

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

In collaborazione con:

SOCIETÀ SCIENTIFICHE



PAZIENTI E CONSUMATORI



Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Board scientifico

- **Giorgio Walter Canonica**
Professore Straordinario presso Humanitas University
- **Mario Di Gioacchino**
Past President della Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC)
- **Maria Concetta D'Ovidio**
Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), INAIL
- **Sandra Frateiacchi**
VicePresidente di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv e Presidente dell'Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare (ALAMA-APS)
- **Paolo Mascagni**
Coordinatore del Comitato scientifico dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Nicola Murgia**
Dipartimento di Scienze dell'Ambiente e della Prevenzione, Università di Ferrara.
- **Adriano Papale**
Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), INAIL
- **Pietro Antonio Patanè**
Presidente dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Mario Picozza**
Presidente di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv
- **Sara Porro**
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Furio Truzzi**
Presidente di Consumers' Forum
- **Luigi Visintin**
Tesoriere di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv e Presidente dell'Associazione Nazionale Genitori Eczema Atopico e Allergia Alimentare (ANGEA)

Sommario

Abstract	4
La Rinite Allergica: “patologia comune, costosa e negletta”	5
Epidemiologia	5
Prevalenza della Rinite Allergica	5
Il peso della patologia su una popolazione in termini di disabilità, costi sociali ed economici	7
Trattamento	8
Comorbidità	8
Le allergie professionali respiratorie	9
Il ruolo del medico competente	11
Bibliografia	13
Proposte	14

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Abstract

Le allergie respiratorie rappresentano oggi una delle principali sfide per la sanità pubblica a livello globale. Si tratta di malattie in costante aumento, che colpiscono in misura significativa non solo la salute dei cittadini, ma anche i sistemi sanitari e le economie nazionali.

Tra le forme più diffuse vi è la Rinite Allergica, una patologia comune, costosa e spesso trascurata. Recenti dati indicano un aumento dei casi, con stime fino al 40% della popolazione totale in alcune nazioni e circa 600 milioni di pazienti a livello mondiale. Tra le principali cause di questo incremento vi sono i cambiamenti climatici e l'inquinamento, che influenzano la durata delle stagioni di pollinazione e la sensibilizzazione allergica. In Italia la Rinite Allergica colpisce circa il 20% della popolazione generale, ma solo il 12% dei pazienti ha eseguito un test allergologico per confermare la diagnosi. Inoltre, circa il 50% dei pazienti non assume alcun farmaco e circa il 40% dei trattamenti è suggerito da amici o farmacisti.

Il trattamento farmacologico della Rinite Allergica si basa principalmente sugli antistaminici anti-H1, tradizionalmente suddivisi in prima e seconda generazione. I primi sono efficaci ma associati a effetti collaterali, tra i quali soprattutto la sedazione, con riduzione dell'attenzione e dei tempi di reazione. I secondi sono meglio tollerati e rappresentano quindi la scelta terapeutica preferenziale, ottimizzando efficacia clinica, sicurezza e qualità della vita. Una classificazione aggiornata distingue tre gruppi: antistaminici che non attraversano la barriera ematoencefalica, come bilastina e fexofenadina, privi di effetti sedativi clinicamente rilevanti; molecole con penetrazione limitata, come cetirizina e levocetirizina, che possono indurre sedazione lieve; e farmaci liposolubili, come difenidramina e ketotifene, associati a sedazione significativa e riduzione dei tempi di reazione.

La Rinite Allergica ha un impatto significativo sulla qualità della vita, influenzando molte attività quotidiane e causando una percezione elevata di gravità della malattia, spesso sottovalutata. L'impatto economico è notevole, includendo assenteismo, presenteismo e ridotta produttività scolastica e lavorativa, stimata tra 30 e 50 miliardi di euro all'anno soltanto in Europa.

In ambito professionale, la Rinite Allergica rappresenta una delle principali malattie respiratorie, sia a seguito di esposizioni occupazionali sia a causa di condizioni preesistenti che possono essere esacerbate dall'ambiente di lavoro. Per una precoce individuazione e gestione dei disturbi respiratori è fondamentale considerare la storia occupazionale dei lavoratori allergici e adottare un approccio multidisciplinare nella valutazione delle esposizioni, degli effetti e delle strategie di informazione, educazione sanitaria dedicata a pazienti e cittadini, formazione del personale sanitario e del mondo del lavoro pubblico e privato.

