

## Vaccinazioni pediatriche antiCovid-19 24 motivi per dire No, non avere fretta di vaccinare tuo figlio

Aggiornamento della posizione sulle vaccinazioni antiCovid pediatriche  
della Commissione Medico-Scientifica indipendente  
(Marzo 2022)

Aggiorniamo il documento sulle vaccinazioni pediatriche con informazioni rilevanti comparse negli ultimi tre mesi nella letteratura scientifica, ribadendo la richiesta di un confronto sul tema con il CTS governativo.

**1. Non c'è alcuna emergenza Covid tra i bambini**  
Tutti gli studi scientifici sono concordi su questo punto: se contagiati dal SARS-CoV-2, i bambini sono in genere asintomatici o con sintomi lievi.

**2. Da quando la variante Omicron è diventata dominante si sono registrate più infezioni tra i bambini, ma di minore gravità.**  
Rispetto alle infezioni da variante Delta, nella fascia sino a 5 anni si è registrata una riduzione:

- del 29% di accessi al Pronto Soccorso
- del 67% dei ricoveri
- del 68% degli accessi in terapia intensiva
- del 71% per il ricorso a respirazione assistita, che nei bambini costituiscono comunque eventi rari.

**3. I rischi di ricovero per Covid nei bambini sono molto ridotti**  
I ricoveri in terapia intensiva sono molto ridotti: 252 su oltre 2.200.000 diagnosi di COVID-19 nella fascia pediatrica **1 su 33.000 circa**, e riguardano spesso bambini con altre patologie. In **Germania, tra bambini 5-11 anni senza patologie**, il rischio è stato di 1 su 50.000, e nessuno è morto.

**4. Non c'è aumento di mortalità per Covid tra i bambini**  
L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha registrato finora 40 decessi da 0 a 15 anni in due anni di pandemia, quindi circa 20 casi/anno, corrispondenti a 1 decesso ogni 410.333 bambini/anno, cioè 0,24 decessi ogni 100.000/anno. 20 morti all'anno sono anche circa 100 volte meno dei 1.920 bambini da 0 a 14 anni morti in media ogni anno nel quinquennio 2015-2019 (Istat).

Buona parte di tutti questi decessi annui da altre cause sarebbero prevenibili, e meriterebbero ben maggiore attenzione. Invece, non è scontato che le vaccinazioni avrebbero impedito il decesso di tutti i 20 morti/anno da COVID-19, trattandosi in maggioranza di soggetti già affetti da serie patologie, per i quali non sappiamo se il SARS-CoV-2 sia stata l'unica causa della morte.

**5. La MIS-C è rara/molto rara**  
La sindrome di infiammazione multisistemica pediatrica temporalmente correlata a Sars-CoV-2 (PIMS-TS, detta anche MIS-C) è rara (**3,16 su 10.000 bambini infettati con Sars-CoV-2** negli USA, dove colpisce per lo più bambini neri, ispanici e asiatici rispetto ai bianchi, e molto rara **in Germania: 1,7 su 10.000** casi positivi). In un confronto negli USA, il rischio annuo di ricovero per MIS-C è stato circa la metà di quello di ricovero per influenza o per virus respiratorio sinciziale nei bambini da 5 a 10 anni. La sola influenza ha provocato un numero di giorni/anno di ricovero quanto Covid-19 più MIS-C insieme. Con la vaccinazione di massa, stanno anche iniziando segnalazioni di MIS-C in bambini dopo la vaccinazione.

**6. Durata e gravità dei sintomi del "Long Covid" sono simili a quelli di comuni patologie virali**  
Il numero dei sintomi sembra in media persino minore: nel Regno Unito ha avuto sintomi persistenti a 4 settimane l'1,8% dei bambini dopo COVID-19, lo 0,9% dei bambini dopo altre infezioni virali respiratorie; ma in media con COVID-19 ha avuto solo 2 sintomi, e 1 spesso è stato anosmia; con altre infezioni respiratorie 5 sintomi.

Le richieste di **consulenze mediche nei pazienti post COVID** sono risultate minori rispetto a quelle dei pazienti colpiti da altre infezioni respiratorie, e i quadri clinici non sono stati nell'insieme più impegnativi. Terapie precoci efficaci possono ridurre la gravità dei rari casi complicati e le conseguenze a lungo termine.

