

# Profilassi dell'infezione malarica

**Francesco Castelli, Fabio Buelli**

Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia

## Introduzione e note di epidemiologia

La malaria (nome internazionale derivato dall'italiano mal-aria, aria malsana) è un'infezione endemica in più di cento paesi nel mondo e rappresenta ancora oggi una delle principali cause sia di mortalità, con circa 2 milioni di morti all'anno, sia di morbidità, con 300-500 milioni di nuove infezioni annue (Fig. 1).

Solo 4 tra le numerose specie di cui si compone il genere plasmodio sono in grado di trasmettere l'infezione all'uomo: *Plasmodium falciparum* (malaria terzana maligna), *P. vivax*, *P. ovale* (agenti della malaria terzana benigna recidivante) e *P. malariae* (malaria quartana). I parassiti si trasmettono all'uomo grazie a punture di zanzare femmine gravide del genere *Anopheles*, che consumano il proprio pasto ematico esclusivamente nelle ore serali e notturne (dal tramonto all'alba).

Indubbiamente il parassita malarico che riveste la maggiore importanza da un punto di vista sia di morbidità sia di mortalità è *P. falciparum*. Esso è diffuso per lo più in Africa sub-sahariana (anche se è presente anche in Asia e in America Latina) ed è responsabile di più del 90% di tutte le morti per malaria. Segue, in ordine di gravità e numero di casi, *P. vivax*. I meno significativi sotto il profilo epidemiologico e clinico rimangono *P. ovale* e *P. malariae*.

Il rischio di contrarre l'infezione malarica varia notevolmente nelle differenti aree geografiche endemiche in rapporto alle caratteristiche entomologiche e di antropofilia delle diverse specie di *Anopheles* presenti sul territorio (Tab. I).

In una società sempre più globalizzata, ogni anno sono circa 125 milioni i viaggiatori potenzialmente esposti al rischio di contrarre l'infezione malarica. Le ultime stime dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) contano in 10.000 le infezioni annue tra i viaggiatori, numero certamente inferiore alla realtà in ragione del fenomeno della sottonotifica.

Nel nostro paese la trasmissione è praticamente interrotta dalla fine della seconda guerra mondiale: l'ultimo focolaio epidemico sostenuto da *P. vivax* si è avuto in Sicilia, a Palma di Montechiaro, nel 1956, seguito da casi isolati nel Palermitano nel 1962.

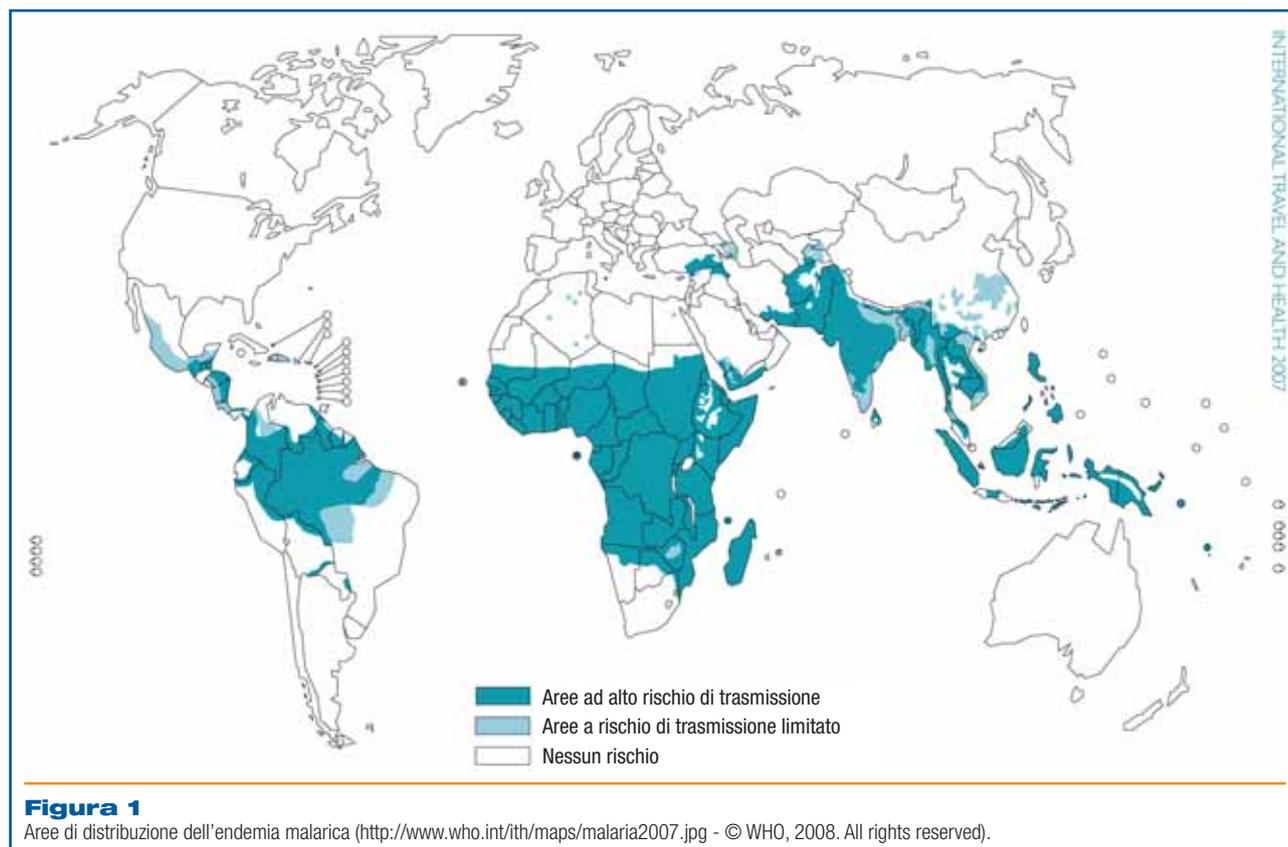
Nel 1970 l'Italia è stata inclusa dall'OMS nella lista dei paesi indenni da trasmissione malarica, e da allora la quasi totalità dei casi risulta importata da zone endemiche, con una minima quota di malaria da bagaglio o da trasfusioni. La maggior parte