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria, se il Medico Competente nella sua anamnesi rileva l'uso di antistaminici che possono indurre sonnolenza, dovrebbe tenerne conto nella valutazione del lavoratore, soprattutto nelle mansioni ad alto rischio (come, ad esempio, la guida di mezzi, la conduzione di impianti pericolosi, il lavoro in quota) dove vigilanza, attenzione e prontezza di riflessi risultano fondamentali.

La Rinite Allergica: “patologia comune, costosa e negletta”

Così veniva definita la Rinite Allergica nel 2008 dalla rivista *The Lancet*, uno dei giornali medico-scientifici più impattati ed impattanti. I meccanismi che sottendono questa patologia riconoscono una genesi immunologica, dove le IgE identificano l'allergene e legandosi alle cellule effettrici (prevalentemente mastociti), che degranulano inducendo il rilascio di vari mediatori chimici, tra cui l'istamina. Tale mediatore risulta, certamente il più significativo nella fase immediata della reazione e nell'indurre i sintomi ben noti per quanto concerne la Rinite Allergica: secrezioni nasali, prurito nasale, sternali, scolo retronasale, ostruzione nasale.

Epidemiologia

Nel 2015 Wheatley & Togias riportavano, sul *NEJM-New England Journal of Medicine* (altra rivista prestigiosa) che la Rinite Allergica interessava tra il 15 ed il 30% della popolazione degli USA, segnalando tra l'altro la frequentissima comorbidità con l'Asma nella popolazione americana. Nella Figura 1, viene riportato un dato recente sulla prevalenza della Rinite Allergica nelle varie regioni del mondo, dimostrando picchi altissimi in Oceania e una prevalenza di circa il 20% nella popolazione in Europa.

Prevalenza della Rinite Allergica

La Rinite Allergica (RA) è una delle malattie croniche più comuni al mondo.

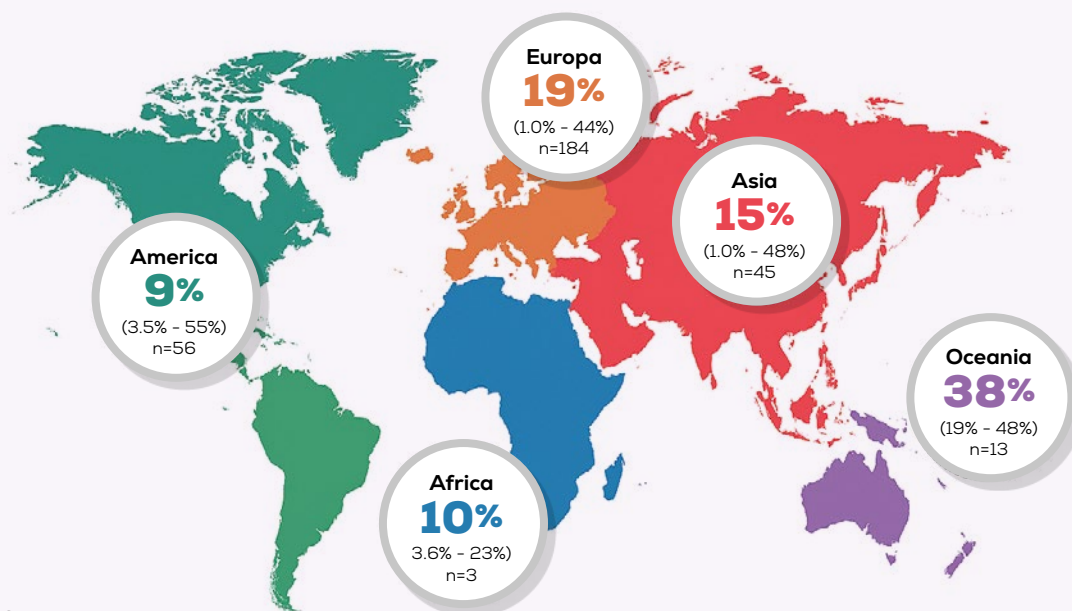


FIGURA 1
Savouré M, et al. *Clin Transl Allergy* 2022 Mar;12(3):e12130

In realtà questi dati di prevalenza vanno aggiornati, in quanto l'aumento di pazienti affetti da questa patologia è sostanziata da recenti pubblicazioni dell'India, ad esempio, che riferiscono prevalenze che arrivano al 40% della popolazione totale, e una recente pubblicazione (Savouré M. et al. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130) riporta una prevalenza in crescita con 600.000.000 pazienti nel mondo.

