

Una lombalgia... alcol-acido resistente

Issa El-Hamad^{1,2}, Carmelo Scarcella¹, Maria Chiara Pezzoli¹, Viviana Bergamaschi²

Abstract

We reported the case of a Pakistani young man, illegally residing in Italy, complaining for chronic backache. X-ray was negative, while the blood test revealed neutrophilic leukocytosis and an increase in inflammation markers. Tuberculin skin test was negative. He worsened despite of repeated cycles of analgesic therapy and fluoroquinolones. After 4 months a nuclear magnetic resonance suggested tubercular (TB) spondylitis whose etiology was confirmed by ex-juvantibus criteria. It is important to take TB in account when facing an immigrant suffering from backache, coming from a highly endemic area.

Keywords: migrant, tuberculosis, backache, sciatic neuritis, Pott's disease
An alcohol-acid resistant backache. CMI 2008; 2(1): 37-45

¹ Azienda Sanitaria
Locale di Brescia

² Dipartimento Malattie
Infettive, Spedali Civili
di Brescia

CASO CLINICO

Il Signor BSH è un uomo di 33 anni, originario del Pakistan, presente irregolarmente in Italia da circa 6 mesi. Giunge alla nostra osservazione per la prima volta, accompagnato da un parente che lo aiuta nella comunicazione, in quanto il paziente parla molto poco l'italiano e non conosce altre lingue oltre al suo idioma natio (urdu). Durante la raccolta dei dati anagrafici per la compilazione della cartella clinica, il paziente riferisce di non avere il permesso di soggiorno, di essere disoccupato e di vivere ospite da amici. È di religione islamica ed è celibe.

Da tempo non meglio precisato lamenta dolore in regione lombare ma, visto lo stato di clandestinità, non possiede la tessera sanitaria che gli permetta l'accesso alle cure del Medico di Medicina Generale (MMG) e non si è recato al Pronto Soccorso per paura di essere denunciato. Su consiglio di un amico, ha assunto un farmaco imprecisato, senza beneficio. La raccolta dell'anamnesi

non ha evidenziato nulla di significativo: il paziente non fuma e non assume alcol, non fa uso di droghe, segue una dieta islamica, non è mai stato ricoverato in passato e non ricorda di essere stato affetto da patologie degne di nota.

Perché descriviamo questo caso?

Per sensibilizzare il Medico di Medicina Generale verso una patologia relativamente frequente in particolari gruppi a rischio, tra cui figurano i soggetti immigrati che provengono da aree ad alta endemia tubercolare.

In un soggetto immigrato, la presenza di una sintomatologia spesso subdola e aspecifica, ma che perdura per un certo periodo di tempo, deve spingere il medico a considerare la tubercolosi fra le ipotesi diagnostiche, in modo da attivare tempestivamente tutte le indagini necessarie per escludere o meno questa patologia

Corresponding author
Dott. Issa El-Hamad
issa1957@libero.it

Domande da porre al paziente

- *Proviene da un Paese ad alta endemia tubercolare?*
- *Ha altri segni/sintomi, in particolare febbre, calo ponderale, sudorazioni notturne, tosse?*
- *È stato a contatto, anche nel suo Paese, con soggetti affetti da tubercolosi?*
- *È mai stato trattato per tubercolosi?*

Da alcuni giorni l'uomo lamenta una accentuazione delle artromialgie diffuse, ma presenti in particolare a livello lombare, che si irradiano fino in regione glutea destra, senza febbre né recenti traumi. L'esame obiettivo al momento della visita è sostanzialmente negativo. Viene quindi prescritta una terapia sintomatica con diclofenac sodico 75 mg 1 fl + tiocolchicoside 4 mg 1 fl im/die per 5 giorni, che il paziente esegue con qualche beneficio.

Dopo circa un mese si ripresenta a visita riferendo la ripresa della sintomatologia dolorosa, questa volta localizzata prevalentemente in regione glutea. L'esame obiettivo è essenzialmente invariato. Dopo aver eseguito una radiografia del rachide lombo-sacrale, che era risultata negativa, viene prescritta una terapia con FANS per os (ibuprofene cpr 400 mg) e una terapia topica (escina/eparina sodica/dietilamina salicilato gel 40 g 1%). A distanza di circa 10 giorni la sintomatologia permane invariata, il paziente riferisce una variabilità nella localizzazione del dolore, talvolta prevalente a livello lombare, talvolta in regione glutea, soprattutto a destra. Non presenta deficit neurologici né limitazione funzionale nei movimenti o nella deambulazione, obiettivamente non si evidenzia nulla di significativo. Il paziente riferisce di non essere stato a riposo in questo mese, nonostante le raccomandazioni mediche, in quanto ha la necessità di trovare lavoro. Viene nuovamente prescritta una terapia antidolorifica con ketorolac sale di trometamolo 10 mg 1 cpr x 2/die associata a un trattamento cortisonico (deflazacort 6 mg 1 cpr/die) per 5 giorni, con protezione gastrica. Gli viene consigliato il riposo domiciliare e nel frattempo gli vengono prescritti degli esami ematochimici di routine.

