

Dermopatia professionale

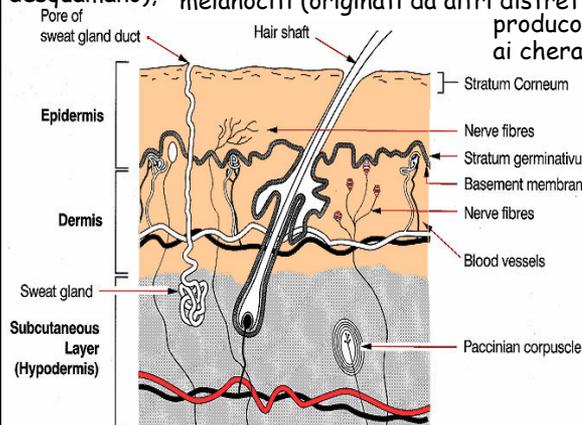
"patologia cutanea causata da o espressa come risultanza di fattori primitivamente associati all'ambiente di lavoro".

Tre i criteri diagnostici:

1. La patologia cutanea deve essersi sviluppata per la prima volta durante una attività lavorativa presumibilmente associata con quel tipo di patologia;
2. La patologia migliora in maniera evidente se il paziente si allontana dall'attività lavorativa e subisce una recrudescenza al ritorno al lavoro (test arresto-ripresa positivo);
3. Dovrebbe essere possibile individuare nell'ambiente lavorativo un agente etiologico plausibile collegabile all'insorgenza della patologia cutanea.

La cute è un organo bersaglio a diretto contatto con l'esterno e le sue aggressioni; per comprendere il substrato anatomico delle lesioni che da questa interazione ne derivano, occorre far riferimento ad alcuni aspetti della biologia cutanea.

Epidermide - cellule rinnovabili, che formano un epitelio stratificato, attraversato dai dotti ghiandolari (ghiandole sudoripare) e munito di follicoli piliferi con le relative ghiandole sebacee. E' separato dal derma dalla membrana basale, priva di cellule che consente gli scambi nutritizi. Tre tipi di cellule: cheratinociti (originati dallo strato germinativo basale, producono cheratina, divengono anucleati e quindi desquamano), melanociti (originati da altri distretti e presenti nello strato basale producono melanina, che viene trasferita ai cheratinociti e che assorbe la luce



solare, proteggendo dalle radiazioni ultraviolette) e cellule di Langerhans (di origine midollare, appartenenti al sistema immunitario).

Derma - tessuto connettivo molto vascolarizzato e ricco di capillari linfatici e fibre nervose.

Il collagene e le fibre elastiche sono responsabili delle proprietà tensili della pelle.

Ipoderma- lobi adiposi separati da tralci fibrosi. Il grasso sottocutaneo si comporta come un sistema isolante, che separa i visceri dall'ambiente esterno, lasciando al sistema vascolare (attraverso le variazioni del flusso sanguigno) la funzione di regolazione degli scambi calorici.

La cute come barriera

approfondimento

Lo strato corneo dell'epidermide costituisce la zona "barriera" verso i fattori esterni nocivi, siano essi di natura fisica, chimica o biologica.

Esso è ricoperto a sua volta da una pellicola superficiale costituita da un film di sebo emulsionato dal sudore e dai prodotti di decomposizione dello strato corneo.

Lo strato corneo è una barriera bidirezionale:

- da una parte si oppone all'evaporazione massiva di liquidi dagli strati viventi sottostanti;
- dall'altra sbarrata la strada, entro certi limiti, alle sostanze presenti nell'ambiente esterno.

L'epidermide palmare e plantare sono molto più spesse di quelle dorsali; per cui oppongono una marcata resistenza alla penetrazione della maggior parte delle sostanze nocive presenti nell'ambiente.

Lo strato corneo possiede anche un ruolo di protezione meccanica. La sua estensibilità dipende dallo stato igrometrico e dalla temperatura dell'aria.

Un'atmosfera più secca si accompagna alla diminuzione della quantità d'acqua dello strato corneo con diminuzione della sua estensibilità. Quest'ultima inoltre diminuisce quando la temperatura si abbassa.