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Le maggiori cause riferite di questo aumento di prevalenza sono: cambiamenti climatici ed inquinamento. In Italia, in uno studio pubblicato nel 2010, che ha indagato il possibile ruolo del cambiamento climatico sulle stagioni di pollinazione e sulle sensibilizzazioni allergiche, per un arco di tempo di 27 anni (Ariano, Canonica e Passalacqua, *Annals of Allergy Asthma Immunol* 2010), i giorni di pollinazione della Parietaria, ad esempio, erano aumentate di oltre 90 giorni/anno. Facile quindi desumere l'impatto di questi mutamenti sull'esposizione dei pazienti e conseguentemente sulle manifestazioni cliniche che ne derivano.

A tal proposito è essenziale ricordare che per una corretta diagnosi e per una altrettanto corretta terapia bisogna avere molto chiaro le stagionalità polliniche nelle regioni in cui si opera e dove i pazienti vivono. In Cina un recente studio (Zhang *et al. Journal of Asthma and Allergy* 2024) ha fornito un esempio calzante delle diversità e degli impatti che i differenti allergeni hanno in differenti territori: Figura 2.

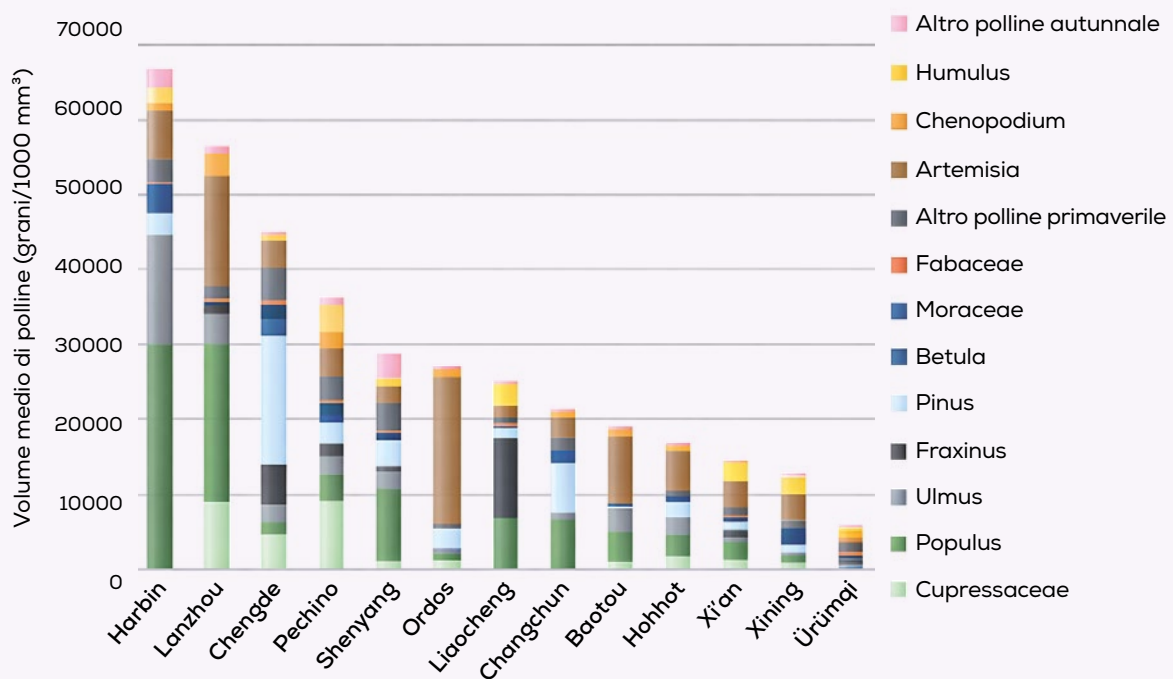


FIGURA 2

Il peso della patologia su una popolazione in termini di disabilità, costi sociali ed economici

La Rinite Allergica ha un sensibile impatto sulla Qualità di Vita del paziente, in quanto questa malattia influisce su molte sfere del quotidiano dei pazienti, come riassunto nello studio di Baena-Cagnani et al. WAO -World Allergy Organization Journal 2015.



FIGURA 3
Baena-Cagnani et al. WAO -World Allergy Organization Journal 2015.

