

Influenza e Covid a confronto

Eziologia. Entrambi sono virus a RNA. Il coronavirus è costituito da un singolo filamento di RNA a polarità positiva dal diametro di circa 80-160 nm, il virus influenzale a polarità negativa, di diametro variabile da 50 a 120 nm.

Ad oggi sono noti 7 ceppi di coronavirus in grado di infettare gli umani e tre generi di virus influenzali che possono infettare l'uomo.

Entrambi i virus possono causare pandemia. Il virus dell'influenza negli ultimi 100 anni è stato responsabile di pandemie nel 1918, 1957, 1968 e 2009. Tra le pandemie peggiori, sicuramente vi è la così detta spagnola del 1918-20, trasmessa attraverso uccelli o suini dal virus H1N1, che ha causato la morte di 50-100 milioni di persone al mondo. L'influenza asiatica del 1956, provocata da un virus sottotipo dell'H1N1, ha provocato in circa due anni 1 milione di vittime nel mondo.



Elena Bozzola

Segretario Nazionale SIP

Il coronavirus si è associato alla SARS nel 2003, con un tasso di letalità del 9,2% e alla MERS nel 2012 con un tasso di letalità del 34,4%, ma con contagiosità inferiore a quella associata attualmente al Covid-19. Infatti, nel 2003 la SARS e la MERS hanno causato solo circa 8000 e 2500 morti rispettivamente nel mondo.

Trasmissione. Sia il Covid-19 che il virus dell'influenza possono essere trasmessi da persona a persona in seguito a stretto contatto, principalmente attraverso droplets emesse da soggetto infetto.

Contagiosità. Sia in caso di influenza che di Covid-19, la contagiosità può precedere la sintomatologia clinica di 1-2 giorni. Nel caso del Covid-19, gli infetti possono essere contagiosi per un periodo più prolungato rispetto all'influenza stagionale. Generalmente i pazienti Covid-19 positivi sono contagiosi per almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi. Anche gli asintomatici o pauci-sintomatici possono essere contagiosi se il test per il Covid-19 è positivo. Nell'influenza, il periodo di contagiosità negli adulti e nei bambini più grandi è di circa 7 giorni, con un picco dopo 3-4 giorni dalla comparsa dei sintomi. Nel caso dell'influenza, la contagiosità è influenzata anche dall'età e dallo stato immunitario dell'infetto, essendo maggiore nei bimbi più piccoli e negli immunodepressi.

Incubazione. In entrambi i casi vi è un periodo di incubazione prima delle manifestazioni cliniche. Nel caso di influenza, come riportato dal CDC, i sintomi compaiono dopo 1-4 giorni dal contatto. Nel caso di Covid-19, il periodo di incubazione ha una durata più variabile, dai 2 ai 14 giorni, con una media di 5 giorni.



Sintomi. In entrambi i casi il decorso può essere asintomatico o pauci-sintomatico. La gravità della sintomatologia è variabile e in entrambi i casi è influenzata da più fattori, tra cui età del soggetto affetto e presenza di comorbidità. Dal punto di vista clinico, i sintomi più frequenti in entrambi i casi sono riconducibili ad un'infezione dell'apparato respiratorio. In entrambi i casi, febbre e tosse sono i sintomi più frequentemente riportati. Pertanto, le due condizioni non sono facilmente differenziabili e i sintomi sono spesso sovrapponibili. Infatti, come riportato dal CDC, influenza e Covid si possono presentare con febbre con/senza brividi, tosse, difficoltà respiratoria, astenia, mal di gola, rinorrea o ostruzione nasale, dolori muscolari, mal di testa, vomito e diarrea. In caso di Covid, l'alterazione di gusto e olfatto, quando presenti ci aiutano nella diagnosi differenziale con l'influenza. In letteratura in caso di Covid, vengono inoltre segnalati tosse secca non produttiva e manifestazioni cutanee (rash cutaneo o depigmentazione delle dita). Da una revisione della letteratura, la febbre è riportata come il sintomo più significativo anche in età pediatrica per il Covid-19 (41,5-60% dei casi), spesso associata a tosse, mal di gola e rinorrea.

In un recente studio in cui venivano confrontati bambini ricoverati per il Covid-19 e per l'influenza A complicata da polmonite, tosse, febbre e sintomi gastrointestinali sono risultati significativamente meno frequenti tra i pazienti Covid rispetto a quelli con influenza A. Anche i picchi di febbre sono apparsi diversi nelle due patologie, significativamente più alti in corso di influenza (39,3°C vs 38,5°C). Gli esami di laboratorio hanno mostrato in caso di Covid-19 livelli di PCR, procalcitonina e globuli bianchi inferiori, ma valore assoluto di linfociti superiore. Al contrario, linfopenia, incremento degli indici di flogosi e alterazione dei D Dimeri correlano ad un aumentato rischio di mortalità nei pazienti Covid-19. Infine, nel complesso i pazienti

I danni nel mondo di Influenza Covid-19

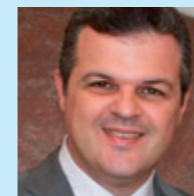
| DECESSI | CASI GRAVI | CASI |
|----------------------|-------------|------------|
| da 290.000 a 650.000 | 3-5 milioni | 1 miliardo |
| 1.570.304 | n.p da OMS | 68.845.368 |

affetti da Covid-19 hanno presentato una sintomatologia clinica più lieve. Ciononostante, in letteratura viene riferita una ospedalizzazione dalle 5 alle 13 volte più lunga rispetto a quella riportata per influenza l'anno precedente.