**TABELLA I**  
Rischio relativo di malaria nei viaggiatori internazionali.

	Rischio relativo (RR)
Aree a rischio molto limitato	1,0
Caraibi	3,8 (1,9-7,5)
Africa del Nord	6,9 (3,6-13,3)
America Meridionale	8,3 (4,9-13,9)
Asia Sud-Orientale	11,5 (8,3-15,9)
America Centrale	37,8 (24,0-59,6)
Asia Meridionale	53,8 (37,4-77,4)
Oceania	76,7 (50,8-115,9)
Africa sub-sahariana	207,6 (164,7-261,8)
Da Freedman, 2008, mod.	

delle infezioni è sostenuta da *P. falciparum*, con un aumento percentuale negli ultimi anni. Il tasso di mortalità è andato decrescendo, nel corso degli anni, dal 4% del 1981 fino a nessun caso nel 1996: negli ultimi anni si contano pochi decessi causati da malaria.

Secondo gli ultimi dati resi noti dall'Istituto Superiore di Sanità e relativi al quinquennio 2002-2006, il 70% di tutti i casi di malaria notificati in Italia (3354 in totale) ha interessato pazienti stranieri. Nel 94% dei casi i pazienti provenivano dall'Africa, e tra loro una quota crescente e ormai maggioritaria riguarda pazienti migranti che, dopo un periodo di soggiorno trascorso nel nostro paese, contraggono la malattia in occasione di brevi rientri nel paese d'origine, generalmente incuranti dei comuni provvedimenti di prevenzione profilattica e antivettoriale. Tale rischio è particolarmente rilevante per i figli dei pazienti migranti nati nel nostro paese, che vanno incontro alle forme più gravi di malaria se non correttamente profilassati. Recenti studi hanno infatti dimostrato che i migranti che vivono per lungo tempo fuori dalla loro nazione, endemica per malaria, vanno incontro a una progressiva dimi-



nuzione dell'immunità. Nel periodo in esame sono riportati 16 decessi, con una netta maggioranza di pazienti italiani (68,75%), che soffrono le forme più gravi della malattia a causa dell'assenza di ogni forma di immunità antimalarica.

Tali morti si sarebbero certamente potute evitare se solo si fossero adottate le semplici misure di profilassi comportamentale e farmacologica necessarie per la prevenzione dell'infezione malarica. Purtroppo nei paesi industrializzati, e in Italia in particolare, l'attitudine nei confronti delle misure preventive è lungi dall'essere ottimale. Un recente studio condotto in numerose nazioni europee, tra le quali l'Italia, ha dimostrato che solamente il 50% dei viaggiatori in partenza dai principali aeroporti internazionali europei per aree a elevata endemia malarica era consapevole del rischio di contrarre la malattia.