## 7. Altri Paesi non raccomandano la vaccinazione pediatrica

in Svezia perché, **secondo l'Agenzia della Salute**, i benefici non superano i rischi; in Norvegia **non esiste una raccomandazione** per vaccinare tutti i bambini perché "i bambini raramente si ammalano in modo grave e la conoscenza sugli eventi avversi rari o che possono manifestarsi a distanza di tempo dalla vaccinazione è limitata". Altrettanta cautela vige nel **Regno Unito**, dove la vaccinazione è **consigliata** per la minoranza di bambini tra 5 e 11 anni a rischio di serie complicazioni o conviventi con soggetti immunodepressi.

## 8. I bambini non sono causa importante di trasmissione in famiglia

I bambini non sono i maggiori determinanti nella diffusione del virus **neppure in ambito familiare**.

## 9. Anche vaccinando i bambini (e chiunque) non si può raggiungere l'immunità di gregge

È impossibile ottenere **l'immunità di gregge** con le vaccinazioni in uso a causa:

- della **rapida diminuzione della protezione** indotta dal vaccino, che già con la variante Delta **a 6-7 mesi** (pag. 27) o **9 mesi** poteva diventare persino negativa, anche in modo significativo, come mostrano le figure sotto riprodotte:

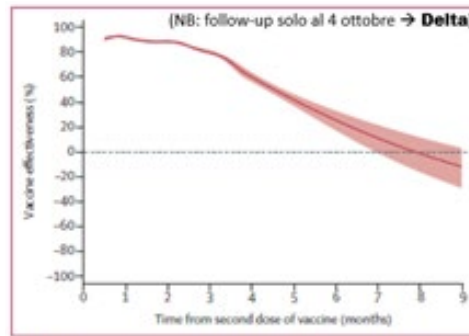


Figure 2: Vaccine effectiveness (any vaccine) against SARS-CoV-2 infection of any severity in 842 974 vaccinated individuals matched to an equal number of unvaccinated individuals for up to 9 months of follow-up. The association is shown using proportional hazards models with 95% CIs (shaded areas) and restricted cubic splines. The model was adjusted for age, baseline date, sex, homemaker service, place of birth, education, and comorbidities at baseline.

La protezione da una **infezione di ogni gravità** in Svezia

- non è più statisticamente significativa a **7 mesi**
- è nulla a **8 mesi**
- è tendenzialmente **negativa**, cioè **sotto alla protezione dei non vaccinati, a 9 mesi** sebbene tra i non vaccinati abbiano espressamente escluso tutti i soggetti con una precedente infezione.

- dell'**incapacità di prevenire la trasmissione** di SARS-CoV-2 a distanza del completamento del ciclo vaccinale
- della presenza di un gran numero già identificato di **serbatoi animali**, selvatici ma anche domestici, per il virus Sars-CoV-2: cani, gatti, altri felini, mustelidi, roditori...

## 10. I vaccini si sono rivelati inefficaci nel prevenire l'infezione ARGOMENTO DECISIVO

- nelle due settimane circa successive** all'inoculo,
- nel medio termine**, perché la protezione dall'infezione, che parte bene dopo i primi 14 giorni, quasi **si azzerava** 5 mesi dopo la 2ª dose, sino persino a **invertirsi**, perché i soggetti completamente vaccinati diventano addirittura meno protetti dall'infezione. Ciò è dimostrato già con la variante Delta anche in Italia dall'ISS, che ha pubblicato sul BMJ i seguenti grafici:

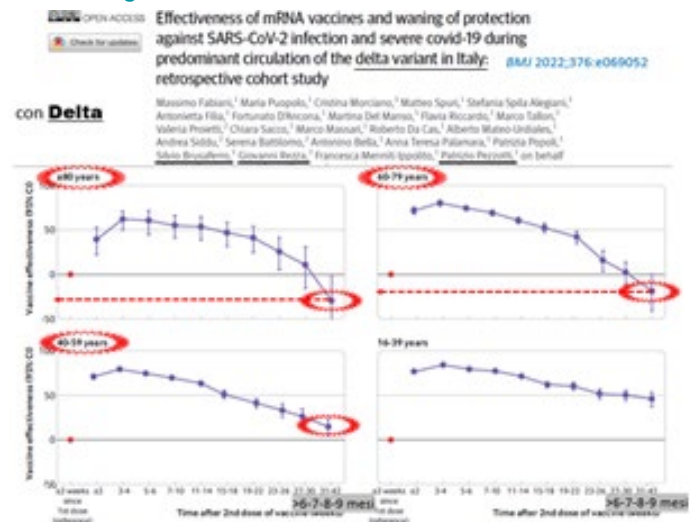


Fig 1 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as (1-IRR) x 100, where IRR=incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long-term care facilities.