Dopo circa 15 giorni il paziente ritorna nuovamente a visita e riferisce un beneficio solo momentaneo del dolore, che si è riaccerbato dopo pochi giorni dal termine della terapia. Riferisce inoltre lieve calo ponderale e forse febbricola (descritta come sensazione

di freddo). Gli esami ematochimici, eseguiti dopo 3 giorni dall'inizio della terapia cortisonica, mostrano una leucocitosi neutrofila (GB 17.000 cell/mm³, neutrofilo 83,4% = 14.100 cell/mm³) e negatività degli esami per HIV, sifilide, epatite da HBV e HCV. Viene quindi eseguita la intradermoreazione secondo Mantoux, che a distanza di 72 ore risulta negativa (infiltrato di 7 mm. Negli immigrati da Paesi endemici per TB, la Mantoux è considerata positiva solo se l'infiltrato è uguale o superiore a 10 mm).

Visto il peggioramento del dolore lombare-gluteo, il paziente, dopo circa 5 giorni, si reca in Pronto Soccorso, dove esegue:

- Rx rachide lombo-sacrale: normale;
- visita internistica: nulla di significativo;
- visita urologica: nulla di significativo.

Viene dimesso con diagnosi di lombosciatalgia bilaterale e febbre, con l'indicazione di eseguire un trattamento con ketorolac sale di trometamolo 10 mg 1 cpr x 2/die e levofloxacina 500 mg 1 cpr/die per 5 giorni.

Dopo altri 15 giorni il paziente si ripresenta alla nostra attenzione: il quadro appare molto peggiorato, il paziente lamenta lombo-sciatalgia bilaterale, ha iniziale difficoltà nella deambulazione, l'esame obiettivo evidenzia una positività del segno di Lasègue a 45° bilateralmente e una dolorabilità alla digitopressione delle apofisi spinose di tutto il rachide lombare e della regione glutea bilaterale.

Domande da porsi

- *Devo procedere con esami più specifici quali la TAC o la RMN?*
- *Devo eseguire una radiografia del torace?*
- *Devo richiedere una consulenza infettivologica?*
- *Come e dove può essere assistito un immigrato clandestino?*

Viene inviato a visita ortopedica, che esegue dopo 4 giorni: lo specialista consiglia una radiografia del bacino, nuovi esami ematochimici e una terapia con aceclofenac 100 mg 1 cpr x 2/die per 7 giorni, che il paziente assume senza beneficio.

Dopo altri 12 giorni il paziente porta in visione i risultati degli accertamenti prescritti: la radiografia del bacino è normale e gli esami confermano la leucocitosi neutrofila (GB = 12.200 cell/mm³, neutrofilo 76,5% =

9.400 cell/mm³) con aumento degli indici infiammatori (VES = 58, PCR = 27,5). Alla visita il paziente appare molto sofferente, localizzando il dolore soprattutto in regione glutea, la deambulazione è molto difficoltosa e appare visibilmente dimagrito. Viene quindi prescritta una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) del rachide lombo-sacrale, che il paziente esegue dopo una settimana circa, con riscontro di un quadro compatibile con spondilite piogenica *versus* tubercolare. Il paziente viene subito ricoverato e, a distanza di circa 4 mesi dall'esordio della sintomatologia, viene posta diagnosi di spondilodiscite tubercolare (criterio clinico-radiologico) e iniziata una terapia specifica a 4 farmaci: rifampicina, isoniazide, pirazinamide, etambutolo. La radiografia del torace eseguita durante la degenza ha evidenziato un quadro polmonare di esiti specifici. A distanza di due mesi il controllo della RMN del rachide ha mostrato un miglioramento del quadro radiologico, accompagnato da un marcato miglioramento clinico.

