artificiale, provocano forti infiammazioni della cute e della congiuntiva.

Le cellule bersaglio dei danni cronici causati da luce solare sono melanociti, cheratinociti e fibroblasti. È noto che i raggi UVB contenuti nella luce solare esercitano un'azione mutagena sul DNA. Ma anche i raggi UVA ad alta energia hanno un'azione simile, seppure in misura limitata, contribuendo in particolare all'invecchiamento della pelle. A differenza dei raggi UVB, non vengono assorbiti attraverso i vetri delle finestre.

## 2.2 Agenti chimici

### Sostanze ad azione irritante

Dopo un tempo di esposizione più o meno lungo e a seconda della concentrazione, gli irritanti provocano inevitabilmente danni all'epidermide. Si parla allora di dermatite irritativa da contatto (nota anche come dermatite tossica da contatto), dovuta ad esempio a solventi, alcali, acidi, detersivi e detersivi.

### Sostanze allergizzanti

In alcune persone gli allergeni provocano una sensibilizzazione, in seguito alla quale anche tracce minime di queste sostanze sono sufficienti a scatenare reazioni allergiche.

La tipica dermatite allergica da contatto è provocata da sali metallici quali cromo, nichel, cobalto. Esercitano tuttavia un'azione simile anche: formaldeide, resine epossidiche, acrilati e metacrilati, composti amminici e nitrocomposti aromatici (ad es. p-fenilendiamine), carbammati, sostanze odorose e conservanti.

### Sostanze fotodinamiche

Determinate sostanze provocano reazioni cutanee fototossiche o fotoallergiche, ad esempio: furocumarine presenti nei succhi di alcune piante (dermatite bollosa striata pratensis), componenti del catrame di carbon fossile, salicilanilide alogenata (disinfettanti), agenti per la sbianca (detersivi), FANS topici, filtri di protezione dalla luce.

**Sostanze dannose per i follicoli**

Comprendono oli minerali, alcuni componenti del catrame di carbon fossile e idrocarburi ciclici clorurati.

**Sostanze depigmentanti**

Hanno ad esempio proprietà depigmentanti i derivati del fenolo e del catecolo, come il p-tert-butilfenolo o l'etere monobenzilico dell'idrochinone.

**Sostanze cancerogene**

Comprendono 3,4-benzopirene, dibenzoantracene in catrame, pece e arsenico.

**2.3 Lesioni cutanee da sostanze vegetali**

Oltre a reazioni cutanee di tipo allergico, le sostanze vegetali provocano spesso anche reazioni di tipo irritativo o entrambe, allergico-irritative. Tra queste sostanze figurano ad esempio tabacco, fiori (primule, composite, gerani, tulipani), piante e legni esotici, alimenti (agrumi, sedano, carote, carciofi, sostanze aromatiche, farina) o lattice.

**2.4 Lesioni cutanee da agenti microbici**

Le lesioni cutanee possono essere provocate anche da microrganismi: batteri (ad es. erispeloide), virus (ad es. papillomavirus e parapoxvirus) e funghi (ficomiceti, saccaromiceti, ad es. del genere Candida).

**2.5 Lesioni cutanee da organismi animali**

Esempi di organismi animali che possono provocare lesioni cutanee sono i bruchi, i pidocchi, gli acari e le loro larve (scabbia dei cereali), le cercarie.

# 3 Quadri clinici, diagnosi e terapia

## 3.1 Dermatiti professionali

### 3.1.1 Dermatiti da contatto allergiche e irritative

Oltre l'80% delle dermatosi professionali è costituito da **dermatiti da contatto allergiche e irritative**, due categorie riconducibili a cause diverse (cfr. cap. 2.2), anche se poi nella pratica si presentano spesso quadri clinici misti.

#### Attività e professioni a rischio

Questo tipo di patologie insorge più di frequente quando si manipolano oli minerali, lubrificanti, detersivi e resine epossidiche. Le professioni a rischio appartengono al settore dell'edilizia e alle imprese di pittura nonché all'industria metalmeccanica e chimica. Tra queste figurano anche: meccanici, professioni relative ai servizi di pulizia, professioni infermieristiche, parrucchieri e parrucchiere, personale di cucina e addetto alla produzione di generi alimentari, professioni del settore agricolo.

#### Parti del corpo interessate

Le dermatiti da contatto professionali interessano prevalentemente gli arti superiori, in particolare le mani. In caso di propagazione diretta di irritanti e allergeni da contatto o di esposizione a vapori, può verificarsi un interessamento della zona della testa, del collo e della porzione superiore del torace. Una localizzazione sul tronco o alle estremità inferiori è più rara e difficilmente si può ricondurre a un'origine professionale, specie se non sono interessate le mani.

#### Quadro clinico: nessuna conclusione sulla causa

Il quadro clinico di un eczema non consente di distinguere chiaramente la causa e nemmeno dall'esame istologico la distinzione risulta evidente. Focolai diffusi di dermatite in sedi non esposte (ad es. sugli avambracci in caso di dermatite delle mani) possono indicare reazioni allergiche da contatto. La dermatite allergica da contatto in forma acuta può inoltre essere accompagnata da papule e vescicole come pure da eruzioni umide con formazione di croste, un quadro che tuttavia non rappresenta un segnale certo.

#### Sviluppo della dermatite da contatto

La dermatite irritativa da contatto inizia spesso in modo subdolo con secchezza, desquamazione e lieve eritema negli spazi interdigitali, associati a prurito (in passato nota come «dermatosi da usura»). Durante il decorso possono manifestarsi anche vescicole e fissurazioni. Le alterazioni cutanee sono limitate alla sede di esposizione. In genere si tratta del risultato di esposizioni ripetute a sostanze debolmente irritanti (acqua, tensioattivi presenti in saponi, shampoo e detersivi, alcali diluiti come quelli dei lubrificanti e dei solventi). In caso di contatto con sostanze dal forte potere irritante, possono comparire formazioni bollose. Le sollecitazioni meccaniche da pressione o attrito sono fattori che potenzialmente contribuiscono alla comparsa della dermatite, al pari di fattori fisici e climatici quali l'impiego di utensili, l'esposizione a polvere, sporco, freddo, caldo, bassa umidità dell'aria.



1 Dermatite irritativa delle mani nei lavori in ambiente umido



2 Dermatite allergica da contatto acuta



3 Eczema cronico delle mani

Nella fase iniziale della malattia, la dermatite irritativa da contatto è spesso reversibile: eliminando l'esposizione dannosa, può guarire completamente e avere una buona prognosi. Vale anche per la dermatite allergica da contatto, qualora sia possibile evitare del tutto il contatto con l'allergene coinvolto.

Se la dermatite irritativa da contatto persiste per mesi o addirittura anni, può diventare cronica. La pelle assume allora un aspetto ispessito (lichenificazione), con possibile comparsa di ipercheratosi e ragadi. In alcuni casi è difficile guarire completamente anche dopo aver eliminato le sostanze nocive responsabili. Il permanere di una minore resistenza delle aree cutanee interessate rispetto a sostanze debolmente irritanti può favorire delle recidive, che si manifestano anche in seguito a piccole sollecitazioni quotidiane.