La cute oltre che le citate funzioni di barriera e protezione meccanica, svolge anche processi di assorbimento, secrezione (escrezione), funzioni metaboliche (tra cui la biotrasformazione di diversi composti e la sintesi della vitamina D), immunologiche (tra cui la produzione del fattore di attivazione dei timociti o ETAF), termoregolazione, pigmentogenesi, ed altre ancora.

L'assorbimento percutaneo

approfondimento

Alcune sostanze chimiche attraversano molto facilmente l'epidermide intatta in parte per il fatto che la presenza di ghiandole sebacee e sudoripare consente l'assorbimento di sostanze idro e liposolubili. Così a volte possono verificarsi casi di tossicità più o meno severa anche ad epidermide intatta o solo un poco irritata.

La penetrazione percutanea di una sostanza dipende da numerosi fattori, legati alla sostanza stessa, alle modalità di contatto ed alle caratteristiche individuali ed ambientali:

1. Sostanza

- a. Concentrazione (permeabilità direttamente proporzionale alla concentrazione)
- b. Veicolo (eccipiente) nel quale la sostanza è disciolta e modalità di applicazione
- c. Caratteristiche dei composti (chimico-fisiche, PM, azioni farmacologiche)

2. Modalità di contatto

- a. Tempo di contatto
- b. Sede di contatto:

2. Estensione della zona interessata

Zone a maggior permeabilità (scroto, cuoio capelluto, fronte, regione retroauricolare)

Alterazioni cutanee → aumento considerevole della penetrazione di alcune sostanze (alterazioni dello strato corneo meccaniche, infiammatorie, irritative)

3. Variabili individuali

- a. Età (lo strato epidermico può assottigliarsi o ispessirsi; aumentano i legami tra le catene delle fibre collagene, con variazioni delle proprietà tensili, e diminuiscono le fibre elastiche; la cute diventa più permeabile e diminuiscono le funzioni barriera; la vascolarizzazione si riduce e con essa la capacità di termoregolazione).
- b. Sesso (sesso femminile maggiormente suscettibile)
- c. Livello culturale
- d. Diatesi atopica (la cute del soggetto atopico è tendenzialmente secca e iperreattiva)
- e. Pigmentazione cutanea
- f. Stati patologici predisponenti: cutanei (psoriasi, iperidrosi, lichen planus...) e sistemici (immunodeficit)
- g. Uso di mezzi di protezione individuale (DPI e loro caratteristiche).

4. **Modalità d'impiego:** utilizzo per tempi lunghi dei DPI con effetto occlusivo incrementa il contenuto in acqua del corneo, ne previene l'evaporazione con conseguente maggiore permeabilità cutanea alle sostanze idrosolubili (pianta del piede vulnerabile per via dell'occlusione operata dalle scarpe)

5. Variabili ambientali: Temperatura ed Umidità

- a. Basse temperature e basso tasso di umidità: diminuzione del contenuto di acqua dallo strato corneo, la cute diviene secca e meno elastica, andando facilmente incontro a formazione di ragadi e fissurazioni.
- b. Alte temperature ed alto tasso di umidità: aumenta l'igroscopicità cutanea che facilita l'ingresso di sostanze idrosolubili.

DERMOPATIE PROFESSIONALI = tutte le affezioni cutanee in cui agenti o circostanze proprie dell'ambiente di lavoro costituiscono in tutto o in parte il fattore determinante per l'insorgenza e l'evoluzione del quadro patologico.

Circa la metà delle malattie professionali è a carico della cute e di queste circa il 90% sono eczemi da contatto su base irritativa o allergica.