DISCUSSIONE

Secondo i dati ufficiali più recenti gli immigrati regolari presenti attualmente in Italia sono circa 3.700.000 unità, a cui devono essere sommati gli immigrati irregolari che, secondo le diverse stime, ammontano almeno a circa 500.000 persone [1]. Nel complesso, quasi il 7% della popolazione italiana è attualmente costituita da immigrati provenienti da circa 190 Paesi diversi. Il fenomeno migratorio rappresenta una sfida difficile per i Paesi di approdo degli immigrati e la questione della salute degli immigrati costituisce, senza dubbio, uno dei nodi centrali della complessa tematica dell'immigrazione. La rapida affermazione della realtà multi-etnica nel nostro Paese ha comportato, inoltre, momenti di riflessione e interrogativi fondati sul rapporto che esiste tra salute e migrazione e sulle difficoltà, ma anche sulle potenzialità, della relazione tra operatori sanitari autoctoni e utenti stranieri [2].

Il fenomeno della migrazione è inoltre complesso e dinamico. Se nel corso dei primi anni '90 il flusso migratorio era essenzialmente proveniente dall'Africa sub-sahariana (Senegal, Ghana, Nigeria, ecc.), verso la fine degli stessi anni '90 ha interessato anche il lontano oriente (Pakistan, Sri Lanka, ecc.) per concentrarsi negli ultimi anni verso i Paesi dell'est europeo (Ucraina, Moldova,

Romania, ecc.) che attualmente rappresenta il flusso certamente più cospicuo. I dati disponibili a livello nazionale mostrano inoltre che anche il profilo demografico della migrazione sta rapidamente cambiando. Se un tempo il migrante era essenzialmente giovane e di sesso maschile, ora la proporzione di donne raggiunge quasi il 50% e anche la fascia di età adulta-anziana è rappresentata. I ricongiungimenti familiari inoltre favoriscono naturalmente una natalità locale delle coppie migranti, con tassi di fertilità certamente superiori a quello della popolazione italiana autoctona [1].

Per quanto concerne lo stato di salute degli immigrati, diversi *reports* e studi epidemiologici mostrano come le patologie che prevalentemente interessano gli stranieri siano strettamente connesse alle condizioni di vita, ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite. I dati sanitari evidenziano una fragilità sociale e una situazione di sofferenza sanitaria con malattie del disagio, infortuni sul lavoro e alcune patologie infettive prevenibili a larga diffusione anche nel Paese ospitante.

In sintesi, la patologia del migrante può essere classificata in tre categorie principali:

- **patologie di acquisizione nel Paese ospite** (80-90%): forme di tipo artritico-reumatico e simil-influenzali in senso lato, patologie cutanee associate alle condizioni di sovraffollamento e promiscuità abitativa, malattie del sistema genitourinario come le cistiti e le uretriti aspecifiche e lesioni traumatiche, essenzialmente ascrivibili a infortuni sul lavoro, incidenti stradali e, talvolta, a episodi di violenza;
- **patologia di adattamento-sradicamento** (3-6%): fortemente condizionate dal processo migratorio come evento stressogeno e dai successivi percorsi di transculturazione. Si tratta di patologie di tipo neuropsichiatrico e di alcune forme di malattie gastroenteriche (colon irritabile, gastriti, ulcere peptiche), inquadabili in un contesto di disagio non solo fisico e alimentare ma anche psicologico;
- **patologie infettive di rilievo o di importazione** (4-8%): malattie infettive generalmente a larga diffusione nei Paesi di origine e ormai scomparse nel nostro Paese, come ad esempio la malaria, la schistosomiasi e le filariosi. Limitate, ma ovviamente meritevoli di una particolare attenzione, sono alcune patologie infettive

come le infezioni sessualmente trasmesse (IST) e la tubercolosi, per la loro importanza epidemiologica e la potenziale trasmissibilità [3-6].

Il profilo sanitario della popolazione immigrata non permette, dunque, considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, che emerge dalle diverse esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale. Tuttavia, particolare attenzione, sia dal punto di vista diagnostico-terapeutico che preventivo, merita la tubercolosi, per le ovvie implicazioni che tale malattia può comportare sia in termini di Sanità pubblica che di potenziale diffusibilità [7].

Gli immigrati da Paesi ad alta endemia tubercolare rappresentano, nei Paesi occidentali, un ben definito gruppo di popolazione a rischio di tubercolosi (TBC) [8]. L'incidenza della tubercolosi in tali soggetti risulta maggiore rispetto alla popolazione autoctona e si attesta generalmente sui livelli propri del Paese di origine [9-11].

In Italia, secondo i dati del Ministero della Salute, il 32% del totale dei casi di tubercolosi notificati nel periodo 1999-2005 era rappresentato da soggetti stranieri, che hanno raggiunto il 43,7% dei casi nel 2005. Questo dato è sicuramente rilevante se si considera che gli immigrati presenti attualmente in Italia rappresentano circa il 7% della popolazione generale. Inoltre, mentre il numero di casi di TBC notificati in cittadini italiani ha mostrato un trend decrescente dal 1999 al 2005, i casi notificati negli immigrati sono in continuo e costante aumento [12].