Peraltro, è stato dimostrato che in Europa la Rinite Allergica persiste per tutta la vita del paziente nel 24% dei casi, costituendo quindi un disturbo impattante. Infatti, uno studio europeo (Canonica et al. *Allergy* 2007) ha rivelato che la percezione di severità di malattia è in oltre il 70% dei pazienti con Rinite Perenne a fronte di una sottovalutazione da parte dei medici. Tale dato è confortato da uno studio analogo (Shatz et al. *Allergy* 2007) eseguito negli USA, che ha confermato i dati europei. Questo a sottolineare una sottovalutazione da parte dei medici dell'impatto che la Rinite Allergica ha in realtà sui pazienti. È inoltre noto da tempo che la Qualità della Vita dei pazienti con Rinite Allergica peggiora con il perdurare della malattia; esiste infatti un parallelismo tra durata e decadimento della qualità della vita.

Dal punto di vista della valutazione economica dell'impatto della Rinite Allergica dobbiamo anche inserire Assenteismo e Presenteismo, che sono due capitoli importanti. Basti pensare alle evidenze scientifiche che dimostrano inequivocabilmente come la Rinite Allergica influisca negativamente sulla resa e sul superamento degli esami scolastici da parte degli studenti che ne sono affetti (Naclerio, Ansotegui, Canonica WAOJ 2024). Un dato che riassume il tutto: in Europa l'impatto negativo della Rinite Allergica sulla produttività lavorativa è stimata in 30-50 Miliardi di €/anno (Bousquet et al. *Nature Reviews Disease Primers* 2020).

Trattamento

Gli antistaminici anti-H1 vengono tradizionalmente classificati in due gruppi, le molecole di prima e seconda generazione. Al di là dell'effetto farmacologico ricercato, l'utilizzo clinico delle molecole di prima generazione è gravato da alcuni effetti collaterali ben noti: secchezza delle fauci, nausea, vomito, diarrea, stipsi, pollachiuria, disuria, ritenzione urinaria, aumento dell'appetito, tachicardia. A causa della elevata liposolubilità, gli antistaminici anti-H1 di prima generazione sono in grado, in particolare, di attraversare con facilità la barriera ematoencefalica e di interagire con i recettori del sistema nervoso centrale, inducendo più facilmente sedazione, sonnolenza, riduzione del livello di attenzione e dei tempi di reazione, comunemente considerati i più noti e temuti effetti collaterali.

Gli antistaminici di seconda generazione si sono dimostrati terapeutamente più efficaci e accompagnati da minori effetti collaterali, in particolare proprio di sedazione rispetto a quelli di prima generazione. Ciò per le loro caratteristiche lipofobiche che determinano minor capacità di superare la barriera ematoencefalica. Si prestano inoltre a maggior compliance da parte del paziente in quanto assunti in mono-somministrazione.

Una più recente classificazione degli antistaminici basata sulla loro occupazione dei recettori cerebrali dell'istamina prevede tre classi di molecole: gli antistaminici che non penetrano nell'encefalo (bilastina e fexofenadina), gli antistaminici non sedativi/poco sedativi (cetirizina, levocetirizina), gli antistaminici sedativi (difenidramina, ketotifene).

Gli antistaminici costituiscono nella realtà clinica il primo farmaco assunto dal paziente e proposto dal farmacista (Lombardi *et al. Asthma Research & Practice* 2015). È doveroso però segnalare quanto sia fondamentale astenersi dall'uso degli antistaminici di prima generazione che danno sedazione e quindi interferiscono pesantemente con la conduzione di vita del paziente.

Un altro aspetto che la ricerca italiana ha dimostrato già due decenni fa e che ha orientato in modo differente il trattamento della Rinite Allergica è stata la individuazione della *Flogosi Minima Persistente* (Ciprandi *et al. J. Allergy Clinical Immunol.* 1995). In breve: la Rinite Allergica è sottesa da una infiammazione indotta dalla reazione allergica prima descritta; ma tale infiammazione persiste anche in assenza dei sintomi della malattia. Questo ha condotto a un ripensamento sulla strategia terapeutica nel trattare il paziente, cioè se esiste esposizione all'allergene causale bisogna trattare il paziente anche in assenza di sintomi, come anche riportato da allora nelle Linee guida internazionali della Rinite (Compalati & Canonica *Clinical Experimental Immunology* 2009).

Comorbidità

Nel 2000 fu coniato il termine e il concetto di UAD-*United Airways Disease* (Passalacqua & Canonica, *Thorax* 2000) a significare la valutazione globale del paziente alla luce della coesistenza pressoché costante di patologia delle alte (Rinite Allergica) e basse vie respiratorie (Asma Bronchiale), il che chiaramente comporta sia una corretta e completa valutazione clinico/diagnostica del paziente sia una terapia coordinata. Tra le altre comorbidità la più frequente è l'Ocutorinite Allergica, anch'essa trattata primariamente con antistaminici e con colliri topici.