DERMOPATIE PROFESSIONALI

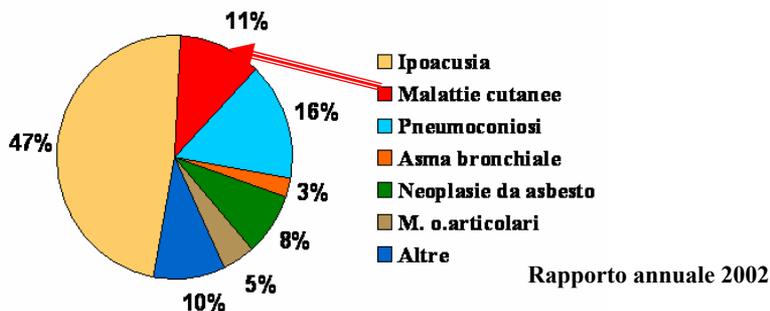
220 milioni di giorni lavorativi persi in un anno su 25 milioni di lavoratori

Costo annuale

Italia Indennità + assistenza sanitaria > 6 milioni di EURO

USA Indennità + assistenza sanitaria + riduzione produttività
22 - 800 milioni US\$

Malattie professionali tabellate nell'industria denunciate all'INAIL nel 2002



MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE PER TIPO DI MALATTIA - TUTTE LE GESTIONI ANNI MANIFESTAZIONE 2005-2009

TIPO MALATTIA	2005	2006	2007	2008	2009	Var. % 2009/2005
TOTALE MALATTIE PROFESSIONALI	26.787	26.826	28.856	29.939	34.646	29,3
di cui:						
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	8.767	10.050	11.394	12.971	17.620	101,0
Malattie cutanee	1.161	973	892	767	726	-37,5

DERMATITI DA CONTATTO

Dermatite da contatto è un'affezione infiammatoria cutanea superficiale ad evoluzione acuta, subacuta o recidivante, che insorge per esposizione a cause esterne di natura chimica, fisica o biologica.

Le dermatiti vengono suddivise in base al meccanismo patogenetico, in forme irritative e allergiche

Dermatiti Irritative Da Contatto = DIC

Dermatiti Allergiche Da Contatto = DAC

Le DIC sono la forma più frequente (80% dei casi) anche se molte sostanze possono risultare contemporaneamente irritanti e sensibilizzanti.

La prevalenza di dermatiti nella popolazione generale è ~ 2,4%

Le donne sono a maggior rischio (minor spessore epidermide, maggior esposizione ad irritanti e sensibilizzanti) risk ratio di 2,3 rispetto ai maschi.

Le dermatiti professionali insorgono nelle sedi più esposte cute delle mani:

inizio ☞ ☞ ☞ ☞ ☞ spazi interdigitali,

estensione ☞ ☞ ☞ ☞ dorso della mano e alle dita, meno

frequentemente il palmo

estensione ☞ ☞ ☞ ☞ in direzione prossimale all'avambraccio

Le lesioni non hanno generalmente carattere di specificità e si configurano come **macule, papule, vescicole, pustole.**

Anche tempi di insorgenza, modalità di evoluzione, possibile remissione con la sospensione del lavoro e tipologia degli xenobiotici aiutano a definire la **natura professionale** della malattia.

Spesso purtroppo le manifestazioni cutanee della DC riproducono in vari modi tutto il classico spettro della semplice infiammazione della cute e quindi i vari quadri sono raramente patognomonici.

DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (DAC)

Rappresenta circa il 20% di tutte le dermatiti da contatto. Essa rappresenta una risposta specifica di ipersensibilità ritardata di tipo IV, cellulo-mediata ad un agente etiologico specifico.

Come tale, richiede **un periodo di sensibilizzazione** e si verificherà in **individui** che sono **geneticamente predisposti** a reagire ad un particolare antigene; una volta che il sistema immune sia sensibilizzato, la reazione allergica avverrà ogni volta che il pz. sarà riesposto a quella determinata sostanza. Questo tipo di reazione ha in genere una latenza di 12-48 ore e può persistere dopo una singola esposizione per 7-21 giorni prima di risolversi.

Una continua e persistente esposizione può portare alla cronicizzazione del quadro cutaneo che può durare anche per settimane a dispetto della rimozione dell'allergene.

Lesioni: eritema ed edema, vescicolazione e successiva essudazione sierosa per rottura delle vescicole, con formazione di croste e desquamazione.

Sintomatologia: prurito, talvolta con lesioni da grattamento.

Zone colpite: dorso delle mani, le facce flessorie degli avambracci, il palmo delle mani, il dorso dei piedi, le palpebre.