Nei soggetti immigrati la TBC presenta delle caratteristiche peculiari rispetto alla popolazione autoctona. Innanzitutto si concentra in età giovanile, contrariamente a quanto si verifica nella popolazione autoctona [13]: in Italia il picco dei casi di TBC notificati in immigrati e italiani ha interessato soggetti di età compresa rispettivamente tra 25-34 e 55-66 anni [12]. Questo dato rispecchia le caratteristiche epidemiologiche della popolazione immigrata nei nostri Paesi, rappresentata in gran parte da soggetti in età giovane-adulta. Generalmente l'incidenza di tubercolosi negli immigrati è massima nei primi 5 anni successivi all'arrivo nel Paese ospite. In uno studio longitudinale effettuato negli Stati Uniti, l'incidenza di nuovi casi è scesa da 306/100.000 al momento dell'immigrazione a meno di 50/100.000 cinque anni dopo l'arrivo. In effetti nel quarto e

quinto anno si verifica solo il 10% di tutti i casi [14]. In uno studio retrospettivo dei casi di tubercolosi ospedalizzati presso la Divisione di Pneumologia di Sondalo nel periodo 1988-1993, il tempo medio trascorso tra l'arrivo e la diagnosi di tubercolosi è stato di 30 mesi [10]. Similmente, la mediana della durata del soggiorno in Italia dei casi di tubercolosi in immigrati presso il Consorzio Antitubercolare di Milano è risultata pari a 14 mesi e nel 75% dei casi inferiore a 24 mesi [9]. Tuttavia, studi recenti hanno evidenziato come le caratteristiche epidemiologiche della tubercolosi nel migrante siano in continua evoluzione, in particolare per quanto concerne la durata del periodo di tempo post-migrazione in cui il soggetto rimane a rischio di sviluppare una malattia tubercolare attiva. In uno studio condotto in Canada, solo il 40% dei casi di tubercolosi in immigrati è stato diagnosticato nei primi 5 anni dall'arrivo, mentre circa il 50% dei casi si è verificato a distanza di oltre 7 anni di permanenza nel Paese [15]; analogamente, uno studio condotto in Norvegia ha dimostrato come l'incidenza di tubercolosi in immigrati provenienti dall'Africa e dall'Asia fosse rispettivamente di 190 e 80 per 100.000 soggetti all'anno a distanza di 7 anni dall'arrivo nel Paese, tassi da 7 a 90 volte maggiori rispetto all'incidenza di tubercolosi nei soggetti autoctoni [16]. Probabilmente a determinare tali differenze intervengono altri fattori, tra cui la diffusione intracomunitaria della malattia e i rientri degli immigrati nei Paesi di origine.

Un altro aspetto importante riguarda i dati di prevalenza di cutipositività alla prova tubercolinica, indice di possibile infezione latente, che sono generalmente elevati negli immigrati al momento dell'arrivo nel Paese ospite, rispecchiando l'elevata circolazione del micobatterio nei Paesi d'origine [13]. Sulla base di questi dati si ipotizza che lo sviluppo della malattia sia la conseguenza, nella maggior parte dei casi, di riattivazione di pregresse infezioni latenti.

Le ipotesi concernenti i meccanismi di riattivazione dell'infezione tubercolare negli immigrati sono molteplici: si ipotizza il ruolo primario delle precarie condizioni socio-economiche di vita, l'emarginazione, le condizioni abitative poco igieniche, i cambiamenti dietetici e una continua situazione di stress emotivo.

Non può tuttavia essere trascurata l'ipotesi che una parte dei casi sia dovuta a trasmissione intracomunitaria a partire da casi bacilliferi,

soprattutto in condizioni di sovraffollamento. In uno studio, condotto in una comunità circoscritta di immigrati senegalesi a Brescia, i tassi di incidenza tubercolare in soggetti inizialmente tubercolino-positivi sono risultati simili a quelli di soggetti tubercolino-negativi [17]. Questa osservazione suggerisce una pari importanza, almeno nelle condizioni abitative della comunità studiata, delle forme di riattivazione di una pregressa infezione latente importata dal Paese d'origine e delle forme primarie di malattia acquisite *ex novo* contratte nel Paese ospite. Inoltre, diversi studi di biologia molecolare hanno dimostrato come la circolazione del micobatterio generalmente rimanga circoscritta all'interno delle stesse comunità di immigrati, con un rischio estremamente basso di diffusione alla popolazione autoctona [18-20].