In base a una ricca letteratura, è ormai chiarito che la vaccinazione mantiene buona efficacia per vari mesi verso la Covid-19 grave, ma che la protezione verso l'infezione, già **negativa** subito dopo l'inoculo (Hunter PR e Brainard J, 2021 / Craig C, BMJ 2021 / Hitchings MDT et al, 2021 / Chemaitelly H et al, 2021), poi migliora per pochi mesi, **ma si deteriora poi piuttosto in fretta** (sino forse a invertirsi - Chemaitelly, 2021 - Qatar

Table S11. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine against any SARS-CoV-2 infection, symptomatic SARS-CoV-2 infection, or asymptomatic SARS-CoV-2 infection, with effectiveness estimated using a multivariable logistic regression analysis of associations with a PCR-positive test, January 1, 2021 to September 5, 2021, adjusting for sex, age, nationality, reason for PCR testing, and calendar week of PCR test<sup>a</sup>.

Age SARS-CoV-2 infection	Original sample size	SARS-CoV-2 positive	Multivariable regression adjusted OR (95% CI)	Vaccine effectiveness % (95% CI)
Unvaccinated	88	81 (1.02-1.09)	1.00	-
0-14 days after first dose	15,387	1,297 (1.15)	0.47 (0.45-0.70)	-53 (4.9; -1.7)
15-14 days after first dose and no second dose	58,387	3,296 (1.7)	0.22 (0.21-0.23)	32.5 (29.1; 31.4)
1 <sup>st</sup> month after the second dose	31,702 (1)	718 (1.5)	0.29 (0.27-0.30)	78.0 (77.1; 78.8)
2 <sup>nd</sup> month after the second dose	21,371 (1)	777 (1.7)	0.34 (0.33-0.34)	75.4 (69.9; 72.8)
3 <sup>rd</sup> month after the second dose	15,371 (1)	777 (1.7)	0.39 (0.34-0.44)	64.3 (61.9; 66.7)
4 <sup>th</sup> month after the second dose	9,401 (1)	777 (1.7)	1.11 (1.08-1.13)	-11.4 (-20.1; -2.5)
5 <sup>th</sup> month after the second dose	8,801 (1)	1,211 (1.39-1.33)	1.21 (1.19-1.33)	-20.8 (-32.5; -9.8)
6 <sup>th</sup> month or greater after the second dose	7,001 (1)	1,431 (1.72-1.48)	1.43 (1.32-1.48)	-43.4 (-48.1; -37.1)

Con 2 dosi dopo 5-7 mesi potrei infettarmi di più?!

benché con altre modalità di calcolo, indicate nel testo principale dell'articolo, la protezione tra 5-7 mesi resterebbe di segno positivo, anche se di entità trascurabile, come ammettono gli autori. Essi inoltre usano il disegno test-negativo, che tende a esagerare l'efficacia vaccinale.

Includere persone con comorbidità, residenti in case riposo e lungodegenti, immunocompromessi...

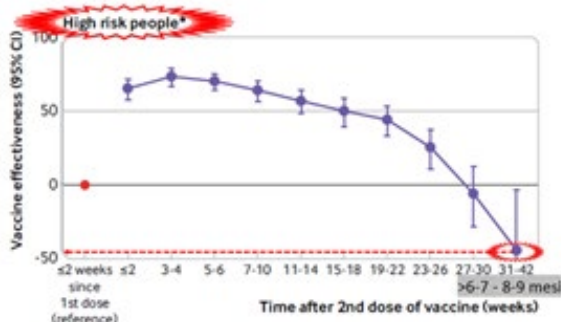


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as  $(1-IRR) \times 100$ , where  $IRR$ =incidence rate ratio. \*Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long term care facilities