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Non esiste una frequenza di comorbidità con Orticaria Cronica, patologia con una prevalenza di oltre 1 milione di pazienti, prevalente il sesso femminile, e che conta almeno un episodio/nella vita di circa il 20% della popolazione. L'Orticaria Cronica viene trattata secondo le Linee guida internazionali, in prima istanza, con antistaminici di nuova generazione, con alte dosi se necessario.

Le allergie professionali respiratorie

Le allergie professionali respiratorie sono associate a numerose esposizioni ambientali di diversa natura, tra cui biologica e chimica, nei luoghi di lavoro *indoor* e *outdoor*. Tra le patologie allergiche respiratorie, la Rinite e l'Asma sono tra quelle più rappresentative, sia a seguito di esposizioni in ambiente di lavoro che di condizioni preesistenti che possono essere esacerbate a seguito di esposizioni occupazionali.

Tra gli effetti delle allergie respiratorie vanno considerati gli impatti negativi sulla qualità di vita e sulla produttività. Alcuni studi riportano che l'ambiente di lavoro contribuisce in maniera sostanziale al carico globale delle allergie con circa il 17% per i casi di Asma e con circa 11 milioni di giornate lavorative perse in individui affetti da rinosinusite cronica. L'Asma e la Rinite occupazionale sono anche importanti co-morbidità che possono interessare prevalentemente alcune categorie di lavoratori con percentuali variabili tra 5-31%.

Recenti stime dell'*European Environment Agency* (EEA 2024) suggeriscono che le malattie respiratorie croniche legate all'attività lavorativa siano diminuite nell'UE-27 negli ultimi due decenni, ma solo di meno del 10%. La loro prevalenza continua a essere molto più elevata negli uomini che nelle donne, sebbene anche tale differenza sia diminuita. Comunque, alcune malattie respiratorie croniche legate al lavoro non mostrano segni di diminuzione nell'UE, tra queste l'Asma correlata al lavoro per la quale nella maggior parte dei Paesi dell'EU non si osserva un netto calo (EU-OSHA, 2023). In Europa, tra le malattie respiratorie, l'Asma correlata al lavoro è quella più comune, con un'associazione al lavoro che si ritiene rappresenti circa il 15% di tutti i casi di Asma in età adulta. Una riacutizzazione grave di Asma su sette è collegata all'esposizione lavorativa (*European Lung Foundation*, 2024)

La banca dati statistica dell'INAIL, consultabile anche *online* (<https://www.inail.it/portale/it/attivita-e-servizi/dati-e-statistiche/banca-dati-statistica.html>), riporta che nel quinquennio 2020 - 2024 le malattie respiratorie riconosciute sono risultate al quarto posto del totale delle tecnopatie dell'INAIL dopo le malattie del sistema muscoloscheletrico, le malattie del sistema nervoso e le malattie dell'orecchio (ipoacusia da rumore). Nell'ambito delle malattie professionali definite della Banca Dati Statistica INAIL riguardante il Totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto dello Stato), aggiornata al 30 aprile 2025, sono riportate nell'Analisi per Settore ICD-10 e Anno di protocollazione, le Malattie del sistema respiratorio (J00-J99) negli anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024. Tra le malattie sono considerate "Altre malattie delle alte vie respiratorie (J30-J39)" e le "malattie croniche delle basse vie respiratorie (J40-J47)". Tra quelle delle alte vie respiratorie il numero è maggiore per la Rinite Allergica non specificata con un totale sui 5 anni di 38. Riguardo le malattie delle basse vie respiratorie, l'Asma preminentemente allergico 119 sui 5 anni. In dettaglio, negli ultimi 2 anni (2023-2024) è stato osservato un aumento significativo delle certificazioni di Asma professionale pervenute all'INAIL.

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Le malattie respiratorie (esclusi i tumori polmonari, i mesoteliomi e le malattie infettive respiratorie) registrate nel sistema di sorveglianza MALPROF (malattie segnalate alle ASL nel periodo 2018-2022 da tutte le 18 Regioni partecipanti alla rete MALPROF) sono il 2,85% del totale delle malattie con nesso causale positivo. Tra queste sono predominanti le Pneumoconiosi, seguite come frequenza dalle Bronchiti Croniche e dall'Asma (**Tabella 1**).