Dal punto di vista sintomatologico, la tubercolosi non presenta nel soggetto immigrato differenze significative rispetto agli autoctoni. Tuttavia la presentazione radiologica dei casi di tubercolosi polmonare è caratterizzata, fra gli immigrati, da una maggior frequenza di forme cavarie che si associa, quindi, a una maggior proporzione di forme bacillifere. Fra gli immigrati, però, vi è anche una maggiore frequenza di forme extrapolmonari (EP) della tubercolosi. Poiché queste ultime non determinano alcun rischio di trasmissione, la contagiosità della tubercolosi nel soggetto immigrato non appare nel complesso aumentata rispetto alla popolazione autoctona.

Fra le localizzazioni extrapolmonari sono particolarmente frequenti quelle linfonodali superficiali e profonde, sebbene possano essere coinvolte praticamente tutte le sedi, in particolare il sistema muscolo-scheletrico, epato-splenico e cerebrale [21].

La **TBC muscolo-scheletrica** (MS) rappresenta in genere il 10% di tutti i casi di TBC EP, ma negli immigrati può arrivare anche fino al 35% dei casi [22]. È causata dalla disseminazione ematogena del germe conseguente all'infezione primaria, più raramente da diffusione linfatica. Accanto a un'alterazione del sistema immunitario tale da permettere la riattivazione di focolai quiescenti, sono stati chiamati in causa, come meccanismi patogenetici, anche fattori meccanici. I siti particolarmente colpiti sono:

- la colonna vertebrale (41% dei casi di TBC MS);
- le articolazioni sottoposte a carico, quali l'anca (13%) e il ginocchio (13%) (artriti TBC);

- altre sedi quali piede, gomito, costole, clavicola (36% dei casi, osteomieliti TBC extra-vertebrali).

La **TBC della colonna vertebrale** (morbo di Pott) colpisce in genere soggetti di giovane età (< 30 anni) [23]. Le sedi prevalentemente interessate sono le ultime vertebre lombari, quindi le vertebre lombo-sacrali, medio-toraciche e cervicali [24], coinvolgendo generalmente 2 o più vertebre contigue. L'infezione comincia a livello della parte antero-inferiore del corpo vertebrale a cui segue il riassorbimento del margine spesso del piatto vertebrale e successivamente il coinvolgimento con distruzione del disco intervertebrale e della vertebra contigua [22]. La distruzione del corpo vertebrale nel tratto anteriore provoca la deformazione a cuneo del corpo vertebrale con angolazione rispetto al corpo vertebrale adiacente e obliterazione dello spazio discale, responsabili dell'insorgenza di cifosi con prominenza spinale palpabile (gibbo) e il classico aspetto radiologico. L'essudato può penetrare attraverso i legamenti anteriori e, facendosi strada lungo loci di minore resistenza (ad es. muscolo psoas), può raggiungere siti distanti dalla vertebra iniziale (ascesso freddo), con formazione di ascessi paraspinali e dello psoas, con estensione alla superficie cutanea o ai tessuti adiacenti [22]. Dal punto di vista clinico, i sintomi legati alla localizzazione vertebrale (dolore locale e, in un 30% circa dei pazienti, paraplegia da compressione nervosa) sono frequentemente preceduti da una sintomatologia costituzionale (febbre, anoressia, calo ponderale, affaticabilità). Spesso, soprattutto nei pazienti immigrati di origine indiana, la febbre può essere l'unico sintomo [23]. A meno che non siano presenti contestualmente lesioni polmonari (presenti in circa la metà dei pazienti, anche se la malattia polmonare attiva è infrequente), ai fini diagnostici è critico un alto indice di sospetto. La diagnosi di certezza è esclusivamente batteriologica (biopsia ossea per esame colturale e istologico) [22]. Alla diagnosi presuntiva concorrono: anamnesi, presenza di fattori di rischio, test tubercolinico positivo (grande maggioranza dei casi), rilievi strumentali.

La RMN è considerata la modalità di *imaging* d'elezione nella diagnosi di spondilite TB, poiché è in grado di valutare il grado di distruzione ossea e l'estensione ai tessuti molli e alle strutture adiacenti (come il midollo spinale), differenziandone le cause (protrusioni discali, granulomi, pus, fibrosi). L'indagine TAC è invece superiore nell'evidenziare

le aree di calcificazione che non raramente si rilevano nei processi cronici tubercolari.