Le lesioni possono estendersi o generalizzarsi, in quanto di solito non sono limitate alla superficie di contatto con l'agente lesivo.

Il quadro può **cronicizzarsi** con fenomeni di ipercheratosi; può inoltre **complicarsi** con sovrapposizione di infezioni batteriche o micotiche.

La risposta eczematosa dipende da una reazione allergica individuale che si verifica solamente in alcuni dei soggetti esposti.

I fattori che contribuiscono allo sviluppo di DAC sono:

- preesistenti condizioni cutanee come tagli o graffi, nei quali le sostanze allergeniche possono facilmente introdursi;
- natura chimica della sostanza, quantità e concentrazione durata e frequenza di esposizione;
- resistenza cutanea (in genere aumenta con l'età);
- fattori ereditari;
- fattori ambientali: calore, umidità;

Agenti allergizzanti

Nichel: è utilizzato in **galvanoplastica per la nichelatura** degli accessori metallici e rientra nella composizione di numerose **leghe metalliche** utilizzate per la manifattura dei gioielli, orologi, chiavi.

Le categorie a rischio sono i **lavoratori dell'industria metalmeccanica e di quella automobilistica**, dell'industria tessile, i parrucchieri (forbici placcate con nichel), gli impiegati, i cassieri (contatto con monete)

Cobalto: carta, vernici, inchiostro, prodotti tessili, tinture, materie plastiche, colle, cuoio conciato, fotografia, cosmetici, shampoo, disinfettanti, alcol denaturato e alcune candeggine. Le categorie a rischio sono pittori, imbianchini, parrucchieri, lavoratori dell'edilizia

Sostanze del gruppo para: sono sostanze caratterizzate da un anello benzenico con un gruppo aminico in posizione para. **Parafenilendiammina** ed altri **coloranti** presenti nelle **tinture per capelli, tessili e per il cuoio**. Sono esposti **parrucchieri ed estetisti**, addetti nell'**industria tessile e del pellame**.
Allergia crociata con sulfamidici e pirazolonici.

Agenti allergizzanti

Balsamo del Perù: cosmetici, brillantine, lozioni per capelli, profumi, tabacchi, manufatti odontotecnici.. Le categorie danneggiate sono i dentisti e gli odontotecnici e nuovamente tutti coloro che si occupano di estetica.



**Myroxylon balsamum L.,
Famiglia pianta: Fabaceae
(Leguminosae)**

Agenti allergizzanti

Colofonia o pece greca: derivata dalla distillazione delle resine di varie conifere è largamente usata nell'industria per il collaggio della carta, la fabbricazione di saponi, vernici, mastici, pece da calafataggio, cerotti, colle, inchiostri, mobili e parquet, materiali utilizzati, fra gli altri, da imbianchini e pittori. Si utilizza per isolamenti elettrici, come disossidante nella saldatura a stagno e nell'industria tessile per ottenere stoffe non sgualcibili. Viene inoltre utilizzata per ottenere l'attrito dell'archetto sulle corde degli strumenti ad arco (violin rosin),



residuo solido della distillazione delle resine di varie conifere (pini, abeti, larici ecc.) eseguita per ricavarne l'essenza di trementina. Si presenta in masse di color giallo più o meno carico, vetrose, fragilissime e facilmente polverizzabili..



Tiourami e carbammati: utilizzati come **fitofarmaci** e **acceleranti** nella **produzione della gomma bianca**.

Resine sintetiche epossidiche e formaldeidiche, i materiali acrilici in uso nell'industria della **plastica**, responsabili della patologia anche tra gli **odontotecnici** e di riflesso anche nei portatori di alcuni tipi di protesi dentarie.