Per quanto concerne l'esperienza della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali degli Spedali Civili di Brescia, nel periodo 1997-2007 sono stati registrati 669 casi di malaria (568 da *P. falciparum*), soprattutto in pazienti extracomunitari. Un dato significativo è rappresentato dai 546 pazienti (81,6% dei casi) che dichiarano di non aver effettuato la profilassi; per il restante 18,4% dei casi è presumibile un'erronea assunzione della chemioprofilassi antimalarica.

### Strategie preventive

Su scala globale, le strategie di prevenzione individuale e di comunità dell'infezione malarica sono assai complesse e articolate, e comprendono la bonifica ambientale delle aree malariche, la lotta antilarvale, l'impiego di insetticidi ad azione residua, la chemioprofilassi intermittente in gravidanza, ecc. La trattazione di

tali problematiche esula dagli obiettivi del presente articolo, che sarà esclusivamente finalizzato alla trattazione della prevenzione dell'infezione malarica nel viaggiatore internazionale e alla sua diagnosi precoce.

Schematicamente, la prevenzione dell'infezione malarica prevede 3 fasi.

### Profilassi primaria

La profilassi primaria è finalizzata a prevenire direttamente la puntura infettante da parte della zanzara *Anopheles* mediante tecniche che limitino o addirittura impediscano il contatto tra il vettore e l'uomo. È chiaro che un'applicazione efficace della prevenzione primaria potrebbe ridurre drasticamente il rischio di infezione malarica. Per questo motivo le corrette norme di comportamento e prevenzione nei confronti della puntura di zanzara devono essere comprese dal paziente prima di intraprendere un qualsiasi viaggio in area endemica e indipendentemente dal fatto che venga prescritta una qualsiasi chemioprofilassi. Molto spesso, infatti, semplici regole comportamentali possono impedire il contatto non solo con le zanzare, ma anche con altri vettori responsabili della trasmissione di differenti patologie (dengue, febbre gialla, tripanosomiasi, leishmaniosi, filariasi, ecc.).

Con specifico riferimento alla malaria, è importante ricordare che le zanzare del genere *Anopheles* pungono quasi esclusivamente durante le ore serali e notturne (dal tramonto all'alba), ed è quindi in questo arco temporale che le misure di prevenzione del contatto uomo-vettore devono essere applicate in maniera rigorosa. È tuttavia necessario ricordare come altre zanzare responsabili

di altre infezioni (*Aedes* spp., *Culex* spp.) abbiano abitudini più specificamente diurne.

Tra le tecniche più efficaci e utilizzate sono da ricordare:

- l'impiego di zanzariere impregnate di insetticida (tra i più efficaci ricordiamo la permetrina e la deltametrina) che può essere applicato alle porte, alle finestre o sopra il letto durante la notte;
- l'utilizzo di impianti di condizionamento dell'aria, che creano un microambiente sgradito alle zanzare *Anopheles*, che prediligono ambienti umidi e caldi;
- l'applicazione di repellenti cutanei (es. dietiltoluamide [DEET]), la cui efficacia è tuttavia limitata nel tempo in rapporto al tipo di prodotto e al pH individuale della cute; è importante porre attenzione all'impiego dei repellenti cutanei in età pediatrica, che richiede prodotti a concentrazione ridotta per evitare un eccessivo assorbimento transcutaneo della molecola attiva con effetti indesiderati anche gravi (encefalite tossica);
- l'impiego di vapori di piretro (bruciatori a spirale, elettrodiffusori) offre certamente una protezione considerevole nei confronti di gran parte delle specie del genere plasmodio;
- l'impiego di indumenti, possibilmente di colore chiaro, che coprano interamente il corpo.

L'efficacia di altre misure preventive, quali l'impiego di ematometri elettrici di ultrasuoni che simulano il richiamo del maschio di *Anopheles* (che indurrebbe repulsione nella femmina nel corso del periodo gravidico) deve ancora essere confermata.