Dal punto di vista terapeutico, la spondilite TB si cura con la sola terapia medica; interventi chirurgici si rendono necessari solo in caso di instabilità della colonna vertebrale o di compressione midollare con deficit neurologici periferici [22].

Per quanto riguarda l'**approccio farmacologico**, bisogna tenere presente che la prevalenza di ceppi tubercolari resistenti ai farmaci specifici è più elevata nei soggetti immigrati: secondo i dati del database italiano SMIRA (*Italian Multicenter Study on Resistance to Anti-Tuberculosis drugs*), che ha raccolto i casi di tubercolosi e le relative resistenze farmacologiche ottenuti da 22 laboratori e 46 cliniche nel periodo 1995-1999, l'essere immigrato rappresentava uno dei fattori significativamente associati alla tubercolosi multiresistente [25]. È probabile che il fattore principale di selezione di resistenze nel soggetto immigrato sia la ridotta aderenza alle terapie e la provenienza da aree ad alta circolazione di micobatteri resistenti per l'inappropriata prescrizione della terapia antitubercolare (incongrua scelta del regime farmacologico oppure del dosaggio o della durata della somministrazione) nei Paesi di origine. Appare quindi giustificato, nella fase iniziale di trattamento di soggetti con TBC attiva, l'impiego di quattro farmaci (rifampicina, isoniazide, pirazinamide ed etambutolo). Particolarmente efficaci contro il micobattere risultano i fluorochinoloni, in particolare moxifloxacina, levofloxacina e gatifloxacina, che attualmente vengono considerati farmaci di seconda linea per il trattamento di casi di TBC resistente ai farmaci di prima linea. Per questo motivo i fluorochinoloni non dovrebbero essere somministrati in monoterapia nei soggetti immigrati col sospetto di tubercolosi attiva, per il rischio di selezionare resistenze farmacologiche [26]. Appare anche essenziale, per gli stessi motivi, limitare la somministrazione della chemioprolassi (monoterapia) a soggetti in cui sia stata accuratamente esclusa la presenza di malattia attiva.

Assistenza al paziente immigrato. Aspetti normativi

Un altro aspetto estremamente importante, in particolare per le ripercussioni a livello di sanità pubblica, è il **ritardo diagnostico**, ossia il tempo che intercorre tra l'insorgenza della sintomatologia e la diagnosi di

tubercolosi, in particolare contagiosa, negli immigrati. I risultati di studi nazionali mostrano tempi estremamente variabili in relazione alla diversa permeabilità delle strutture sanitarie alla popolazione straniera, ma in generale i ritardi diagnostici sono purtroppo ancora lunghi [27]. Ovviamente è essenziale, al fine di limitare la diffusione di forme tubercolari contagiose, ridurre i tempi diagnostici e favorire un largo e semplice accesso alle strutture sanitarie anche per gli immigrati irregolari, in conformità con la normativa sanitaria nazionale attualmente vigente. Infatti, l'assistenza sanitaria alle persone straniere presenti sul territorio nazionale italiano è regolamentata dalla Legge n. 40 del 6 marzo 1998 [28] poi confluita nel D.L. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" [29]; infine, lo stesso Decreto Legge del 9 settembre 2002 n. 195, (legge Bossi-Fini) ha mantenuto intatti gli articoli contenuti nelle precedenti leggi riguardanti l'assistenza sanitaria agli immigrati [30]. Le disposizioni di legge, che garantiscono il diritto all'assistenza per tutti i soggetti stranieri iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (stranieri regolarmente soggiornanti con regolari attività lavorative) e per i loro familiari disciplinano, al contempo, la tipologia di prestazioni sanitarie erogabili al soggetto straniero non regolarmente iscritto al Sistema Sanitario Nazionale. Il complesso di norme della citata legge in riferimento ai soggetti immigrati irregolari può essere riassunto sinteticamente nel seguente modo: agli immigrati irregolari presenti in Italia la normativa assicura, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortuni e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantite: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle regioni, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, la diagnosi e le cure delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Allo scopo di rendere più chiari i contenuti della normativa, la circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministro della Sanità stabilisce che per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pe-

ricolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti) [31]. È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso. Inoltre, pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai cittadini non iscritti, la normativa prevede che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con il cittadino italiano. L'accesso alle strutture sanitarie è garantito mediante l'assegnazione, ad opera del servizio che eroga la prestazione, di uno specifico codice regionale STP (Straniero Temporaneamente Presente), della durata di sei mesi, rinnovabile e valido su tutto il territorio nazionale.