Spesso la dermatite irritativa da contatto precede nel tempo la dermatite allergica da contatto, da cui deriva un quadro clinico misto. Inoltre, eventuali infezioni cutanee possono sovrapporsi a entrambe le forme di dermatite, influenzando negativamente il processo di guarigione.



4 Dermatite subacuta delle mani con sovrainfezione

#### **Differenziazione delle dermatiti atopiche**

I focolai di dermatite che compaiono nelle pieghe dei gomiti e nelle cavità del ginocchio possono essere il sintomo di una dermatite atopica (neurodermite). La dermatite atopica delle mani – dermatite atopica palmo-plantare – può tuttavia manifestarsi anche senza alcun interessamento dei gomiti.

La dermatite atopica è una dermatosi di origine genetica prevalentemente indipendente dalla professione esercitata. Ciò nonostante, le aggressioni cutanee legate all'attività lavorativa possono influenzare negativamente la malattia o aggravarla. Qualora il lavoro incida in maniera significativa sull'aggravamento, possono sussistere le condizioni necessarie per una classificazione come malattia professionale.

Ciò presuppone la presenza di fattori dannosi per la pelle sul posto di lavoro.

Spesso si hanno quadri clinici misti in cui si combinano dermatiti atopiche con dermatiti da contatto. Una predisposizione atopica (detta anche diatesi atopica), infatti, riduce la soglia di sensibilità ai fattori irritanti. Anche un'intensa sudorazione di mani e piedi nonché un'acrocianosi possono influenzare negativamente il processo di guarigione delle dermatiti.

Per la diagnosi è quindi necessario distinguere le cause genetiche della malattia da quelle esogene correlate al lavoro attraverso una dettagliata anamnesi medica e la diagnostica allergologica.

### **Il ruolo chiave dell'anamnesi professionale per la differenziazione**

Il presupposto di una diagnosi di dermatosi professionale è un'esposizione sul posto di lavoro con effetti nocivi. A tale scopo, l'anamnesi professionale svolge quindi un ruolo molto importante.

Nella gran parte dei casi esiste una evidente correlazione temporale tra il contatto e la comparsa delle manifestazioni cutanee. Un decorso della malattia strettamente legato al lavoro in genere depone a favore di una dermatosi di origine professionale. Il quadro tipico è un miglioramento dei sintomi (remissione) quando si interrompe il lavoro (fine settimana, vacanze, servizio militare, interruzione del lavoro per altre ragioni) e un nuovo aggravamento alla ripresa del lavoro.

I soli dati anamnestici sono tuttavia indicativi: idealmente, la correlazione della malattia con il lavoro dovrebbe risultare dai referti medici rilevati durante il decorso. Anche la sede delle alterazioni cutanee fornisce indicazioni importanti sull'origine professionale di una malattia della pelle, poiché i sintomi compaiono quasi sempre nella sede di contatto.

### **Test cutanei**

Nella fase di accertamento delle dermatosi da contatto, i test cutanei forniscono ulteriori informazioni importanti sull'eventuale correlazione con l'attività lavorativa. Insieme

all'anamnesi professionale, al quadro clinico e al decorso, i test consentono in molti casi di risalire all'origine professionale della malattia. I test cutanei possono essere a reazione allergica immediata o ritardata (quest'ultimo tipo per le dermatiti di tipo eczematoso).

Il **test epicutaneo** (patch test) consente di testare più sostanze contemporaneamente. È adatto a dimostrare una reazione di ipersensibilità di tipo ritardato (quadro eczematoso) ad allergeni da contatto di natura professionale ed extraprofessionale. I campioni vengono posizionati su una zona integra della pelle (della schiena) e, in caso di reazione positiva, indicano una sensibilizzazione rispetto a quella determinata sostanza. Ai fini della rilevanza per la dermatite da accertare, il risultato deve comunque essere valutato, poiché non è detto che ogni reazione positiva al test sia direttamente correlata.

Per il test epicutaneo si usano soprattutto sostanze disponibili in commercio, le quali presentano una concentrazione standard non irritativa per la pelle nei casi ordinari. Tuttavia, per la diagnosi di allergie da contatto di origine professionale, spesso è indispensabile testare anche sostanze e materiali di lavoro utilizzati durante l'attività quotidiana (ad es. lubrificanti, guanti di protezione). Ciò richiede esperienza e conoscenze specialistiche sulla diluizione, di competenza di medici specializzati. Possono esservi errori di interpretazione se si utilizzano concentrazioni irritanti (troppo elevate) delle sostanze testate o si esegue il test epicutaneo in fase di riacutizzazione della dermatite, quando la cute presenta una maggiore sensibilità non specifica. Occasionalmente sono indicati test aperti.

Nell'accertamento di una possibile dermatosi professionale, il test epicutaneo è generalmente indicato per escludere sensibilizzazioni allergiche da contatto. In caso di diagnosi di dermatite irritativa, il risultato negativo del test epicutaneo può fornire un'ulteriore conferma.

Il **prick test** (test in gocce da applicare sull'avambraccio) è indicato per accertare una predisposizione atopica della cute/della mucosa e le orticarie di origine professionale (ad es. da alimenti).

L'accertamento di una dermatite potenzialmente di origine professionale dovrebbe comprendere anche la stima del grado di predisposizione (ad es. tramite score atopico secondo Diepgen, IgE totali, screening sx1 per accertare l'atopia delle mucose e/o prick test con allergeni inalanti ubiquitari).

Poiché la dermatite delle mani è spesso multifattoriale, l'accertamento di una malattia professionale richiede una comparazione accurata delle cause endogene ed esogene.

**Prove per umidificazione** (umidificazione ripetuta della pelle con irritanti quali solventi o detergenti) vengono eseguite soprattutto nell'ambito di studi scientifici sulle irritazioni cutanee. Questa analisi presenta il vantaggio di riprodurre più fedelmente le condizioni reali di lavoro. Nella letteratura specializzata vengono descritte varie modalità di test.

**Test di resistenza agli alcali:** il classico test di resistenza alcalina è stato ampiamente sostituito da un test di irritazione con laurilsolfato di sodio.

### 3.1.2 Malattie fototossiche e fotoallergiche

Le dermatosi fototossiche o fotoallergiche di origine professionale sono particolari forme di reazioni eczematose di diversa gravità correlate al lavoro.

In genere, per diagnosticare **reazioni fototossiche**, è sufficiente raccogliere i dati anamnestici in modo mirato. In un quadro tipico si ha un contatto con determinate piante che contengono furocumarine, correlato ad attività lavorative all'aperto (esposizione ai raggi UV). In questo caso i test cutanei a fini diagnostici non sono indicati.