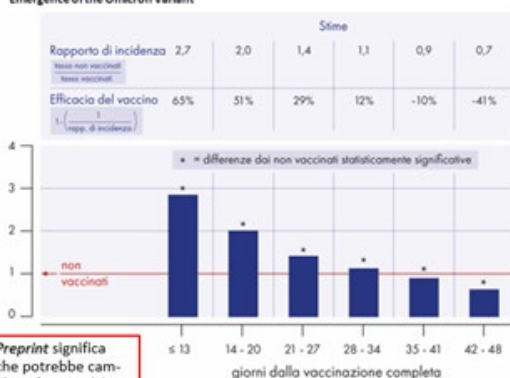
## 12. I non vaccinati non favoriscono in modo particolare varianti e circolazione virale

La mancata vaccinazione non favorisce la circolazione del virus e la nascita delle varianti rispetto ai vaccinati, nel medio periodo. Infatti, in un anno di 52 settimane, se il bambino non si infetta non è mai infettivo, se si infetta lo è per una settimana, e per le altre 51 è diventato immune. Anche il vaccinato è più suscettibile a infezioni nelle due settimane che seguono l'inoculo, che oltretutto va ripetuto almeno tre volte, con somma dei relativi periodi di maggior suscettibilità alle infezioni (e delle reazioni avverse).

## 11. La variante Omicron ha ridotto l'efficacia dei vaccini

In Danimarca l'efficacia pratica è risultata 55% nel 1° mese dopo l'inoculo, a tre mesi era prossima allo zero, ed è precipitata a -76,5% tra i 3 e i 5 mesi. Una 3<sup>a</sup> dose ha fatto risalire la protezione ai livelli iniziali, ma quanto durerà? Israele e il Ministero della Salute italiano parlano già di 4<sup>a</sup> dose per tutti ...

Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5-11 and 12-17 years in New York after the Emergence of the Omicron Variant



Preprint significa che potrebbe cambiare dopo revisione

Vuol dire che dopo 1 mese e ½ dal ciclo di base si potrebbe infettare (e infettarmi) di più?!

Rapporto di incidenza di casi Covid-19 tra bambini non vaccinati vs. vaccinati, di età 5-11 anni (periodo 3 - 30 gennaio 2022) (adattata da Dorabawila et al., medRxiv preprint 2022.02.25.22271454)

Nello Stato di New York, nei bambini di 5-11 anni

- la protezione dal ricovero è diminuita al 48 % un mese dopo la 2<sup>a</sup> dose
- la protezione dall'infezione è crollata al 12% dopo un mese, e si è addirittura invertita a soli 45 giorni, per cui i non vaccinati si sono infettati il 30% in meno rispetto ai vaccinati, come dal grafico qui riprodotto.

Ciò significa che uno dei maggiori argomenti usati a favore della vaccinazione dei bambini, ridurre i rischi per anziani fragili ed eventuali compagni di scuola che non si possano vaccinare, si rovescia nel suo opposto dopo solo un mese e mezzo dalla 2<sup>a</sup> dose.

## 13. Se non valesse quanto chiarito ai punti 11 e 12, non sarebbe comunque etico vaccinare i bambini per proteggere indirettamente altri

Se anziani e soggetti fragili sono immunizzati, i rischi di trasmissione derivanti dalla mancata vaccinazione dei bambini sono molto ridotti, quanto meno nei primi mesi dopo la vaccinazione, prima che la protezione declini.

## 14. Non è accettabile ricorrere al ricatto dell'esclusione dalla vita sociale per costringere i bambini alla vaccinazione

Oltretutto, la loro esclusione dalla vita sociale non è neppure razionale, come spiegato ai punti 20 e 21.

## 15. Il numero di bambini (e di eventi rilevati) nei trial sui vaccini è insufficiente

Il numero di bambini reclutati negli studi clinici di fase 2/3 (1517 vaccinati vs 751 con iniezione salina) e seguiti per soli 2,3 mesi è del tutto insufficiente per rilevare possibili eventi avversi gravi e rari.

## 16. I rischi della vaccinazione pediatrica superano i benefici (salvo eccezioni)

I rischi della vaccinazione COVID-19 in età pediatrica superano in modo dimostrabile i benefici, sia negli studi registrativi, sia nei pochi esempi di sorveglianza attiva, che mostrano reazioni avverse nella maggioranza dei vaccinati, e reazioni severe, con impatto sulla salute (dall'impedire la normale attività quotidiana al richiedere assistenza medica di intensità crescente), nell'11%~ di 12-17enni dopo la 1<sup>a</sup> dose e nel 27% in media dopo la 2<sup>a</sup> dose (Table 3 del pdf).