Il codice STP deve essere utilizzato sia per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSN, sia per la prescrizione, su ricettario regionale, di prestazioni diagnostiche o di farmaci, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani. Lo stato di indigenza del soggetto viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi. Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne:

- le prestazioni sanitarie di primo livello;
- le urgenze;
- lo stato di gravidanza;
- le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.

L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme del soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano.

CONCLUSIONI

I dati disponibili mettono in evidenza un profilo sanitario generale del migrante in cui la patologia più frequente è quella non infettiva, da ricondursi essenzialmente alle condizioni di disagio climatico, abitativo e psicologico che gli immigrati vivono nel nostro Paese. Tuttavia, il riscontro di alcune patologie infettive di rilievo, come in particolare la tubercolosi, sottolinea la necessità di attuare misure concrete nel settore della prevenzione e dell'assistenza sanitaria. Gli immigrati rappresentano, nel nostro Paese, un ben definito gruppo a rischio per la tubercolosi, patologia endemica nei Paesi di origine ma ormai eradicata in Italia. Sicuramente una sintomatologia subdola, progressiva, che perdura per un certo periodo di tempo, in un soggetto immigrato proveniente da zone ad alta endemia tubercolare, deve indurre il clinico a considerare, fra le ipotesi diagnostiche, anche la malattia tubercolare.

Soprattutto nei soggetti immigrati le forme extra-polmonari sono frequenti, in particolare le localizzazioni linfonodali, osteomuscolari e meningo-encefaliche. Nel caso di localizzazioni ossee, spesso le radiografie standard sono negative e le alterazioni specifiche possono essere evidenziate solo tramite uno studio più mirato tramite TAC o RMN. Anche la intradermoreazione secondo Mantoux non è dirimente, in quanto la negatività non esclude la presenza di una malattia in forma attiva.

Di particolare importanza è l'aspetto terapeutico: in attesa di una diagnosi definitiva dovrebbe essere evitata la prescrizione di farmaci attivi anche sul *Mycobacterium tuberculosis*, come i fluorochinoloni, proprio per il rischio di selezionare resistenze e di precludersi l'utilizzo di tali terapie in soggetti con forme tubercolari multiresistenti, che non sono rare nei soggetti immigrati. Ma appare ancora più importante pensare alla tubercolosi il più precocemente possibile, perché la riduzione del ritardo diagnostico risulta fondamentale per un buon controllo della malattia.

Infine, le considerazioni riportate indicano nelle malattie infettive una criticità della salute degli immigrati in quanto rilevano condizioni di fragilità sociale e di difficoltosa accessibilità ai servizi socio-assistenziali, a causa anche di una scarsa conoscenza e applicazione della normativa. Proprio questo aspetto sembra particolarmente critico sia nell'assicurare una prevenzione adeguata, sia per garantire la cura e infine per favorire un percorso di promozione della salute.

Gli errori di trattamento di questo caso

- Il paziente è stato trattato con levofloxacina come terapia antibiotica a largo spettro per una lombosciatalgia con febbre e leucocitosi neutrofila perdurante da mesi. I fluorochinoloni, farmaci attivi sul *Mycobacterium tuberculosis*, attualmente sono considerati farmaci di seconda scelta per il trattamento di forme tubercolari resistenti ai farmaci di prima linea. L'utilizzo di fluorochinoloni in pazienti immigrati in cui non si possa escludere la diagnosi di TBC è controindicato per il rischio di sviluppare resistenze
- Una radiografia del rachide lombo-sacrale negativa non permette di escludere una TBC della colonna vertebrale. Di fronte a un soggetto a rischio con una sintomatologia dolorosa perdurante da tempo, anche in presenza di reperti radiologici completamente normali, è indicato uno studio del rachide con RMN, che è considerato l'esame gold standard per la diagnosi di TBC ossea
- Non è stata eseguita una radiografia del torace se non al momento del ricovero. L'esecuzione in tempi più precoci, indicata in soggetti immigrati con una non chiara sintomatologia, avrebbe potuto orientare verso una forma tubercolare
- Inizialmente il paziente non si è recato al Pronto Soccorso in quanto clandestino. Secondo la normativa vigente in tema di assistenza sanitaria agli immigrati irregolari/clandestini, sono ad essi assicurate tutte le cure urgenti ed essenziali tramite l'assegnazione del codice STP