La cosiddetta **dermatite striata pratense** è la fotodermatosi professionale più frequente ed è provocata da diversi tipi di piante. Nelle persone coinvolte che lavorano nel settore del giardinaggio o dell'agricoltura, si presenta con una sorta di calco delle piante in questione nelle aree della pelle esposte al sole, con striature eritematose sovrapposte fino alla formazione di bolle. Le aree cutanee interessate possono conservare a lungo una pigmentazione scura.

La **dermatite da catrame** si manifesta con discromie sul viso e sul collo di colore marrone-violaceo, in parte diffuse, in parte a macchie o a reticolo, una pigmentazione che permane a lungo nel tempo.

La diagnosi delle **reazioni fotoallergiche** è più complessa, in quanto i potenziali fotoallergeni presenti nell'ambiente sono numerosi. Per dimostrare una specifica sensibilizzazione, è necessario un test epicutaneo con esposizione alla luce (fotopatch test). Se sono interessati viso e collo, nella pratica clinica si tende a lasciare libera la regione submentale (ombre del mento). Talvolta il decorso è alternato, in funzione della stagione nonché persistente in singoli casi, con forte prurito. Le recidive possono intervenire anche soltanto con una successiva esposizione alla luce. In alcuni casi si ha una maggiore sensibilità ai raggi UVA o UVB o a entrambi, che può portare a persistenti reazioni alla luce.

### 3.1.3 Trattamento delle dermatiti e riabilitazione

Per una buona riuscita del trattamento e della riabilitazione delle dermatiti professionali, è fondamentale una diagnostica differenziata con identificazione dei fattori scatenanti. Attraverso l'adozione di misure sul posto di lavoro e la prevenzione individuale secondaria, lo scopo primario deve essere quello di interrompere l'esposizione ai fattori dannosi per la pelle (carenza) o perlomeno di ridurli in modo significativo. Per il trattamento dei sintomi sono disponibili medicinali topici, fototerapia con raggi UV nonché medicinali sistemici, assunti gradualmente in base allo stadio della malattia secondo le raccomandazioni della dermatologia.

## 3.2 Dermatite da contatto con proteine

La dermatite da contatto con proteine (DCP) è una reazione eczematosa cronica, in cui si verifica una sensibilizzazione immediata a una proteina non dovuta ad apteni. La dermatite da contatto con proteine costituisce una forma particolare e in alcuni casi può essere rilevata mediante prick test e diagnostica di laboratorio (in particolare IgE). Spesso nelle persone coinvolte compaiono prurito ed eritemi temporanei immediatamente dopo il contatto con le proteine scatenanti, come pure gonfiore e

disturbi nelle sedi interessate. Questo tipo di dermatosi professionale si verifica ad esempio nella lavorazione dei prodotti alimentari (panetterie, cucine, pescherie, macellerie), nei settori veterinario e sanitario e in agricoltura.

### 3.3 Orticaria professionale

L'orticaria esclusivamente di origine professionale è piuttosto rara. Nella gran parte dei casi è causata da una reazione allergica di tipo immediato a proteine di natura vegetale o animale. Nella sede interessata può manifestarsi un'orticaria da contatto, più raramente un'orticaria acuta diffusa. Le persone più colpite sono soprattutto quelle a contatto con derrate alimentari, ma, sebbene più raramente, possono verificarsi dei casi anche in altri settori. Un'orticaria professionale si manifesta tipicamente con una rapida comparsa dei sintomi già al lavoro o subito dopo, i quali scompaiono durante il tempo libero e si ripresentano in seguito a un nuovo contatto con allergeni sul posto di lavoro. Al contrario, pomfi recidivanti per giorni o settimane tendono a far escludere l'origine professionale. L'orticaria è piuttosto frequente nella popolazione in generale (prevalenza nel corso della vita del 20%). Di conseguenza, i medici del lavoro si trovano spesso ad affrontare la questione dell'origine professionale o meno della malattia.

Un'orticaria cronica non correlata al lavoro (durata maggiore di 6 settimane) può manifestarsi in forma spontanea o indotta, ad esempio a causa di fattori individuali quali freddo, caldo, pressione, raggi UV. Se questi fattori sono presenti anche sul posto di lavoro, possono influenzare negativamente la malattia esistente o aggravarla. Nel caso in cui si debba verificare l'origine professionale di un'orticaria cronica, è opportuno consultare un centro allergologico specializzato, sia per una classificazione differenziata delle cause sia per l'attuazione delle raccomandazioni terapeutiche riferite ai sintomi. I fattori di aggravamento presenti sul posto di lavoro dovrebbero essere ridotti al minimo mediante misure di tipo tecnico-organizzativo e di protezione individuale.

### 3.4 Tumori cutanei professionali

La frequenza di tumori cutanei professionali causati da carcinogeni chimici è fortemente diminuita. I fattori scatenanti di queste malattie sono prevalentemente composti, prodotti o residui a base di catrame, pece, asfalto, olio minerale e paraffina. La dose cumulativa di raggi UV assorbita durante l'attività lavorativa ha invece acquisito maggiore rilievo come carcinogeno. Ciò è dovuto in parte al progresso scientifico, in parte a fattori quali il cambiamento climatico e le trasformazioni del mondo del lavoro.



5 Cheratosi attiniche multiple del cuoio capelluto



6 Carcinoma spinocellulare (spinalioma) del braccio

L'esposizione pluriennale ai raggi UV, sia quelli naturali del sole sia quelli artificiali presenti in determinati processi di saldatura, può indurre diversi tipi di tumore: tumori cheratinocitari, come la cheratosi attinica e il morbo di Bowen, il carcinoma spinocellulare invasivo (spinalioma) o anche l'epitelioma basocellulare. Tra le cause figura anche l'esposizione intermittente e intensiva ai raggi UV. Tutte queste forme di tumore della pelle rientrano tra gli epiteliomi.

I segni clinici di danni cronici (inizialmente benigni) causati dall'esposizione alla luce solare in seguito ad attività lavorative all'aperto possono manifestarsi sotto forma di alterazioni cutanee quali: variazioni di pigmentazione con aree cutanee ipopigmentate o iperpigmentate (poichilodermia), teleangectasie (dilatazioni dei vasi sanguigni), raggrinzimento accentuato (elastosi solare, cutis rhomboidalis nuchae).

In ogni singolo caso occorre prima calcolare la dose cumulativa di raggi UV correlata al lavoro della persona coinvolta. Successivamente bisogna verificare se sussistono i presupposti lavorativi, scientificamente dimostrati, per il riconoscimento di una malattia professionale. Al riguardo è necessario tenere conto del tipo di attività, della sua durata e del grado di occupazione. Anche la sede del tumore è importante, in quanto deve trattarsi di una sede esposta ai raggi UV durante il lavoro.

Le persone più a rischio lavorano generalmente nei cantieri, nei giardini, nelle attività di sistemazione del paesaggio e in agricoltura.