Tabella 1

MALPROF - numero di segnalazioni con nesso globale positivo 2019-2022 per malattia	Frequenza	Percentuale sul totale delle malattie professionali	Percentuale sulle malattie professionali dell'apparato respiratorio
Asma	99	0,19	6,7
Bronchite Cronica ostruttiva e altre Bronchiti Croniche	121	0,23	8,1
Asbestosi	362	0,69	24,3
Placca Pleurica	536	1,02	36,0
Silicosi	147	0,28	9,9
Altre Pneumoconiosi	30	0,06	2,0
Polmoniti da ipersensibilità a polveri organiche (Alveolite allergica estrinseca)	21	0,04	1,4
Altre affezioni polmonari da agenti esterni	20	0,04	1,3
Rinite Allergica	23	0,04	1,5
Polipo e altre malattie corde vocali e laringe	21	0,04	1,4
Altre malattie dell'apparato respiratorio	108	0,21	7,3
Totale delle malattie dell'apparato respiratorio	1.488	2,85	100,0
Malattie NON dell'apparato respiratorio	50.807	97,15	-
Totale	52.295	100,00	-

La distribuzione delle segnalazioni è differente tra le varie Regioni italiane. In particolare, i casi di Asma sono segnalati per la maggior parte da tre regioni (Lombardia, Toscana e Emilia-Romagna). Su questo dato possono verosimilmente incidere iniziative regionali di ricerca attiva, reti ambulatoriali, ecc.

Le segnalazioni con nesso causale positivo riguardano in modo nettamente prevalente il genere maschile con un rapporto M/F pari a 12,4/1 nel periodo. Tra gli uomini le malattie respiratorie professionali più frequenti sono l'Asbestosi, la Silicosi e le Bronchiti Croniche; tra le donne sono l'Asma, la Rinite Allergica, l'Asbestosi e i Polipi alle corde vocali.

Se si considera l'età dei lavoratori al momento della diagnosi, tra i più giovani prevalgono le patologie con più breve periodo di latenza, come le patologie allergiche: Asma e Rinite nella fascia di età 16-29 anni rappresentano rispettivamente il 42,1% e il 26,3% delle malattie respiratorie. È importante far emergere precocemente i casi di Asma e Rinite Allergica in quanto queste patologie colpiscono soprattutto i giovani, che nel caso possono essere indirizzati ad altra mansione, inoltre le diagnosi precoci di casi sentinella permettono spesso di diagnosticare altri casi (*cluster*) con sintomi subclinici e di eliminare/sostituire fattori rischio presenti nei cicli lavorativi. Le Pneumoconiosi sono invece presenti quasi esclusivamente nelle fasce di età più avanzate.

Per quanto riguarda la tipologia di malattia respiratoria per settore, il maggior numero di casi di Asma e Rinite Allergica è segnalato nell'industria alimentare. Un numero rilevante

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

di segnalazione riguarda anche i lavoratori del settore agricolo che rappresenta altresì il settore di rischio prevalente, come atteso, per le Alveoliti Allergiche estrinseche.

Per quanto riguarda la fonte di segnalazione delle malattie respiratorie, i Medici Competenti segnalano principalmente Asma, BPCO, Rinite Allergica e Silicosi, mentre sono di numero inferiore, in relazione alle altre fonti informative, le segnalazioni di patologie come l'Asbestosi e le Placche Pleuriche. Questo può essere spiegato, almeno in parte, con l'età dei pazienti al momento della segnalazione: la diagnosi di Asma avviene nella quasi totalità dei casi (98,5%) prima dei 60 anni, quindi in piena età lavorativa. Vi è invece uniformità dal punto di vista delle patologie segnalate dai medici di medicina generale.

È probabile che tali patologie possano essere sottostimate evidenziando l'utilità di promuovere una maggiore attenzione riguardante le allergie respiratorie professionali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha considerato, nell'ambito della Classificazione ICD (*International Classification of Diseases*), la revisione 11 (<https://icd.who.int/en>). La letteratura scientifica pone l'attenzione sulla ottimizzazione della classificazione degli allergeni sulla base dell'ICD-11 che inserisce gli "allergeni occupazionali" con una percentuale del 6.5% da riclassificare per adattarli all'ICD-11.