BIBLIOGRAFIA

1. Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull'immigrazione. Roma: Nuova Anterem, 2007
2. Salvatore G. La sfida della Medicina delle Migrazioni. In: Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2005. XV Rapporto sull'immigrazione. Roma: Nuova Anterem, 2005
3. Salvatore G, Marceca M. Le malattie degli immigrati. In: Migrazione e salute in Italia. Convegno Internazionale: Migrazione e scenari per il XXI secolo. Roma, luglio 2000
4. Da Villa G, Pasini W. Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1995
5. Geraci S. Argomenti di Medicina delle Migrazioni. Roma: Peri Tecnes, 1995
6. Caramello P, Gioannini P. Patologia infettiva dell'immigrato. Torino: Minerva Medica, 1994; pp. 21-33
7. El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli MC, Geraci S, Scolari C. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. In: Geraci S, Maisano B, Mazzetti M. Studi Emigrazione: Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire. 2005; 157: 133-51
8. Enarson DA, Fanning EA, Allen E. Case finding in the elimination plan of tuberculosis: high risk group in epidemiology and clinical practice. *Bull IUATLD* 1990; 65: 73-4
9. Codecasa LR, Sassari A, Besozzi G, Mantellini PV. Tubercolosi ed immigrazione in Italia: stato attuale e proposte future. In Atti: II Convegno "Aspetti Sanitari dell'immigrazione Extracomunitaria". Treviso, 21 maggio 1992
10. Besozzi G, Codecasa LR, Di Pisa G, De Lorenzi S, Dagasso S, Bertolotti R et al. Tubercolosi e immigrazione. In: Tubercolosi. Di Pisa G. Editore, 1993; pp. 247-52
11. Carvalho ACC, Signorini L, Castelli F, Carosi G, Parravicini M, Di Lorenzo S et al. Migration medicine: the challenge of tuberculosis. *Chest* 1994; 105: 1911
12. Ministero della Salute. DG della Prevenzione Sanitaria. Ufficio V. Malattie Infettive e Profilassi Internazionale
13. El Hamad I, Matteelli A, Bombana C, Scolari C, Oladeji O, Carosi G. Population mobility and tuberculosis. *Medit J Infect and Parasitic Dis* 1996; 11: 75-9
14. Nolan CM, Elarth AM. Tuberculosis in a cohort of South East Asian refugees. A five year surveillance study. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 805
15. Cowie RL, Sharpe JW. Tuberculosis among immigrants: interval from arrival in Canada to diagnosis. *CMAJ* 1998; 158: 599-602
16. Farah MG, Meyer HE, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Long-term risk of tuberculosis among immigrants in Norway. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 1005-11

17. Scolari C, El Hamad I, Matteelli A, Signorini L, Bombana E, Moioli R et al. Incidence of tuberculosis in a community of Senegalese immigrants in Northern Italy. *Internat J Tuberc and Lung Dis* 1999; 3: 18-22
18. Matteelli A, Gori A, Pinsi G, El-Hamad I, Bombana E, Mastaglia F. Clustering of tuberculosis among Senegalese immigrants in Italy. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 967-72
19. Diel R, Rüsç-Gerdes S, Niemann S. Molecular epidemiology of tuberculosis among immigrants in Hamburg, Germany. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 2952-60
20. Moro ML, Salamina G, Gori A, Penati V, Sacchetti R, Mezzetti F. Two-year population-based molecular epidemiological study of tuberculosis transmission in the metropolitan area of Milan, Italy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 114-22
21. El-Hamad I, Pezzoli MC, Scolari C, Bella D, Cristini G, Bergamasco A. Indagine comparativa sul profilo clinico-epidemiologico della tubercolosi (TB) in immigrati ed autoctoni ricoverati a Brescia: 2000-2005. 5° Congresso Nazionale SIMIT
22. Marjorie PG, Golden MD, Holenarasipur R, Vikram MD. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Phisician* 2005; 72: 1761-8
23. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120: 316-53
24. Chen WJ, Chen CH, Shih CH. Surgical treatment of tuberculous spondylitis. 50 patients followed for 2-8 years. *Acta Orthop Scand* 1995; 66: 137-42
25. Ferrara G, Richeldi L, Bugiani M, Cirillo D, Besozzi G, Nutini S et al. Management of multidrug-resistant tuberculosis in Italy. *Int J Tub Lung Dis* 2005; 9: 507-13
26. American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. *MMWR* 2003; 52: 1-77
27. Gagliotti C. Delays in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *Int J Tub Lung Dis* 2006; 10: 305
28. Legge n. 40 del 6 marzo 1998 in materia di "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"
29. Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 "Testo unico sull'immigrazione"
30. Decreto Legge n. 195 del 9 settembre 2002, coordinato con la Legge di conversione n. 222 del 9 ottobre 2002 recante: "Disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari" (legge Bossi-Fini)
31. Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministero della Sanità: D. Lgs. n. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero; disposizioni in materia sanitaria"