L'esposizione cronica ai raggi UV ha un ruolo causale importante soprattutto nelle varie forme di epitelioma, mentre per quel che riguarda i melanomi tale ruolo è meno evidente sul piano scientifico (a eccezione del melanoma lentigo maligna). Per questo motivo è difficile che i melanomi vengano presi in considerazione tra le malattie professionali.

### 3.5 Altre dermatosi professionali da agenti fisici

#### **Lesioni cutanee di origine meccanica**

Nelle persone che esercitano determinate professioni sono frequenti bolle dovute a sfregamenti ripetuti e calli da pressione localizzate in sedi specifiche, ad esempio le rotule nei piastrellisti, i palmi delle mani in coloro che svolgono lavori manuali. La lana di vetro provoca eruzione papulare pruriginosa o anche un prurito difficilmente oggettivabile (pruritus sine materia) (dermatite da fibre di vetro).

#### **Lesioni cutanee da calore**

**Lesioni da calore:** nelle persone che lavorano nelle fonderie e nella soffiatura del vetro si osservano eritemi e pigmentazioni brunastre nelle parti del corpo esposte nonché unghie fragili che si spezzano. Si riscontrano inoltre cheratosi circoscritte e aree di atrofia cutanea. In caso di abbondante sudorazione, compaiono sul tronco piccoli e numerosi noduli eritematosi (miliaria rubra).

**Lesioni da freddo:** in caso di esposizione cronica al freddo umido, la pelle si screpola e compaiono le ragadi. Possono verificarsi casi di congelamento riconosciuto come malattia professionale in persone che lavorano nelle imprese forestali o nelle celle frigorifere. Al contrario, i geloni non rientrano tra le malattie professionali poiché in questo caso prevalgono fattori costituzionali (problemi di circolazione). L'acrocianosi può contribuire alla comparsa delle lesioni.

#### **Lesioni cutanee attiniche**

Tra le lesioni cutanee acute causate dalla sola esposizione ai raggi UV figura la scottatura solare (dermatitis solaris). A seconda della gravità della lesione, può subentrare un eritema, una vescicolazione o una necrosi dell'epitelio.

#### **Lesioni cutanee da radiazioni ionizzanti**

Le lesioni cutanee croniche sono causate da un'esposizione prolungata a dosi impercettibili di radiazioni. L'effetto cumulativo di tali radiazioni determina nel tempo una cute secca, atrofica (netta riduzione del rilievo delle impronte digitali) e sensibile, con dilatazione dei vasi sanguigni. Le unghie diventano opache e fragili. Quale complicanza tardiva, può svilupparsi un carcinoma cutaneo.

### 3.6 Altre dermatosi professionali da agenti chimici

#### Acne professionale

L'**acne da oli minerali** colpisce occasionalmente le persone che lavorano nell'industria metalmeccanica, dove la pelle entra in contatto con questo tipo di oli. È localizzata sul dorso delle mani, sul lato estensore degli avambracci, sulle parti laterali del viso nonché nelle parti del corpo che entrano in contatto con indumenti da lavoro sporchi di olio. In queste sedi si formano cheratosi pilare, comedoni scuri, papule e papulo-pustole infiammatorie. Gli ascessi lasciano spesso delle cicatrici.

Oggi l'**acne da catrame** non è molto diffusa. Il quadro clinico è lo stesso dell'acne da oli minerali. A ciò si aggiunge il fatto che alcune sostanze fototossiche presenti nei prodotti a base di catrame provocano una pigmentazione a macchie della cute (dermatite da catrame).

Anche la **cloracne** è molto rara al giorno d'oggi. Si sviluppa in seguito al contatto con idrocarburi ciclici alogenati. Sussiste un rischio teorico nelle attività che comportano l'uso di PCB o sostanze contenenti diossina, in particolare nei lavori di riciclaggio e in quelli di protezione anticorrosione. Il contatto con queste sostanze provoca alterazioni cutanee, localizzate soprattutto sul viso nonché nelle parti scoperte di collo e nuca. Nei casi gravi vi è un interessamento anche del tronco e delle estremità, a eccezione di mani e piedi. Si osservano comedoni molto vicini gli uni agli altri con cisti da ritenzione, noduli, pustole e foruncoli. Il decorso è estremamente complesso e può protrarsi per lungo tempo. Oltre alle alterazioni cutanee, si osservano anche effetti tossici interni.

#### Leucodermie indotte da sostanze chimiche

I quadri clinici delle leucodermie corrispondono spesso a quello di una vitiligine idiopatica con distribuzione simmetrica delle depigmentazioni su tutto il corpo. È possibile tuttavia che vengano interessate solo alcune sedi, ad esempio le mani o gli avambracci. La depigmentazione è quasi sempre irreversibile (causata ad es. da derivati del fenolo e del catecolo).

### 3.7 Dermatose microbiche di origine professionale

#### Dermatose batteriche

Infezioni cutanee causate da batteri piogeni (stafilococchi, streptococchi) che si manifestano sotto forma di impetigine, follicolite o foruncoli. L'infezione secondaria che evolve in dermatiti e altre lesioni cutanee spesso rallenta il processo di guarigione.

Nelle persone che al lavoro indossano calzature occlusive e hanno fattori predisponenti (micosi dei piedi, iperidrosi, diabete), possono svilupparsi infezioni cutanee difficili da gestire con evidenza di germi gram-negativi (infezione del piede da gram-negativi).

#### Erisipeloide

Infezione causata dal bacillo del mal rossino, che si manifesta inizialmente con un edema infiammatorio rosso chiaro nella sede di penetrazione del patogeno (dito). Manifestazioni diffuse più severe sono rare. Oggi il rischio di contrarre la malattia, che colpisce generalmente le persone che lavorano nei macelli, nelle macellerie, nel settore veterinario e nelle cucine, è raro.

#### Nodulo dei mungitori

Zoonosi trasmessa da virus attenuati dello pseudovaiolo bovino (Parapoxvirus bovis), che si manifesta con piccole bolle opache su cute eritematosa ed edematosa. Anche il virus del vaiolo ovino (Parapoxvirus ovis o ORF virus) può provocare malattie con un quadro clinico simile. Al centro delle bolle si forma una crosta secca affossata. In singoli casi può verificarsi un ingrossamento dei linfonodi. Oggi il rischio di contrarre la malattia, che colpisce generalmente le persone che lavorano in agricoltura e i veterinari, è molto raro.

### **Tricofizie**

Infezioni causate da dermatofiti zoofili, come il *Trichophyton mentagrophytes* o il *Trichophyton verrucosum*, che si manifestano sulla pelle glabra o con pochi peli attraverso focolai circolari o rotondeggianti (tricofizia superficiale). Nelle zone cutanee ricoperte di peli, invece, si sviluppano infiltrazioni infiammatorie con caduta di peli e capelli (tricofizia profonda). Le tricofizie possono colpire anche le unghie. Le micosi zoofile si sviluppano occasionalmente nelle persone che lavorano in agricoltura.