## Profilassi secondaria

La profilassi secondaria è finalizzata a evitare che l'avvenuta infezione possa evolvere sino a causare i segni e i sintomi clinici della malattia e si basa sulla somministrazione regolare di farmaci in grado di bloccare il ciclo vitale del plasmodio nel paziente. È importante sottolineare che prevenzione primaria e secondaria nei confronti della malaria devono essere applicate simultaneamente nel migliore dei modi e in maniera continuativa. Nessun farmaco dà infatti la certezza di prevenire la malattia e le tecniche di prevenzione nei confronti del vettore devono essere applicate durante l'intera permanenza in area endemica.

I principali farmaci utilizzati in chemioprolifassi antimalarica sono, in ordine alfabetico (vedi Tab. II per le modalità di assunzione e posologia):

- *atovaquone-proguanil*: l'associazione di queste due molecole è generalmente ben tollerata dal viaggiatore internazionale che si reca in aree di endemia malarica. Sebbene la sua registrazione ufficiale preveda la somministrazione massima di 28 giorni, l'esperienza maturata in ambito militare ne ha confermato le buone dosi di tollerabilità anche per periodi di assunzione più prolungati. L'associazione è efficace anche sulle forme epatiche del parassita (profilassi radicale), consentendo di interrompere la sua assunzione 7 giorni dopo il termine della possibile esposizione al parassita. La somministrazione di atovaquone-proguanil è controindicata in corso di gravidanza;
- *cloroquina*: malgrado la cloroquina sia stata nel passato uno dei farmaci antimalarici dotati di maggiore efficacia e tollerabilità, il suo utilizzo in monochemioprofilassi deve essere preso in considerazione solamente per aree limitate dell'America Centrale e del Medio Oriente a causa delle estese aree

di resistenza alla molecola. Grazie alla sua lunga emivita, la sua somministrazione è settimanale e deve essere prolungata sino a 4 settimane dopo il termine dell'esposizione al parassita, in quanto priva di azione sulle forme epatiche di plasmodio. La cloroquina si è dimostrata sicura in gravidanza e in età pediatrica;

- *doxiciclina*: questo farmaco si è dimostrato molto efficace nella chemioprolifassi nei confronti di ceppi clorochino-resistenti di *P. falciparum*, malgrado non sia privo di effetti collaterali quali fotosensibilità e alterazione della flora intestinale e vaginale. Attualmente trova indicazione nelle aree di polichemioresistenza del Sud-Est Asiatico (Thailandia) o nei casi di controindicazione individuale alla meflochina o all'atovaquone-proguanil. La sua breve emivita ne rende necessaria la somministrazione giornaliera fino a 4 settimane dopo l'esposizione al rischio di contagio. La sua somministrazione è controindicata in gravidanza e sotto gli 8 anni di età;
- *meflochina*: anche se alcuni ceppi di plasmodio meflochino-resistenti sono stati isolati nel Sud-Est asiatico, in America Latina e in Africa, la meflochina rimane un'efficace arma di difesa nei confronti dell'infezione malarica. Tuttavia, la molecola è talora gravata da effetti indesiderati non trascurabili, soprattutto di natura neuropsichiatrica (insonnia, incubi, attacchi di panico, ecc.) che ne limitano la tollerabilità. Come per la cloroquina, anche la meflochina necessita di una somministrazione settimanale (dalla settimana prima della partenza fino a 4 settimane dopo l'esposizione al vettore). La meflochina può essere impiegata in gravidanza dopo il primo trimestre;
- *proguanil*: questa molecola è da utilizzare unicamente in associazione con altri farmaci poiché induce rapidamente resistenze in monoprofilassi. Per questo motivo viene somministrata insieme ad atovaquone o cloroquina. Può essere somministrata in gravidanza e in età pediatrica. La sua somministrazione in combinazione con la cloroquina non è universalmente accettata.

Alcune linee guida, soprattutto anglosassoni, considerano anche l'impiego profilattico della primachina (farmaco ad azione profilattica radicale sulle forme epatiche, non registrato nel nostro paese), soprattutto nelle aree a elevata prevalenza di *P. vivax* e *P. ovale*, dei quali previene le recidive. Tuttavia il farmaco può indurre crisi emolitiche nei portatori di difetto di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi e deve dunque essere riservata a situazioni particolari.