Spezie e aromi, oli essenziali, coloranti alimentari e in generale alcuni cibi (zucchero, farina, agrumi e la loro buccia, verdure)

Prodotti chimici utilizzati per la pulizia degli ambienti e gli smacchiatori

La **gomma** (i guanti sono la fonte per eccellenza) e i **saponi** per l'igiene personale. In questo caso gli ambiti lavorativi coinvolti vanno da quello delle pulizie, a quello estetico e a settori come quello dei meccanici e del personale medico

APTENI (DAC)	ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE
Cromo	Cemento, cuoio, detersivi, oli da taglio, antiruggine
Cobalto	Cemento
Nichel	Galvanoplastica, leghe, detersivi, fibbie, lampo, chiavi
Sostanze gruppo para	Tinture, coloranti fibre tessili, cosmetici, gomma
Carbammati e tiuramici	Gomma, fitofarmaci
Resine sintetiche	Epossidiche: _isolanti elettrici, vernici, adesivi. Formaldeidiche: tessili, collanti per legno
Oli minerali (colofonia, formaldeide, trietanolamina, ecc)	Lubrificanti, refrigeranti

La **diagnosi** si basa su:

- anamnesi
- tipo e sede di lesione,
- rapporto cronologico tra esposizione e lesioni,
- positività del patch-test.

Prevenzione:

- evitare il contatto o limitarlo tramite la pronta detersione
- uso di DPI, etc.

Orticaria da contatto

lesioni di tipo eritemato-pomfoide estese rispetto alla zona di contatto.

L'orticaria è sostenuta da una sensibilizzazione IgE mediata.

Gli agenti responsabili sono molteplici: alimenti, sostanze vegetali, cosmetici, farmaci, detersivi, manufatti contenenti lattice naturale.

In queste forme la diagnosi si avvale dei test cutanei o della ricerca delle IgE specifiche per l'antigene nel siero.

DERMATITE IRRITIVA DA CONTATTO (DIC)

È un'affezione cutanea prodotta da agenti **chimici, fisici o biologici** che causano lesioni con **meccanismo diretto** e nella **sede del contatto**.

La risposta cutanea al contatto dipende dal grado di aggressività delle sostanze, dalla sua concentrazione e dal tempo di esposizione.

Le lesioni possono essere di tipo eritemato-vascolare, eritemato-bollose, eritemato-cheratosico, ulcerative.

Agenti chimici oltre 25.000 sostanze in grado di produrre ustioni chimiche

Agenti fisici

microtraumatismi e sfregamenti ripetuti (azione cheratogenetica)

stimoli elettrici ripetuti (azione coagulante)

stimoli termici (precipitanti e coagulanti)

stimoli radianti (radiazioni luminose, raggi X)

Agenti biologici

Agenti urticanti animali: processionaria, meduse, lombrichi

Agenti urticanti vegetali: ortica, aglio, cipolla, fico, cactus, primula

Agenti chimici

Gli **acidi forti** (cloridrico, fluoridrico, nitrico, solforico, acetico, cromico, ecc.) provocano la distruzione delle cellule epidermiche ed eventualmente dei tessuti dermici sottostanti determinando ustioni chimiche.

Gli **alcali** saponificano i lipidi del film di superficie, dissolvono le sostanze dello strato corneo che trattiene l'acqua, spezzano i legami trasversali delle molecole di cheratina e provocano il rigonfiamento delle cellule. Gli alcali forti sono necrotizzanti e provocano ustioni chimiche. Esempi: soda caustica, ammoniaca, cemento, la calce, il silicato di sodio, il fosfato trisodico, le amine (indurenti di resine epossidiche).

I **solventi organici** dissolvono il film lipidico di superficie e le sostanze dello strato corneo che trattiene l'acqua provocando modificazioni fisico-chimiche delle membrane cellulari. A titolo di esempio: idrocarburi aromatici (xilolo, toluolo), idrocarburi clorati (cloro benzene, esacloro benzene, tri e tetracloroetilene, tetracloruro di carbonio), gli alcoli (metanolo, etanolo, isopropanolo), glicoli (etilenglicole o propilenglicole), esteri (acetato di etile), i chetoni (acetone o metiletilchetone), trementina, solfuro di carbonio.

Detergenti, agenti emollienti, tensioattivi, emulsionanti dissolvono il film lipidico di superficie e le sostanze dello strato corneo che trattengono l'acqua; denaturano le proteine e modificano le proprietà fisico-chimiche delle membrane cellulari.

Agenti chimici

Gli **oli solubili** vanno gradualmente sostituendo nelle industrie i vecchi oli minerali. Sono emulsioni olio/acqua.