### **Candidosi**

Le infezioni da candida possono svilupparsi nelle persone che lavorano in ambienti umidi, provocando la paronichia, un'infezione del tessuto periungueale che si manifesta con ispessimento, eritema e dolore. Successivamente, sulle unghie ispessite compaiono solchi trasversali irregolari. Queste infezioni comportano una macerazione dello strato corneo superficiale interdigitale, che si desquama in lamelle più grandi.

## **3.8 Lesioni cutanee di origine professionale causate da organismi animali nocivi e parassiti**

### **Dermatite da bruchi**

Eruzione fortemente pruriginosa con papule urticanti allineate, provocata dal contatto con i peli irritanti di alcuni bruchi (ad es. quelli della processionaria). Colpisce tipicamente le persone che lavorano nelle imprese forestali, nei giardini o che svolgono lavori simili, poiché gli animali sono presenti sugli alberi. I sintomi non si limitano necessariamente alla pelle, ma possono arrivare a provocare problemi di respirazione in seguito all'inalazione dei peli.

### **Trombidiosi**

Eruzione papulare o papulare urticante causata dalle larve di diversi acari (trombididi). È localizzata nelle sedi esposte (parte inferiore della gamba) e sotto capi di abbigliamento aderenti (cintura e zona dei glutei). Si manifesta generalmente alla fine dell'estate e in autunno. Le alterazioni della pelle fortemente pruriginose sono autolimitanti e possono essere trattate con medicinali in base ai sintomi.

### **Scabbia**

Il contagio con l'acaro della scabbia, *Sarcoptes scabiei*, può costituire una malattia cutanea professionale, in quanto si tratta di una possibile trasmissione da uomo a uomo correlata al lavoro, ad esempio nel servizio sanitario. L'acaro femmina scava cunicoli nello strato corneo della cute. Un sintomo tipico della malattia è il prurito più intenso, che si avverte prevalentemente di notte.

### **Eritema cronico migrante**

In seguito alla trasmissione della *Borrelia* attraverso il morso di una zecca, nel giro di qualche giorno o settimana si sviluppa un eritema migrante con diffusione centrifuga intorno alla sede della puntura. Spesso sbiadisce al centro, lasciando arrossato solo un anello periferico.

Dal punto di vista del diritto assicurativo svizzero, non costituisce una malattia professionale bensì la conseguenza dell'infortunio rappresentato dal morso di zecca.

# 4 Profilassi tecnica e medica

## 4.1 Misure tecniche

### Eliminare le sostanze pericolose

Sostituire le sostanze riconosciute come pericolose con sostanze meno nocive, sebbene ciò non sia spesso possibile per una serie di motivi.

### Evitare il contatto

Evitare il contatto diretto con le sostanze nocive o perlomeno ridurlo al minimo, ad esempio:

- limitando i tempi del processo di lavoro;
- impiegando apparecchiature chiuse;
- aspirando polvere e vapori (ad es. tramite cappe);
- utilizzando attrezzi ausiliari (pinze, ganci, cestelli a immersione);
- evitando accumuli di sporco (ad es. mediante copertura dei posti di lavoro con carta, impiego di tecniche di lavoro pulite, senza contatto).

## 4.2 Misure personali

### 4.2.1 Protezione della pelle

#### Utilizzare indumenti protettivi

Gli indumenti protettivi impermeabili impediscono il contatto con le sostanze nocive, ma possono essere indossati solo per un tempo limitato.

#### Utilizzare guanti di protezione

Indossare idonei guanti di protezione in gomma (gomma nitrilica, gomma butilica, lattice di gomma naturale) o plastica (vinile/PVC, polietilenglicole PEG) è necessario quando si lavora con sostanze che presentano una delle seguenti caratteristiche: fortemente irritanti per la pelle, corrosive, sensibilizzanti, riassorbibili dalla pelle, mutagene o cancerogene, tossiche o contagiose.

Spesso, tuttavia, i guanti di protezione devono essere utilizzati anche per motivi di igiene (protezione del prodotto), di sterilità nonché per proteggere la pelle dallo sporco o da agenti fisici, senza però indossarli più a lungo del necessario. L'uso prolungato determina al loro interno la formazione di una camera umida che può causare fenomeni di macerazione della cute, specie con i guanti in gomma. In caso di dermatiti preesistenti, non è raro che si sviluppi un'ipersensibilità, soprattutto alle sostanze vulcanizzanti contenute nei prodotti in gomma.

Le reazioni allergiche di tipo immediato alle proteine del lattice, invece, sono ormai rare in Europa, in quanto si evita di usare guanti di protezione in lattice talcati e ricchi di proteine nei processi di lavoro.

Sottili guanti di cotone indossati sotto la gomma possono evitare la macerazione della cute, a condizione di cambiarli abbastanza spesso.

In generale, occorre scegliere guanti realizzati con il materiale più adatto all'utilizzo previsto. Nei negozi specializzati è disponibile un'ampia gamma di guanti di protezione resistenti ai prodotti chimici nonché agli agenti fisici. Per la scelta dei guanti di protezione più adatti alle diverse attività da svolgere, il sito [www.sapros.ch](http://www.sapros.ch), lo shop online di prodotti per la sicurezza della Suva, può essere un valido aiuto. Anche in caso di allergie alla gomma, è quasi sempre possibile trovare guanti di protezione adatti privi di questi allergeni.

#### Scegliere il materiale adatto per le calzature

In caso di dermatosi dei piedi, per la prevenzione primaria e secondaria può essere indicato utilizzare tessuti antimicrobici e materiali traspiranti per le calzature.

#### Utilizzare prodotti per la protezione della pelle (per uso esterno)

Utilizzare unguenti e creme per la protezione della pelle e preparati simili serve a prevenire l'insorgenza di dermatiti da contatto o perlomeno ad attenuarle.

Questi prodotti per uso esterno riducono gli effetti dannosi degli irritanti sulla barriera cutanea grazie a una combinazione tra schermatura fisica (shielding) e supporto della naturale rigenerazione della barriera attraverso appositi lipidi. Tali prodotti hanno pertanto una certa rilevanza nelle attività lavorative a rischio per la pelle, svolte prevalentemente in ambiente umido. S'intendono in tal senso professioni che, ad esempio, prevedono un lavaggio frequente delle mani, lavori di pulizia e disinfezione, uso di prodotti debolmente irritanti per la pelle quali tensioattivi e alcol, polvere e sporco.

Ciò vale tuttavia solo se non si possono utilizzare guanti di protezione o quando questi devono essere indossati più volte durante la giornata lavorativa. I prodotti di protezione per la pelle per uso esterno non hanno tuttavia alcun effetto protettivo contro le dermatiti allergiche da contatto.

Devono essere applicati più volte al giorno (prima del lavoro e dopo le pause) sulle mani pulite, senza dimenticare gli spazi interdigitali, la zona periungueale e i polsi, parti spesso trascurate. Le misure di protezione devono essere adeguate alle esigenze e ai requisiti dei rispettivi processi di lavoro. L'applicazione regolare riduce lo sporco che si deposita sulla pelle e facilita la pulizia delle mani. Nei negozi specializzati è disponibile un ampio assortimento di prodotti per la protezione della pelle per uso esterno. Nella scelta dei prodotti più adatti, occorre attenersi alle indicazioni del fabbricante, preferendo se possibile prodotti di comprovata efficacia.