Al fine di impostare correttamente la chemioprolifassi antimalarica, è necessario valutare con attenzione gli aspetti relativi al viaggio e al viaggiatore:

### Fattori relativi al viaggio

- *Destinazione*. Deve essere conosciuta con discreto dettaglio l'area di soggiorno. Esistono infatti paesi dove la presenza di parassita malarico è limitata ad alcune aree rurali (ad es. Brasile, Thailandia, ecc.), oppure è assente al di sopra di determinate altitudini pur essendo largamente endemico (ad es. Etiopia, Kenya, ecc.). È opportuno inoltre conoscere la distribuzione della farmacoresistenza di *P. falciparum* agli antimalarici.

**TABELLA II**  
**Modalità di assunzione e posologia dei farmaci impiegati in chemioprolassi antimalarica\*.**

Farmaco	Dosaggio		Modalità di assunzione. Uso in gravidanza o età pediatrica	Effetti collaterali
	Adulti	Bambini		
Atovaquone (250 mg) + Proguanil (100 mg) (cp per adulti)	1 cpr die	11-20 kg: 1 cp pediatrica (62,5 mg di atovaquone + 25 mg di proguanil); 21-30 kg: 2 cp pediatriche; 31-40 kg: 3 cp pediatriche; > 40 kg: 1 cp adulti die	Dose giornaliera da assumere dal giorno prima di partire e per 7 giorni successivi al rientro; non usare in gravidanza e allattamento	Nausea, vomito, dolore addominale, diarrea, aumento delle transaminasi; raramente convulsioni, rash cutaneo
Clorochina (comprese da 150 mg di base)	300 mg di base una volta alla settimana	5 mg/kg di base alla settimana; massimo 300 mg	Sicurezza per trattamenti a lungo termine; la cloroquine-resistenza è documentata in diverse parti del mondo; non somministrare a persone affette da psoriasi o epilessia	Prurito, nausea, cefalea, eruzioni cutanee, depigmentazione delle mucose, perdita di capelli, fotofobia, miopia, psicosi e convulsioni
Proguanil	200 mg die	3 mg/kg fino max 200 mg die	Utilizzato con proguanil (vedi sopra) o con clorochina (schema profilattico uguale a quello della clorochina)	Gli effetti collaterali, comunque limitati, comprendono cefalea, vertigini e ulcere alla bocca
Doxiciclina (100 mg)	100 mg una volta al giorno	1,5 mg sale/kg una volta al giorno (max 100 mg); < 25 kg o < 8 anni: non somministrare; 25-35 kg o 8-10 anni: 50 mg; 36-50 kg o 11-13 anni: 75 mg; > 50 kg o > 14 anni: 100 mg	Dose giornaliera da assumere dal giorno prima di partire e per 4 settimane successive al rientro; non usare in gravidanza e allattamento	Disturbi addominali, candida vaginale, fotosensibilità, aggravamento della funzionalità renale in IRC, reazioni allergiche, ulcere esofagee
Meflochina (comprese da 250 mg di base, 274 mg di sale)	250 mg di base una volta alla settimana	5 mg/kg fino max 250 mg una volta la settimana	Dosaggio settimanale da una settimana prima di partire a 4 settimane dopo il rientro; non somministrare nel primo trimestre di gravidanza, in allattamento o a pazienti con epilessia, psicosi, pazienti in terapia con beta-bloccanti	Cefalea, disturbi del sonno, nausea, vomito, diarrea, convulsioni, mancata coordinazione, stato confusionale, allucinazioni, amnesie, problemi emotivi tra i quali ansia, aggressività, agitazione, depressione, sbalzi d'umore, attacchi di panico, reazioni psicotiche e paranoide, idee e tentativi di suicidio. Solo occasionali casi di intolleranza severa

\* La presente Tabella non intende sostituirsi alla consultazione delle note informative dei singoli farmaci, cui deve essere fatto riferimento per le indicazioni di impiego, la posologia e le controindicazioni. IRC = insufficienza renale cronica.

- **Stagionalità.** Il rischio d'infezione malarica può variare nella stessa area in rapporto con la stagione. In linea generale, esso è maggiore nel corso della stagione delle piogge e diminuisce, in alcuni casi sino ad annullarsi, nel corso della stagione secca.
- **Disponibilità di ricorso a strutture sanitarie.** L'eventuale prescrizione di autotrattamento (profilassi terziaria) potrebbe essere presa in considerazione laddove non sia possibile ipotizzare un ricorso tempestivo a strutture sanitarie.