Oltre 8000 litri d'aria attraversano i polmoni ogni giorno. Pertanto, i polmoni sono tra gli organi più esposti ai cambiamenti ambientali e, in quanto tali, sono anche tra i più vulnerabili alle minacce ambientali. Poiché le condizioni ambientali sono influenzate dai cambiamenti climatici, si prevede che diventeranno sempre più rilevanti nel contesto del posto di lavoro e dei rischi per l'apparato respiratorio: il riscaldamento globale porta a variazioni e aumento dell'esposizione a polveri organiche composte da batteri, funghi, pollini e virus, oltre a frammenti di animali o piante, collegato allo sviluppo di molte malattie respiratorie; gli incendi boschivi, in aumento per il surriscaldamento ambientale, comportano effetti dell'inalazione di fumo su patologie preesistenti o di nuova insorgenza come l'Asma; dopo la pandemia da coronavirus SARS-CoV-2 l'uso di disinfettanti e prodotti per la pulizia è aumentato notevolmente e le proprietà irritanti e sensibilizzanti di questi agenti possono indurre/aggravare patologie respiratorie nei lavoratori.

Va, quindi, considerata la necessità di conoscere la storia occupazionale dei pazienti allergici, favorendo un approccio multidisciplinare per una gestione integrata delle malattie allergiche professionali con il coinvolgimento di professionalità diverse riguardo le esposizioni, gli effetti, le metodologie e le modalità di informazione, formazione e comunicazione e una attenta sorveglianza sanitaria che garantisca una precoce individuazione dei disturbi respiratori nella popolazione lavorativa.

Il ruolo del medico competente

Nella Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori, le patologie e le alterazioni che possono alterare lo stato di attenzione sono sempre state di primaria importanza per tutti quei rischi in cui i fattori di salute si intersecano profondamente con quelli della sicurezza. Le novità legislative degli ultimi anni hanno accentuato questa sensibilità e quindi sollecitato i Medici Competenti a una maggiore attenzione.

Sono molte le mansioni in cui è richiesto un perfetto stato di lucidità, di attenzione e di pronta risposta del lavoratore. Senza la pretesa di stilare un elenco esaustivo e a puro titolo esemplificativo, si possono includere tutte le attività che richiedano la guida di mezzi (treni,

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

gru, pullman, camion, macchine agricole, carrelli elevatori e transpallet con uomo a bordo, ecc.), la conduzione di impianti particolarmente rischiosi (chimici, di fonderia, di trasporto su linee automatizzate, manovrare carichi sospesi). Sono queste attività che vengono anche rubricate come “a rischio verso terzi” e sono giustamente gravate da controlli circa assunzione di stupefacenti, sostanze psicotrope ed alcol. In ogni caso, non vanno trascurate le attività a rischio per lo stesso lavoratore: lavoro in quota, lavoro in spazi confinati, attività in presenza di inquinanti, lavoro con uso di strumenti pericolosi.

Infine, va segnalata l'importanza dell'assunzione di farmaci nel lavoro intellettuale, sia esso manageriale, progettuale o speculativo, che interessa una porzione rilevante di popolazione lavorativa, potendo influenzare in modo negativo la performance lavorativa.

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria, se il Medico Competente nella sua anamnesi rileva l'uso di antistaminici che possono indurre sonnolenza, dovrebbe tenerne conto nella valutazione del lavoratore, soprattutto nelle mansioni ad alto rischio (come guida di mezzi, conduzione di impianti pericolosi, lavoro in quota) dove vigilanza, attenzione e prontezza di riflessi risultano fondamentali.