Anche l'accettazione del prodotto è importante, però, perché possa essere utilizzato con successo a lungo termine. A seconda delle caratteristiche della pelle, si preferiscono prodotti con un'elevata quota di lipidi (mani secche) o una quota più bassa (eczema disidrosico delle mani, iperidrosi). Se possibile, è meglio rinunciare a prodotti contenenti sostanze odorose con obbligo di dichiarazione. Si applicano criteri di selezione particolare nella lavorazione dei prodotti alimentari (certificazione HACCP per la compatibilità alimentare) e nelle imprese di verniciatura (il silicone ostacola l'aderenza della vernice).

Nei lavori all'aperto e nell'esposizione alle radiazioni UV artificiali, si devono applicare prodotti con un fattore di protezione solare elevato (almeno LSF 30, meglio 50+) nelle parti del corpo che non possono essere protette altrimenti.

#### 4.2.2 Pulizia della pelle

La rimozione rapida e accurata di sostanze sensibilizzanti e irritanti per la pelle può prevenire l'insorgenza di lesioni cutanee. Dall'altra parte, qualunque metodo di pulizia rappresenta potenzialmente un'ulteriore fonte di irritazione per la pelle. Occorre pertanto adottare metodi che siano meno dannosi possibile.

Come prodotti per la pulizia della pelle, sono disponibili saponi e detergenti sintetici. Il metodo di pulizia deve essere adattato al grado di sporco. Per determinati lavori, che comportano ad esempio un elevato grado di sporco resistente all'acqua, esistono appositi detergenti (come quelli per vernici e resine sintetiche), anche questi, però, con potenziale effetto irritante sulla pelle (essiccante, abrasivo), per cui devono essere utilizzati in modo mirato e non più volte al giorno durante il processo di lavoro. I solventi organici sono assolutamente inadatti alla pulizia della pelle!

Anche asciugare la pelle dopo la pulizia richiede attenzione: per motivi di igiene, in genere si utilizzano asciugamani di carta monouso o asciugatori ad aria.

#### 4.2.3 Cura della pelle

L'applicazione regolare di prodotti per la cura della pelle, specie dopo il lavoro, favorisce e accelera la naturale rigenerazione della barriera cutanea e contrasta la secchezza della pelle. Al termine del lavoro, dopo la pulizia, bisogna ripristinare la necessaria idratazione ed elasticità della pelle. Lo stesso vale già durante le pause di lavoro, in caso di lavaggio o disinfezione frequenti delle mani. A tale scopo si utilizzano creme per la cura della pelle ad azione nutriente e idratante.

I datori di lavoro sono obbligati a mettere a disposizione del loro personale prodotti per la protezione, la pulizia e la cura della pelle. Sul sito [www.sapros.ch](http://www.sapros.ch) è disponibile un'ampia gamma di tali prodotti.

#### 4.2.4 Igiene personale

Nei lavori che implicano un contatto con fuliggine, catrame, pece di catrame, olio esausto e sostanze simili o in caso di esposizione ad aerosol, l'igiene personale è molto importante. Gli indumenti da lavoro devono essere cambiati regolarmente e puliti spesso, le docce vanno usate ogni giorno dopo il lavoro.

#### 4.3 Profilassi medica

Per le persone con anomalie costituzionali, è preferibile evitare lavori che comportano specifiche sollecitazioni per la pelle. Ciò vale in particolare per le persone con diatesi atopica, principale fattore predisponente per l'insorgenza di dermatiti, come pure per coloro che soffrono di psoriasi. Se in passato si è sofferto di dermatite da contatto o di dermatite atopica delle mani, occorre verificare come evitare recidive attraverso un'adeguata protezione della pelle. Quando si usano irritanti per la pelle, le persone con diatesi atopica hanno un rischio maggiore e anche più grave di contrarre una dermatite da contatto. Di conseguenza, devono adottare regolarmente misure di protezione della pelle sul posto di lavoro.

Se la dermatite atopica delle mani è preesistente, o se la si è contratta in passato, iniziare un lavoro a rischio per la pelle, in ambiente umido e con uso di irritanti, rappresenta senz'altro un problema.

Nelle visite mediche di assunzione, i test cutanei non sono ancora diffusi e vengono effettuati solo in caso di fondato sospetto di allergie da contatto preesistenti.

Nella profilassi medica del lavoro della Suva, ad esempio, sono previste visite mediche di assunzione e di controllo nell'industria chimica, che comprendono l'esame della pelle. In determinati settori, anche le persone con pericolo pregresso legato al contatto con catrame e pece di catrame o all'esposizione cronica al sole durante il lavoro vengono sottoposte a visite mediche con esame della pelle.

# 5 Statistica delle malattie cutanee professionali

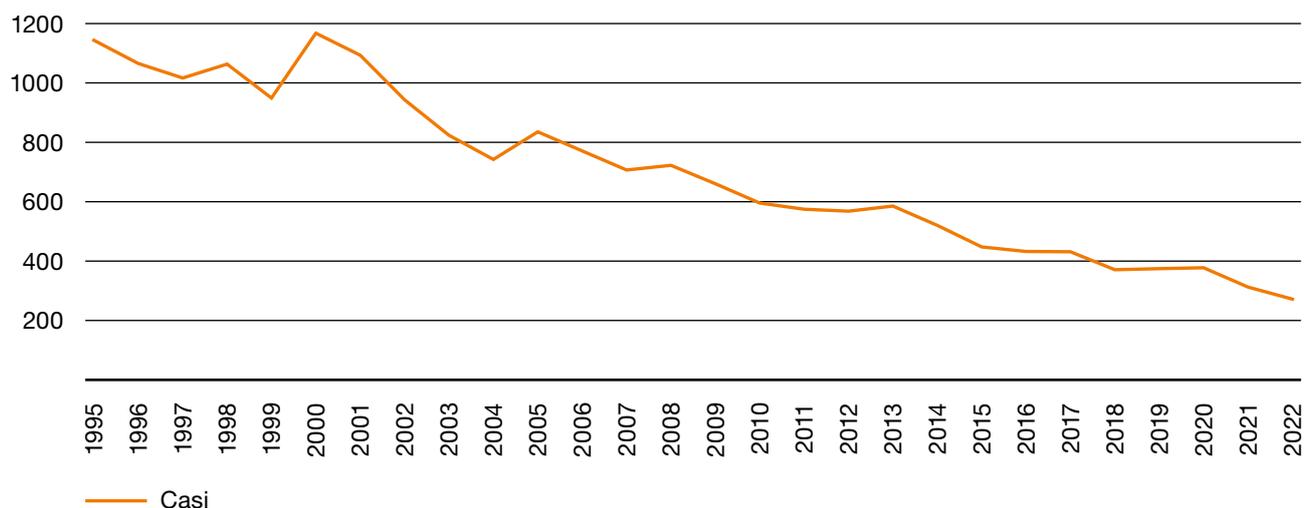
Circa un sesto di tutte le malattie professionali riguarda la pelle. In termini assoluti, i numeri erano significativamente più alti in passato. Oltre l'80 per cento di tutte le dermatosi professionali è costituito da dermatiti allergiche o irritative da contatto. Le dermatiti da contatto di origine professionale sono anche il motivo più frequente alla base di

una decisione di inidoneità (cfr. cap. 6). I grafici che seguono rappresentano le malattie professionali riconosciute secondo i dati di tutti gli assicuratori LAINF.