**Fattori relativi al viaggiatore**

- **Condizioni di base del viaggiatore.** In linea di principio, viene sconsigliato un viaggio in area di endemia malarica alle donne gravide (impossibilità di impiego di alcune molecole ad azione profilattica e maggiore gravità della infezione malarica) e in età pediatrica. Laddove esigenze particolari richiedessero comunque il viaggio, è opportuno porre particolare enfasi sulla necessità di una corretta adozione delle misure di prevenzione del contatto uomo-vettore e sulla

scelta di un adeguato regime chemioprolattico. È inoltre da ricordare che il tasso di letalità della malaria è maggiore nei viaggiatori anziani, che dunque richiedono attenzioni particolari.

- **Controindicazioni.** È importante verificare l'esistenza di controindicazioni all'assunzione di molecole ad azione anti-malarica, con particolare riferimento alla presenza di pregressi disturbi psichiatrici che controindicano l'assunzione di meflochina.

Le caratteristiche epidemiologiche dettagliate dell'endemia malarica nelle varie aree geografiche del mondo sono disponibili presso numerosi siti ufficiali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dei *Centers for Diseases Control* degli Stati Uniti, cui si rimanda il lettore per gli approfondimenti specifici.

In via sintetica, l'OMS definisce le seguenti 4 aree in rapporto al rischio di infezione malarica e alle caratteristiche di farmacoresistenza del parassita:

- **zona 1:** è la zona con un rischio estremamente basso di trasmissione nella quale rimane comunque consigliato l'utilizzo delle tecniche di prevenzione nei confronti delle punture da zanzara (repellenti spray, zanzariere impregnate); in questa zona rientrano alcune aree del Medio Oriente e dell'America Centrale e del Sud;
- **zona 2:** è la zona con rischio esclusivo di infezione da *P. vivax* o con un rischio di infezione da *P. falciparum* clorochino-sensibile; in quest'area sono consigliati l'utilizzo di profilassi con cloroquina e le normali tecniche di prevenzione nei confronti del vettore malarico; rientrano in questa zona alcune aree dell'America Centrale, Caraibi e alcune in Medio Oriente;
- **zona 3:** in quest'area vi è rischio di trasmissione da *P. vivax* e *P. falciparum*; a causa di una documentata resistenza alla cloroquina, si consiglia l'associazione di cloroquina-proguanil. A questa zona appartengono prevalentemente aree asiatiche (in modo particolare il sub-continente indiano e il Borneo);
- **zona 4:** l'OMS distingue l'area in due differenti sottoaree: la prima caratterizzata da elevato rischio di trasmissione da *P. falciparum* in contesto di documentata resistenza alla cloroquina, la seconda caratterizzata da un rischio moderato/lieve di infezione da *P. falciparum* in zone con documentati elevati livelli di resistenza ai farmaci. Oltre alle normali misure preventive nei confronti del vettore malarico, si raccomanda chemioprolassi con meflochina, atovaquone-proguanil o doxiciclina. La zona include praticamente l'intera Africa sub-sahariana, alcune aree dell'Estremo Oriente e aree dell'Amazzonia e dell'America Latina.

### Profilassi terziaria

La profilassi terziaria si basa essenzialmente sull'autotrattamento e deve essere riservata solo ai casi in cui si verificano segni e sintomi fortemente suggestivi di infezione malarica (vedi dopo) e non sia disponibile un consulto medico tempestivo. Evidentemente, qualora sia in corso una chemioprolassi, l'autotrattamento dovrà prevedere farmaci differenti rispetto a quelli in uso.

## Valutazione di un paziente al rientro da un viaggio

L'infezione malarica rappresenta sempre una potenziale emergenza, con decorso possibilmente grave e anche fatale. Ogniqualevolta un paziente si presenta alla nostra attenzione con sintomi riconducibili alla malattia (il sintomo cardine è la febbre, sempre presente, variamente associata a cefalea, brividi, artromialgie, emoglobinuria, diarrea e vomito) e un'anamnesi compatibile con un'esposizione anche occasionale con il vettore in aree endemiche si deve sempre escludere l'infezione malarica. È importante ricordare che in alcune specie di malaria (in particolar modo la terzana benigna e la quartana), in presenza di particolari condizioni di immunità (soggetti migranti da area endemica) e l'assunzione di chemioprolassi, l'esordio clinico dei sintomi può verificarsi ben oltre quanto classicamente riportato dai testi. L'anamnesi epidemiologica deve dunque spingersi a considerare esposizioni avvenute anche sino a 6-12 mesi prima della comparsa della sintomatologia.