Bibliografia

- Ariano, R., Canonica, G. W., & Passalacqua, G. (2010). *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*.
- Baena-Cagnani, C. E., et al. (2015). *World Allergy Organization Journal*.
- Bernstein, D. I., Pacheco, K., & Lemiere, C. (2024). How allergists can perform an occupational history in every patient. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 12(8), 1951–1958. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.05.012>
- Bernstein, J. S., Ware, K., Zamora-Sifuentes, J., Poole, J. A., & Shusterman, D. (2026). Occupational rhinitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 46(1), 49–67. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2025.09.004>
- Bousquet, J., et al. (2020). *Nature Reviews Disease Primers*.
- Bousquet, J., Sousa-Pinto, B., Vieira, R. J., et al. (2025). Methodology for the development of the allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA)-EAACI 2024–2025 guidelines: From evidence-to-decision frameworks to digitalised shared decision-making algorithms. *Allergy*. <https://doi.org/10.1111/all.70100>
- Canonica, G. W., et al. (2007). *Allergy*.
- Ciprandi, G., et al. (1995). *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.
- Compalati, E., & Canonica, G. W. (2009). *Clinical and Experimental Immunology*.
- European Environment Agency. (2024, November 7). Occupational exposure and respiratory disease. Retrieved from <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/beating-chronic-respiratory-disease/occupational-exposure-and-respiratory-disease>
- Galván, C. A., Durán, R., & Quirce, S. (2026). A critical review of occupational asthma in the 21st Century work environment. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 36(5). <https://doi.org/10.18176/jiaci.1123>
- Kaawauchi, H., et al. (2019). Antihistamines for allergic rhinitis treatment from the viewpoint of nonsedative properties. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(213). <https://doi.org/10.3390/ijms20010213>
- Lombardi, C., et al. (2015). *Asthma Research & Practice*.
- Naclerio, R., Ansotegui, I., & Canonica, G. W. (2024). *World Allergy Organization Journal*.
- Passalacqua, G., & Canonica, G. W. (2000). *Thorax*.
- Passali, D., Bellussi, L. M., Damiani, V., Passali, F. M., Motta, G., & Ciprandi, G. (2020). The impact of allergic rhinitis in clinical practice: An Italian survey. *Acta Biomedica*, 91(1-S), 19–27. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1-s.9246>
- Sauré, M., et al. (2022). *Clinical and Translational Allergy*, 12(3), e12130.
- Shatz, M., et al. (2007). *Allergy*.
- Tanno, L. K., Briand, Y., Mary, M., Khan, D. A., Sublett, J. L., Corbett, M. L., et al. (2023). Optimization of the allergen classification of the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 151(6), 1655–1659.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.03.019>
- The Lancet. (2008). Allergic rhinitis: Common, costly, and neglected. *The Lancet*, 371(9630), 2057.
- Wheatley, L. M., & Togias, A. (2015). Clinical practice: Allergic rhinitis. *New England Journal of Medicine*, 372(5), 456–463. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1412282>
- Zhang, Y., et al. (2024). *Journal of Asthma and Allergy*.

Proposte

- 1. Alfabetizzazione sanitaria ed educazione al consumo consapevole**
Promuovere **interventi normativi**, campagne nazionali e strumenti divulgativi *ad hoc*, rivolti a **cittadini**, **studenti**, **lavoratori** (pubblici e privati, dipendenti e autonomi), sulle **allergie**, i **trattamenti disponibili** e il relativo **impatto sull'attenzione** (con particolare riferimento alla guida o all'uso di macchinari), per creare **consapevolezza** sulla patologia, sull'uso dei farmaci e sugli effetti indesiderati, coinvolgendo in modo sinergico **Istituzioni**, **Enti per gli infortuni** e la **sicurezza sul lavoro**, associazioni di **Pazienti e Consumatori**, **Medici del lavoro**, **Medici di Medicina generale** e **Farmacisti**.
- 2. Corsi di salute e sicurezza sul lavoro**
Integrare i **moduli formativi per la salute e sicurezza sul lavoro**, rivolti ai lavoratori, con contenuti relativi alle possibili interazioni di alcuni **farmaci** – inclusi gli antistaminici – sulla **capacità di concentrazione**, al fine di aumentare la consapevolezza sui rischi e promuovere comportamenti sicuri.
- 3. Visite mediche aziendali**
Valorizzare, durante le **visite di sorveglianza sanitaria del lavoratore**, le **domande specifiche** da parte del **medico competente** relativamente a eventuali **condizioni allergiche**, al fine di consentire l'emersione di eventuali allergopatie e di suggerire quindi un approfondimento specialistico in ambito allergologico e, di conseguenza, l'approccio terapeutico più appropriato, anche al fine di ridurre i possibili rischi legati alla mansione.
- 4. Packaging degli antistaminici**
Valutare la possibilità di inserire un **apposito pittogramma sulla confezione dei farmaci** – a partire da quelli per l'allergia – che segnali in maniera immediata al paziente l'influenza sulla capacità di guida e sull'utilizzo di macchinari (sul modello "no doping").
- 5. Monitoraggio statistico**
Nelle statistiche relative alle ragioni dell'**assenteismo dal lavoro per malattia e infortunio** e agli **incidenti stradali causati da sostanze**, promuovere la realizzazione di **focus** sui sintomi delle **allergie** e sull'assunzione di farmaci, in particolare antistaminici.

In collaborazione con:

SOCIETÀ SCIENTIFICHE



PAZIENTI E CONSUMATORI



Un'iniziativa di sensibilizzazione nata da un'idea di Opella Healthcare e sviluppata con il contributo di esperti e stakeholder indipendenti.
Segreteria Organizzativa: Cattaneo Zanetto Pomposo & Co.

Data di pubblicazione del documento: Febbraio 2026