Fonte: Servizio centrale delle statistiche dell'assicurazione contro gli infortuni, SSAINF.

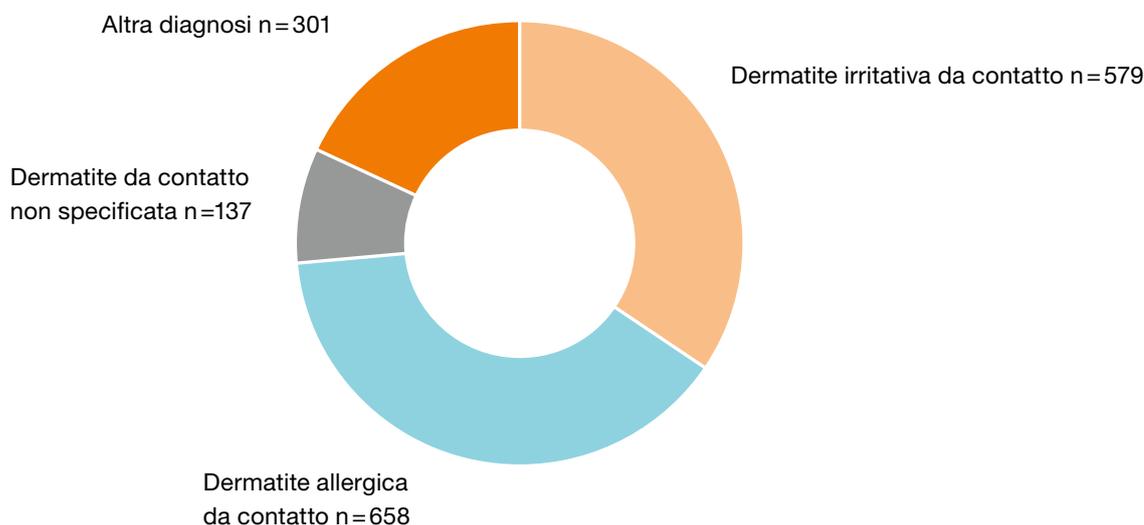
## Evoluzione delle malattie cutanee professionali 1995–2022

Tutti gli assicuratori LAINF



## Diagnosi delle malattie cutanee riconosciute come malattie professionali 2018–2022

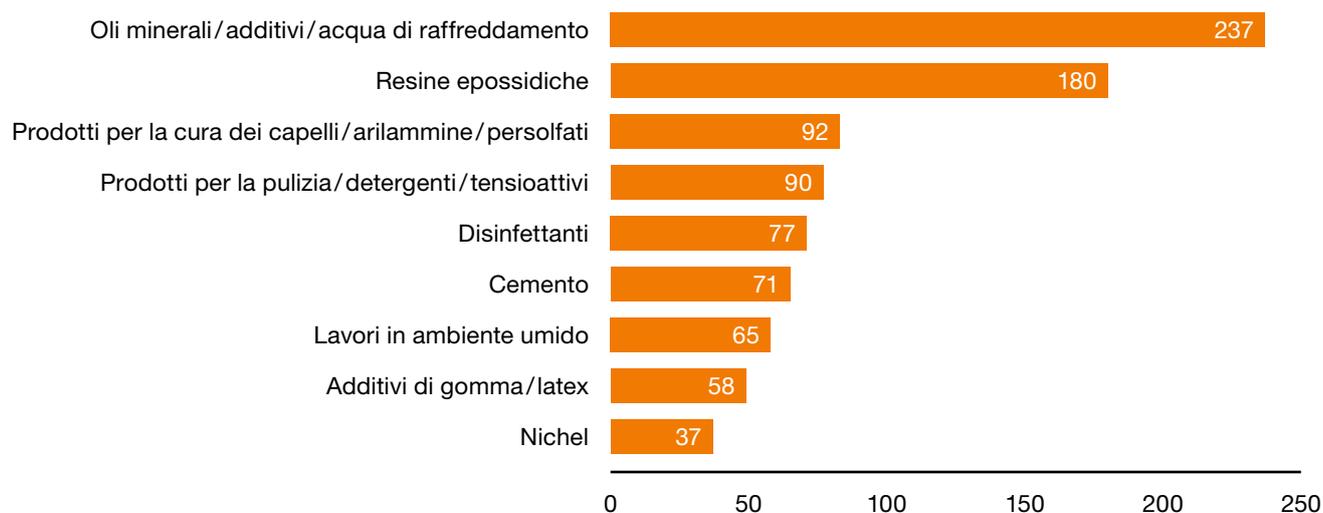
Tutti gli assicuratori LAINF



---

### Cause più frequenti delle malattie cutanee professionali 2018–2022

Tutti gli assicuratori LAINF



---

### Cause più frequenti delle dermatiti allergiche da contatto di origine professionale 2018–2022

Tutti gli assicuratori LAINF



# 6 Aspetti di diritto assicurativo

## 6.1 Indennità per dermatosi professionali

L'indennità per dermatosi professionali è disciplinata nella Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

### Definizione di dermatosi professionale

Sono dermatosi professionali quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale (art. 9 cpv. 1 LAINF). L'elenco di tali sostanze e lavori nonché delle malattie di origine professionale provocate figura nell'Allegato 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF).

Sono considerate dermatosi professionali anche altre malattie cutanee di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo affatto preponderante dall'esercizio dell'attività professionale (art. 9 cpv. 2 LAINF).

### Inizio di una dermatosi professionale

Una malattia professionale è considerata insorta quando la persona interessata necessita per la prima volta di cura medica o è incapace di lavorare (art. 9 cpv. 3 LAINF).

### Indennità per menomazione dell'integrità

In determinate circostanze, alla persona alla quale è stata riconosciuta una dermatosi professionale può essere assegnata un'indennità per menomazione dell'integrità, a condizione che la dermatosi sia durevole. Ciò significa che, anche dopo un periodo di tempo appropriato dalla cessazione dell'esposizione nociva sul lavoro e nonostante un adeguato trattamento dermatologico, la dermatosi è ancora presente.

Le lesioni cutanee giustificano l'assegnazione di un'integrità per menomazione se la loro gravità corrisponde almeno alla perdita di un dito o di un alluce (cfr. integrità per menomazione dell'integrità secondo la LAINF, tabella 18: [www.suva.ch/2870-18.i](http://www.suva.ch/2870-18.i)).

