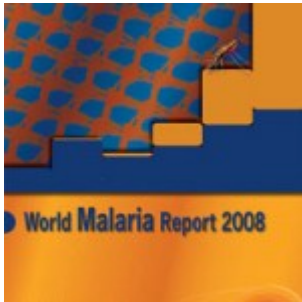


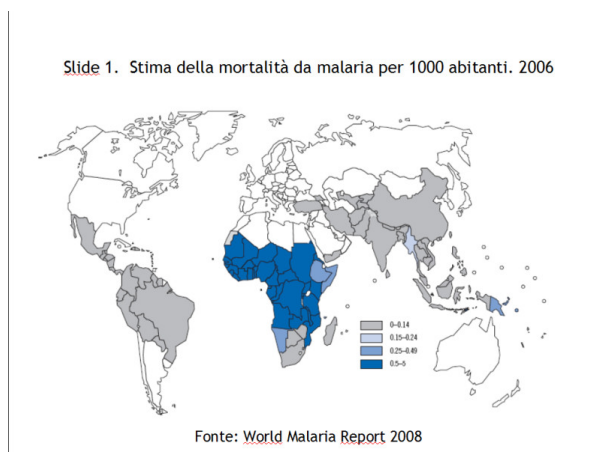
di **Giancarlo Majori**



Il rapporto 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla malaria nel mondo riafferma la gravità della situazione in termini di morbosità e mortalità, soprattutto nell'Africa sub-sahariana. La strategia globale di lotta antimalarica dispone oggi di presidi efficaci: il rapporto apre a un cauto ottimismo per le possibilità di controllo di questa malattia tristemente connessa alla povertà.

La malaria è ormai costantemente presente nei dibattiti pubblici mondiali sulla sanità: 3 miliardi di persone a rischio distribuiti in 109 paesi, 250 milioni di casi ogni anno e 1 milione di decessi, soprattutto di bambini di età inferiore ai 5 anni, causati da un singolo agente infettivo, *Plasmodium falciparum*, sono dati indiscutibili che hanno portato ad un rinnovato impegno dei governi dei paesi endemici nonché dei paesi donatori per le azioni di controllo. Il carico di malattia - afferma il **Rapporto dell'OMS** (in [Risorse](#)) - affligge soprattutto l'Africa sub-sahariana che paga un pesante contributo a questa malattia della povertà: circa il 90% dei casi e dei decessi per malaria avvengono in Africa (**slide 1**), con la Nigeria, la Repubblica Democratica del Congo, l'Etiopia, la Tanzania e il Kenia che risultano i paesi più colpiti.

Slide 1. Stima della mortalità da malaria per 1000 abitanti. 2006



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Gli strumenti e i presidi che offrono nuove opportunità per controllare la malaria su larga scala includono attualmente:

1. le zanzariere impregnate d'insetticida a lunga durata, cioè con l'insetticida incorporato nella fibra sintetica in modo che rimanga attivo per l'intera vita della zanzariera (LLIN, long lasting insecticide-treated nets).
2. La terapia combinata a base di derivati dell'artemisinina (ACT, artemisinin-based combination therapy).
3. I trattamenti intradomiciliari con insetticidi ad azione residua (IRS, insecticide residual spraying).
4. Il trattamento farmacologico preventivo intermittente in gravidanza (IPT, intermittent preventive treatment).

Già nel 2005 l'Assemblea Mondiale della Sanità aveva chiesto ai paesi membri di formulare piani d'azione con l'obiettivo di assicurare trattamenti preventivi e curativi per l'80% della popolazione colpita da malaria o a rischio d'infezione, in modo da ridurre il carico della malattia di almeno il 50% entro il 2010 e del 75% entro il 2015[1]. Questi obiettivi ambiziosi sono stati ripresi nel **Piano Strategico Globale 2005-2015 di Roll Back Malaria Partnership**[2]. Anche la **Dichiarazione del Millennio** da parte delle Nazioni Unite ha stabilito l'obiettivo di arrestare o di dare inizio a una diminuzione globale dell'incidenza della malaria entro il 2015[3].

Nonostante l'aumentata distribuzione di zanzariere, specialmente LLIN, nella maggior parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana il loro numero è risultato nel 2006 molto inferiore al necessario.

Lo stesso si può dire per i farmaci antimalarici disponibili nelle strutture pubbliche: l'accesso al trattamento, specialmente a base di ACT, è risultato inadeguato nella maggior parte dei paesi esaminati, anche se le dosi di ACT sono aumentate da 6 milioni del 2005 a 49 milioni del 2006, di cui 45 milioni per la sola Africa.

Nel 2006 le zanzariere disponibili erano sufficienti a proteggere il 26% della popolazione in 37 paesi Africani. In 18 paesi esaminati è stato trovato che il 34% delle famiglie possedeva una zanzariera; il 23% dei bambini e il 27% delle donne in gravidanza dormivano protette da una zanzariera; il 38% dei bambini con febbre erano trattati con farmaci antimalarici, ma soltanto il 3% aveva ricevuto una terapia combinata con derivati dell'artemisinina; il 18% delle donne aveva ricevuto un trattamento farmacologico preventivo durante la gravidanza. Soltanto 5 paesi Africani disponevano di trattamenti con insetticidi ad azione residua sufficienti a proteggere il 70% della popolazione a rischio. Sebbene sia sempre difficile stabilire una chiara relazione tra interventi e impatto atteso, è stato osservato che in 7 paesi Africani su 45 esaminati, con una popolazione relativamente piccola, un buon sistema di

sorveglianza e una elevata copertura degli interventi, la morbosità e la mortalità per malaria sono state ridotte di più del 50% nell'arco di tempo 2000-2007. In 22 paesi di altre regioni i casi di malaria sono diminuiti del 50%.