Occorre inoltre ricordare che le manifestazioni non sempre sono eclatanti nei pazienti migranti, che possono conservare una parziale semi-immunità antimalarica che può condizionare l'espressività clinica della malattia oltre alla lunghezza del suo periodo di incubazione.

La malaria assume caratteristiche di gravità e potenziale letalità quanto più la diagnosi è ritardata e il parassita ha tempo di replicarsi nell'organismo.

È dunque evidente il ruolo cruciale svolto dal Medico di Medicina Generale, cui spesso è demandato il primo sospetto clinico. In presenza di sintomi compatibili e anamnesi positiva per esposizione al parassita malarico, una semplice indagine emoscopica (è più recentemente immunocromatografica o biomolecolare) può rapidamente confermare o escludere il sospetto.

### Bibliografia di riferimento

- Bisoffi Z, Napoletano G, Castelli F, Romi R. *Linee guida per la profilassi antimalarica*. Giornale Italiano di Medicina Tropicale 2003;8:1-4.
- Boccolini D, Romi R, D'Amato S, Pompa MG, Majori G. *Lineamenti epidemiologici della malaria da importazione*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2007;20:3-7.
- Castelli F, Matteelli A, Caligaris S, Gulletta M, El-Hamad I, Scolari C, et al. *Malaria in migrants*. Parassitologia 1999;41:261-5.
- Castelli F, Tomasoni L, Matteelli A, Capone S. *La profilassi antimalarica*. In: Rossi A, a cura di. *Prevenzione e profilassi farmacologica delle malattie infettive dell'adulto*. Pisa: Pacini Editore 2006, pp. 110-6.
- Castelli F, Capone S, Pedruzzi B, Matteelli A. *Antimicrobial prevention and therapy for travelers' infection*. Expert Rev Anti Infect Ther 2007;5:1031-48.
- Freedman DO. *Malaria prevention in short term travelers*. N Engl J Med 2008;359:603-12.
- Petersen E. *The safety of atovaquone/proguanil in long-term malaria prophylaxis of nonimmune adults*. J Travel Med 2003;10(Suppl.1):13-5.
- Scolari C, Tedoldi S, Casalini C, Scarcella C, Matteelli A, Casari S, et al. *Knowledge, attitudes and practices on malaria preventive measures of migrants attending a public health clinic in northern Italy*. J Travel Med 2004;9:160-2.
- Van Herck K, Van Damme P, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Dahlgren AL, et al. *Knowledge, attitude and practices in travel-related infectious diseases: the European Airport Survey*. J Travel Med 2004;11:3-8.
- WHO. *International Travel and Health 2008*. Geneva: World Health Organization 2008.

### KEY MESSAGES

- La malaria rappresenta ancora oggi, all'inizio del terzo millennio, una delle principali cause di morbosità e mortalità a livello mondiale.
- Il fenomeno della malaria di importazione nei paesi non endemici è crescente, quale conseguenza diretta del fenomeno della mobilità umana e della globalizzazione.
- In Europa, e particolarmente nel nostro paese, la popolazione migrante appare a particolare rischio nel momento in cui ritorna al proprio paese di origine senza una chiara consapevolezza della necessità di chemioprolassi. I figli delle coppie migranti nate in Italia sono particolarmente esposti alla malaria grave in quanto, essendo nati nel nostro paese, non possiedono evidentemente alcun residuo di immunità anti-malarica.
- Fondamentale, da parte del Medico di Medicina Generale, effettuare un corretto counselling nei confronti di tutte le persone, migranti e non, che si recano in aree a rischio di contagio in modo da consigliare la terapia profilattica adatta per ogni singolo caso, eventualmente con la consulenza degli Uffici per la Profilassi Internazionale presenti presso le Aziende Sanitarie Locali e con le Divisioni e Cliniche di Malattie Infettive e Topicali.
- Al Medico di Medicina Generale spetta poi il compito del tempestivo sospetto diagnostico di fronte a un paziente febbrile che, alla domanda *Unde venis?*, dichiara una esposizione al parassita malarico anche lontano nel tempo dal momento della comparsa della sintomatologia.