Sono utilizzati come oli di taglio, raffreddamento, lubrificazione, trivellazione, molatura, ecc.

Nelle industrie sono chiamati normalmente **acqua bianca**.

Essi sono irritanti il più delle volte a causa dei loro **additivi**: agenti tensioattivi, antiossidanti, anticorrosivi e antisettici.

Gli **agenti ossidanti** (perossido di benzoile, persolfato d'ammonio) sono fortemente **citotossici**.

L'**acqua** non è irritante per la pelle sana mentre, essendo ipotonica, ha potere citotossico sulle cellule epidermiche **se l'uso di solventi organici o detergenti ha dissolto il film di protezione lipidico**.

Alcuni **gas** hanno azione irritante sulla cute ad esempio l'**ossido di etilene**, responsabile di numerose dermatiti da contatto irritative in ambiente ospedaliero.

I lavoratori a rischio sono quelli che manipolano agenti chimici o si espongono ad agenti fisici, biologici senza adeguata protezione cutanea.

Sono particolarmente a rischio di DIC i **lavoratori edili** e gli addetti a **lavori insudicianti** (operazioni con carbone e grafite, pulitura e rifacimento di camini, ciminiere, filtri, uso di olii lubrificanti e da taglio, lavorazioni della gomma, produzione ed inscatolamento del pesce in salamoia, addetti ai mattatoi, asfaltatori, stivatori, netturbini).

DERMATITI DA CONTATTO

Prevenzione

PRIMARIA Rimozione fonti di rischio o riduzione esposizione
misure igieniche che impediscano o limitino il
contatto con la cute

SECONDARIA Sorveglianza sanitarie e diagnosi precoce

Noxae extralavorative

- Riesposizione al lavoro
- Hobbies
- Seconda occupazione
- Noxae domestiche
- Simulazione

DERMATOSI ACNEIFORMI (o follicolitiche)

Lesioni che interessano l'apparato pilosebaceo dovute all'azione meccanica (irritante non allergica) di alcune sostanze che **occludono i follicoli piliferi**. Si verificano nella quasi totalità dei soggetti esposti.

Le zone di lesione sono quelle di **contatto** e le manifestazioni comprendono **comedoni, papule, pustole, ipercheratosi del pelo, noduli follicolari e perifollicolari**, etc. Di solito si presentano sul dorso delle mani, sugli avambracci, sulla faccia anteriore delle cosce, al volto, etc. La sintomatologia è rappresentata da bruciore, dolore localizzato.

Tra le sostanze che provocano dermatosi acneiformi sono:

- cloroderivati dei fenossiacidi (erbicidi)
- cloro-naftaline (isolanti elettrici nei condensatori)
- oli minerali da taglio, della nafta, del petrolio (metalmeccanica, officine meccaniche, macchine raffreddate con oli, industria tessile, etc.).

Le lesioni sono determinate

- dall'azione diretta delle sostanze lesive sulla cute,
- dall'azione indiretta delle stesse assorbite per via inalatoria o gastroenterica ed eliminate attraverso la cute.

Un esempio di questa seconda modalità è data dall'**acne clorica o cloracne**.

L'acne clorica si verifica per inalazione di: idrocarburi aromatici clorosostituiti, cloroderivati organici del fenolo, della diossina, della naftalina. È localizzata al volto e superficie estensoria degli avambracci. Ha decorso subcronico e non guarisce al cessare dell'esposizione.

Sabato 10 luglio 1976.

Alle 12.40, il reattore B dell'ICMESA di Meda, stabilimento chimico impiegato nella produzione di esaclorofene, esplose

Nel processo si produceva triclorofenolo, che sopra i 156 gradi si trasforma in 2,3,7,8-tetracloro-dibenzodiossina (Tcdd), una diossina particolarmente tossica. Quel giorno, per un incidente in un reattore, la temperatura era salita fino a 500 gradi



Secondo la IARC la diossina è un cancerogeno. Il Tcdd in particolare è pericoloso anche in piccole dosi, e la quantità totale fuoriuscita dalla fabbrica di Seveso, (300 grammi secondo le prime informazioni), oggi è stimata intorno ai 15-18 Kg.