Tuttavia, non è semplice valutare la gravità, ad esempio nel caso di un eczema cronico delle mani.

A tale proposito, per accertare il diritto all'indennità per menomazione dell'integrità, possono fungere da riferimento i criteri di seguito indicati:

- presenza di ragadi;
- disturbi della crescita delle unghie;
- marcata atrofia cutanea in seguito ad applicazione pluriennale di corticosteroidi topici;
- pregiudizio permanente della motricità fine e dolore da fissurazioni e ipercheratosi;
- minore resistenza della pelle delle mani esposte anche a sostanze debolmente irritanti nella vita quotidiana (ad es. netta recidiva dell'eczema in seguito a brevi contatti con l'umidità nelle attività di cucina e/o pulizia, di cura del corpo e conseguente incapacità di esercitare tali attività);
- contatti ricorrenti non evitabili con allergeni nella vita quotidiana in seguito a sensibilizzazione correlata al lavoro, con conseguente recidiva dell'eczema.

## 6.2 Esclusione di persone in pericolo

L'Ordinanza sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali (OPI, artt. 78-89) disciplina l'esclusione di lavoratori dall'esercizio di attività pericolose. Ciò significa che queste persone non possono più essere impiegate per tali lavori.

### Presupposto

I lavoratori possono essere esclusi in modo temporaneo o permanente dall'esercizio di un'attività pericolosa se la prosecuzione di tale attività comporta una seria minaccia per la loro salute. La Suva si pronuncia sull'esclusione emettendo una decisione di inidoneità.

**Consulenza individuale**

Prima di emanare la decisione di inidoneità, la Suva informa le persone interessate in merito alla portata pratica dell'esclusione. Inoltre, indica loro gli organismi cui può rivolgersi per cercare un lavoro sostitutivo adatto ed eventualmente per il reinserimento/la riqualificazione professionale. La Suva mette anche a disposizione una consulenza personale.

**Indennità giornaliera di transizione**

Le persone interessate possono chiedere all'assicurazione competente un'indennità giornaliera di transizione se l'esclusione cagiona loro, a breve termine, gravi difficoltà economiche. Tale indennità viene corrisposta per un massimo di quattro mesi.

**Indennità per cambiamento d'occupazione**

A determinate condizioni, le persone interessate hanno diritto a un'indennità per cambiamento d'occupazione. Se le loro possibilità di guadagno rimangono considerevolmente ridotte nel lungo termine, possono farne richiesta presso l'assicurazione infortuni competente. L'indennità per cambiamento d'occupazione viene corrisposta per un massimo di quattro anni.

# 7 Bibliografia, altre informazioni, immagini

## 7.1 Pubblicazioni mediche

Barbaud A, Poreaux C, Penven E, Waton J. Occupational protein contact dermatitis. *Eur J Dermatol*. 2015 nov-dic; 25(6): 527-34

Berufliche Hautmittel: Hautschutz, Hautpflege und Hautreinigung zur Prävention von Handekzemen (AWMF Online: S2k-linea guida in fase di preparazione)

Bircher A.J. et al.: Ekzeme in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med. Forum* 2017; 17(25): 538-543

Zuberbier T. et al.: The international EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy* 2022; 77(3): 734-66

Guillod C. et al. : Aktuelle Praxis des allergischen Kontaktekzems. *Derm. Hel.* 2017; 29 (2): 18-28

Johansen J.D. et al. (Eds.) *Contact Dermatitis*. 6th. Ed. Springer Nature Cham, 2021

John S.M. et al. (Eds.): *Kanerva's Occupational Dermatology*. 3. ed. Springer Nature Switzerland Cham 2020 (nuova edizione 2025)

Lukacs J., Schliemann S., Elsner P.: Occupational contact urticaria caused by food – systematic clinical review. *Contact Dermatitis* 2016, 75(4): 195-204

Rast H., Bircher A.: Begutachtung von Berufsdermatosen aus Sicht des Unfallversicherungsträgers in der Schweiz: In: Szliska Ch. et al.: *Berufsdermatosen*, Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, München-Deisenhofen (2006)

Thyssen P.J. et al.: Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2022; 86(5): 333-441

Turcu V. et al: Dermatoses professionnelles: démarche diagnostique pluridisciplinaire et outil de dépistage au cabinet. *Rev Med Suisse* 2022; 18: 1322-1328

## 7.2 Informazioni e offerte della Suva

Protezione della pelle sul lavoro, opuscolo: [www.suva.ch/44074.i](http://www.suva.ch/44074.i)

Protezione della pelle: così evitate lesioni e malattie cutanee, pagina web contenente tutti i supporti informativi della Suva sulla protezione della pelle: [www.suva.ch/protezione-pelle](http://www.suva.ch/protezione-pelle)

Medicina del lavoro e malattie professionali, pagina web contenente molte informazioni e documentazione sulle malattie professionali: [www.suva.ch/medicina-del-lavoro](http://www.suva.ch/medicina-del-lavoro)

Sapros. Mercato online dei prodotti di sicurezza, in particolare guanti di protezione e prodotti per la protezione della pelle: [www.sapros.ch](http://www.sapros.ch)

## 7.3 Immagini

- 2mani.ch (foto di copertina)
- Keystone, science photo library, Dr. P. Marazzi (foto 1, 4, 6)
- Keystone, science photo library, mid essex hospital services NHS trust (foto 3)
- Keystone, science source (foto 2)
- Getty Images (foto 5)

Ringraziamo per i diritti di utilizzo.

### Indirizzo di corrispondenza

Suva, Divisione medicina del lavoro  
Casella postale, CH-6002 Lucerna

## Il modello Suva I quattro pilastri



La Suva è più che un'assicurazione perché coniuga prevenzione, assicurazione e riabilitazione.



Le eccedenze della Suva ritornano agli assicurati sotto forma di riduzioni di premio.



La Suva è gestita dalle parti sociali: i rappresentanti dei datori di lavoro, dei lavoratori e della Confederazione siedono nel Consiglio della Suva. Questa composizione paritetica permette di trovare soluzioni condivise ed efficaci.



La Suva si autofinanzia e non gode di sussidi.

**Suva**  
Casella postale, 6002 Lucerna

**Informazioni**  
Divisione medicina del lavoro  
Tel. 058 411 12 12  
servizio.clienti@suva.ch

**Ordinazioni**  
[www.suva.ch/2869-11.i](http://www.suva.ch/2869-11.i)

**Titolo**  
Le malattie cutanee professionali

**Autore**  
Dott. med. Hanspeter Rast  
PD dott.ssa med. Sibylle Schliemann

Riproduzione autorizzata, salvo a fini commerciali, con citazione della fonte.  
Prima edizione: febbraio 1974  
Edizione rivista e aggiornata: agosto 2025

**Codice**  
2869-11.i (disponibile solo in formato PDF)