Il rapporto 2008^[4] offre inoltre informazioni e argomenti di riflessione per migliorare i programmi nazionali di controllo della malaria e per stimolare la mobilitazione internazionale sul tema. In particolare, è presa in esame la corrispondenza tra i piani d'azione nazionali e le strategie di controllo della malaria raccomandate dall'OMS; la disponibilità finanziaria in relazione alla copertura da assicurare; e l'impatto epidemiologico dei programmi di controllo della malaria.

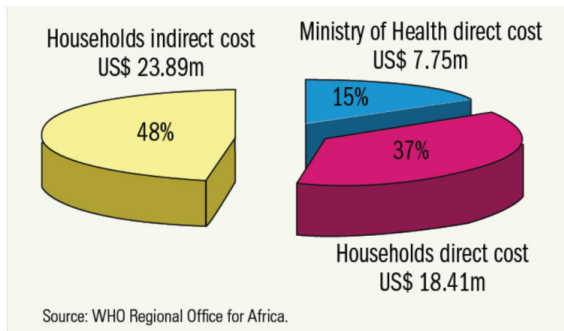
Per quanto attiene agli aspetti finanziari, l'Africa ha ricevuto la maggior parte dei fondi disponibili, con un incremento notevole di finanziamenti tra il 2004 e il 2006. Il Fondo Mondiale per la lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria (GFATM) è stata la maggiore fonte di finanziamento, insieme a quello dei governi dei paesi malarici.

L'OMS ha definito quattro livelli di situazione malarica al fine di valutare l'andamento verso la completa eliminazione della parassitosi. In luglio 2008 i 109 paesi o aree colpiti da malaria sono stati così raggruppati: 82 nella fase di controllo, 11 in quella di pre-eliminazione, 10 nella fase di eliminazione e 6 nella fase di prevenzione della reintroduzione. In Gennaio 2007, l'Unione degli Emirati Arabi è stata dichiarata malaria-free, portando a 92 il numero totale dei paesi non più malarici.

A fronte del quadro di moderato ottimismo offerto dal rapporto 2008 per le possibilità di controllo globale della malaria, **rimane aperto il tema di come promuovere l'equità nell'utilizzo degli interventi di prevenzione e dei trattamenti**. Le esistenti diseguaglianze su base socioeconomica dovrebbero essere affrontate riducendo i costi dei trattamenti e eliminando le barriere all'accesso ai servizi sanitari^[5]. In Ghana è stato infatti stimato che l'85% dei costi per il trattamento della malaria grava direttamente o indirettamente sulle famiglie^[6] (**slide 2**).

Slide 2. Distribuzione dei costi della malaria. Ghana 2002

Slide 2. Distribuzione dei costi della malaria. Ghana 2002



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Per questi motivi, un notevole impatto sull'equità nell'accesso ai trattamenti efficaci potrà avere l'iniziativa dell'ente di ricerca Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi) e della casa farmaceutica francese Sanofi-Aventis che ha realizzato un nuovo farmaco di combinazione artesunate-amodiachina (ASAQ) che sarà disponibile in Africa sub-sahariana a un costo molto più basso rispetto agli altri prodotti ACT (50 centesimi di USD per la innovativa formulazione pediatrica). L'iniziativa assume un rilievo ancor maggiore se si considera che il nuovo farmaco, prodotto in Marocco, è senza brevetti, aprendo la strada a nuovi approcci in materia di ricerca scientifica e di diritti di proprietà intellettuale.

Risorse

World Malaria Report 2008. Geneva: WHO, 2008 [[PDF: 4,9 Mb](#)]

Bibliografia

1. **Resolution WHA58.2. Malaria control** [[PDF: 28 Kb](#)]. Geneva: World Health Organization, 2005 (58th World Health Assembly, 23 May 2005).
2. Global strategic plan 2005–2015 [[PDF: 2,6 Mb](#)]. Roll Back Malaria, 2008.
3. [Millennium Development Goals Indicators](#). New York, United Nations, 2008.
4. **World Malaria Report 2008.** Geneva: WHO, 2008 [[PDF: 4,9 Mb](#)]
5. Onwujekwe O, Uzochukwu B, Eze S, Obikeze E, et al. Improving equity in malaria treatment: relationship of socioeconomic status with health seeking as well as with perceptions of ease of using the services of different providers for the treatment of malaria in Nigeria. *Malaria Journal* 2008; 7: 5-14.
6. The Africa Regional Health Report. World Health Organisation. Regional Office for

Africa, 2006.

Per ulteriori approfondimenti

1. Guidelines for the treatment of malaria. Geneva: WHO, 2006.
2. Long-lasting insecticidal nets for malaria prevention. A manual for malaria programme managers (trial edition). Geneva: WHO, 2007.
3. Indoor residual spraying - Use of indoor residual spraying for scaling up global malaria control and elimination. Geneva: WHO, 2006.
4. The use of DDT in malaria vector control. WHO position statement. Geneva: WHO, 2007.
5. [What is the Roll Back Malaria \(RBM\) Partnership?](#) Roll BackMalaria, 2008.
6. **Roll Back Malaria/WHO. The Abuja Declaration and the plan of action. An extract from the African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, 25 April 2000** [[PDF: 2,03 Mb](#)]. Geneva: WHO, 2000.
7. Global malaria indicators and their measurement. Geneva: WHO, 2007.