Complicanze. In entrambi i casi, i quadri clinici si possono complicare. Il rischio è maggiore in soggetti anziani e con patologie concomitanti. Per l'età pediatrica, il rischio di complicanze è maggiore in caso di influenza stagionale.

| Influenza | Covid-19 |
|--|--------------------------------|
| Filamento di RNA - 50-120 nm | Filamento di RNA + 80-160 nm |
| Contagiosità: 7 giorni | Contagiosità almeno: 10 giorni |
| Incubazione: 1-4 giorni | Incubazione: 2-14 giorni |
| Nessuna alterazione di gusto e olfatto | Alterazione di gusto e olfatto |

Vaccinazioni in corso di pandemia



Rocco Russo

Coordinatore Tavolo Tecnico Vaccinazioni SIP

Nel corso dell'attuale pandemia mondiale da Covid-19, sono emerse - e continuano ad emergere - diverse criticità che hanno compromesso a vari livelli gli interventi di prevenzione primaria (es: vaccinazioni), secondaria (es. campagne di screening) e terziaria (follow up). Nel nostro Paese, se da una parte il timore del contagio ha portato molte famiglie a rinviare le sedute vaccinali previste per i figli, dall'altra la chiusura temporanea di alcuni centri vaccinali si è rivelata fatto ben più grave e pericoloso; senza contare la decisione, presa in piena autonomia, da parte delle stesse strutture territoriali di posticipare sedute vaccinali pediatriche del ciclo primario a date da destinarsi, pur avendo a disposizione risorse di personale. Una situazione reiterata di offerta vaccinale ridotta rischia di creare pericolosamente sacche di soggetti suscettibili per malattie prevenibili con vaccino e di conseguenza un rischio aumentato di morbilità e mortalità; e inoltre sarebbe ulteriormente causa di un enorme rimbalzo lavorativo per la necessità di recuperare le sedute vaccinali rimandate e ristabilire il normale calendario vaccinale.

Sintesi delle raccomandazioni OMS

Al fine di evitare una compromissione dell'offerta vaccinale la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha stilato una dettagliata Linea Guida che prevede una serie di raccomandazioni per:

- limitare il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 durante la vaccinazione;
- dare priorità alle vaccinazioni del ciclo primario (in particolare per i vaccini contenenti morbillo-rosolia o pertosse, poliomielite e altri vaccini combinati);
- garantire l'offerta vaccinale per i pazienti a rischio (in particolare contro influenza e pneumococco);
- mantenere e rinforzare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino.

Altre raccomandazioni specifiche sono finalizzate a tutelare gli operatori dei Centri vaccinali da un possibile contagio di SARS-CoV-2 attraverso la formazione del personale nonché l'adeguata applicazione della normativa anti Covid nell'ambulatorio vaccinale.

Nel corso di questa fase pandemica, anche se nei Paesi europei è stata riportata una **netta riduzione delle segnalazioni dei casi di morbillo rispetto agli anni precedenti**, la vaccinazione rimane comunque e sempre una priorità assoluta, in quanto le motivazioni che stanno alla base di tale calo, possono essere di vario genere come ad esempio: condivisione delle stesse vie di trasmissione per entrambi virus che causano il morbillo e il Covid-19, che beneficerebbero delle stesse misure di contenimento e diffusione virale; **la pandemia risulterebbe essere stata responsabile delle interruzioni di servizi sanitari negli ospedali e nella medicina di base che potrebbero aver compromesso l'accesso alle cure, oppure che i pazienti avessero richiesto meno cure.**

Nonostante il perdurare dell'emergenza e della situazione di difficoltà del nostro SSN, l'auspicio continua ad essere quello di svolgere regolarmente le attività vaccinali, tenendo alta l'attenzione nei confronti delle malattie infettive prevenibili con vaccino; ma soprattutto di effettuare una comunicazione efficace rivolta alle famiglie in modo da attenuarne le preoccupazioni, rinforzare i legami con la comunità e ristabilire la domanda di vaccinazione da parte dell'intera comunità.

Il caso del morbillo, i numeri

Secondo i dati dell'ECDC (Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie) pubblicati su Eurosurveillance, tra il 1 gennaio e il 31 maggio di quest'anno sono stati segnalati 1917 casi di morbillo (1246 confermati, 390 probabili, 276 possibili e 5 sconosciuti) nei 30 Paesi europei inclusi nella sorveglianza (Paesi Ue/Spazio economico europeo e Regno Unito). Dal 2010 - si legge ancora nello studio - è il secondo numero più basso di casi mai segnalato durante la cosiddetta 'alta stagione' (dopo i 1104 casi di gennaio-maggio 2016). E per la prima volta - rilevano gli esperti - il numero di casi segnalati nel 2020 è diminuito drasticamente tra gennaio (710) e maggio (54). Secondo l'ECDC la pandemia Covid-19 ha probabilmente avuto un impatto sull'epidemiologia del morbillo all'inizio del 2020 in diversi modi. Per approfondire: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.31.2001390#html_fulltext

Pub Med

▼ Khorramdelazad H, et al. Immunopathological similarities between Covid-19 and influenza: Investigating the consequences of Co-infection. Microb Pathog 2020;104554.

▼ Ciuca IM. Covid-19 in children: an ample review. Risk Manag Healthc Policy 2020;13:661-9.

▼ Duarte-Salles T, et al. Baseline characteristics, management, and outcomes of 55,270 children and adolescents diagnosed with Covid-19 and 1,952,693 with influenza in France, Germany, Spain, South Korea and the United States: an international network cohort study. medRxiv 2020;30:2020.10.29.20222083.

▼ Li Y, et al. Comparison of hospitalized patients with pneumonia caused by Covid-19 and influenza A in children under 5 years. Int J Infect Dis 2020;98:80-3.