Così l'area circostante è stata contaminata dal Tcdd, che può causare tumori e danni gravi al sistema nervoso, a quello cardiocircolatorio, al fegato e ai reni. Inoltre riduce la fertilità e, nelle donne incinte, può provocare malformazioni al feto e aborti spontanei.

http://www.epicentro.iss.it/leggere/pdf/Seveso_PG.pdf

www.arealocale.com



Incremento di neoplasie del tessuto linfatico ed emopoietico.

Incrementi della mortalità per malattie circolatorie, di malattie croniche ostruttive dei polmoni e di diabete mellito fra le donne.

Gli effetti immediati sulla popolazione sono stati evidenti soprattutto da un punto di vista dermatologico: già dopo due giorni sono comparsi i primi casi di cloracne, una malattia di cui è documentata la correlazione con la diossina. Oggi il numero di casi di cloracne è salito a 193.

Dermopatie da fibre di vetro e altri aerodispersi: nelle lavorazioni che comportano esposizione a fibre di lana di vetro possono verificarsi dermatiti papulari da ostruzione degli osti dei dotti pilosebacei. Compaiono alle mani, alla superficie volare dell'avambraccio e al collo.

Dermatiti per esposizione a cristalli di carbonato come nel caso di lavorazione di farine e mangimi animali, di polvere di cemento, di scorie di fusione delle fonderie contenenti ossidi di silicio, alluminio, calcio e fluoruri.

GRANULOMI DA CORPO ESTRANEO: silicio, berillio, talco, asbesto, peli, schegge metalliche, fertilizzanti, spine di piante, etc.

DERMATOSI DA AGENTI BIOLOGICI

Lesioni di origine batterica: erisipela, carbonchio, brucellosi, tularemia, TBC cutanea, etc. (macellai, guardiacaccia, allevatori, etc.).

Lesioni di origine virale: Herpes simplex, afta, pox-virus, papova-virus, etc. (personale sanitario e laboratoristi).

Lesioni di origine micotica: tinea, candida, etc. (lavoratori in ambienti umidi)

Lesioni di origine parassitaria: scabbia animale, cercarie, etc. (agricoltura, boscaioli, etc.).

TUMORI CUTANEI PROFESSIONALI

In molte attività lavorative la cute può essere esposta all'azione di agenti cancerogeni o cocancerogeni sia di natura chimica che fisica.

Sono neoplasie di origine epiteliale e comprendono le cheratosi papillomatose, gli epiteliomi spino- e basocellulari. Spesso si instaurano su precedenti lesioni causate dai cancerogeni stessi (come le radiodermite, la melanodermite da idrocarburi policiclici aromatici).

Qualità di vita

In medicina è stato introdotto il concetto di

"QoL correlata alla salute (HRQoL)"

definita come

"L'insieme degli aspetti qualitativi della vita dell'individuo correlabili ai domini della malattia e della salute e pertanto modificabili dalla medicina"

Questionari specifici

1. Sintomatologia (prurito, dolore, frustrazione, imbarazzo, depressione)
36-61%
2. Attività lavorative
39% grave interferenza → 23 - 82% cambiano o modificano il tipo di lavoro
43% interferenza
3. Attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, lavori domestici, riposare, shopping, passeggiare, hobbies)
23 - 45% interferenza
44% disturbi del sonno

4. Relazioni sociali (attività sociali, relazioni con amici, familiari)

19 - 44% difficoltà a comuni relazioni sociali
18% in ambito familiare (riportati casi di divorzio)

5. Genere ed età

> impatto sul sesso femminile (**depressione**)
(problematiche estetiche, più elevata considerazione salute)

Età: risultati contrastanti

6. Gravità del quadro

→ alla maggiore gravità severità della malattia
corrisponde ↓ QoL

Studio multicentrico SIDAPA 2007-2008 Impatto della DC sulla QoL

Aspetti
psicologici

Disagio 42,6%
Irritazione/nervosismo 42,5%
Imbarazzo 36,8%
Tristezza/depressione 21,4%

Aspetti
socio-economici

Lavoro manuale 55,6%
Bilancio economico 28,3%
Paura di perdere il lavoro 19,3%