L'AIFA afferma "non si rilevano al momento segnali di allerta in termini di sicurezza". Mentre il **Rapporto Annuale AIFA**, basato sulla sorveglianza passiva, cioè sulle segnalazioni spontanee, riporta (al 26-12-2021) sole 109 segnalazioni di sospette reazioni avverse in media ogni 100.000 dosi somministrate, il rapporto v-safe (sorveglianza attiva), **pubblicato dai CDC** (Centers for Disease Control and Prevention) **negli USA** (table 5) riporta per i 2 vaccini a mRNA 68.600 reazioni x 100.000 prime dosi somministrate e 71.700 reazioni x 100.000 seconde dosi. Ne consegue che il Report AIFA riporta una frequenza di segnalazioni ~640 volte inferiore a v-safe, dimostrando la totale inadeguatezza della sorveglianza passiva.

Sbaglierebbe chi pensasse che tale incredibile divario riguardi solo reazioni lievi, di scarsa importanza. Se infatti si considerano le reazioni gravi (severe), "con impatto sulla salute", la sottovalutazione per paradosso è ancora maggiore. Infatti v-safe riporta ~1.250 volte più reazioni avverse severe rispetto al Rapporto AIFA.

## 17. Bambini e adolescenti sarebbero esposti a rischi di eventi avversi anche severi

Non solo immediati, ma possibili anche a medio e lungo termine, che iniziano a emergere con aumento di **miocarditi** nei maschi, di **irregolarità mestruali** nelle femmine e di **malattie autoimmuni**. Gli eventi avversi possono aumentare con i richiami, prospettati ormai almeno ogni anno.

## 18. Le miocarditi

Nonostante non ne sia ancora definita l'esatta incidenza, dopo la seconda somministrazione del vaccino Pfizer le segnalazioni spontanee di miocardite nei maschi di età 16-17 anni sono risultate oltre **100 volte** maggiori rispetto ai casi attesi,

Table 2. Reports to VAERS After mRNA-Based COVID-19 Vaccination That Met the CDC's Case Definition for Myocarditis Within a 7-Day Risk Interval per Million Doses of Vaccine Administered

Age group, y	Reported cases of myocarditis within a 7-d risk interval per million doses of vaccine administered (95% CI) <sup>a</sup>		Expected cases of myocarditis in a 7-d risk interval per million doses (95% CI) <sup>b</sup>	
	Vaccination with BNT162b2	Vaccination with mRNA-1273 <sup>c</sup>	First dose	Second dose
12-15	7.06 (4.88-10.23)	70.73 (61.68-81.11)		0.53 (0.40-0.70)
16-17	7.26 (4.45-11.86)	105.86 (91.65-122.27)		1.34 (1.05-1.72)
18-24	3.82 (2.40-6.06)	52.43 (45.56-60.33)	10.73 (7.50-15.34)	56.31 (47.08-67.34)

mentre per i maschi **di età inferiore ai 40 anni** si registra un eccesso di 3, 12 e 13 casi di miocarditi/milione nelle 4 settimane dopo la 1<sup>a</sup>, la 2<sup>a</sup> e la 3<sup>a</sup> dose del vaccino Pfizer; e di ben 12 e 101 casi di miocarditi/milione dopo la 1<sup>a</sup> e la 2<sup>a</sup> dose del vaccino Moderna.

Nei ragazzi di 12-17 anni con precedente infezione e senza comorbidità, anche una dose comporta **più rischi** che benefici. A differenza di quanto sostengono le Società Professionali pediatriche, che minimizzano la gravità di queste mio/pericarditi vaccinali, l'European Medicines Agency (EMA) ha confermato che il decorso delle mio/pericarditi nei vaccinati **non è diverso** da quello che tali patologie presentano nella popolazione generale: dunque costituiscono sempre eventi avversi gravi.

## 19. Gli esiti più definitivi (mortalità totale, non solo da COVID) negli studi clinici con vaccini a mRNA sugli adulti non sono ad oggi rassicuranti

e richiederebbero un urgente approfondimento scientifico, come pure l'eccesso di mortalità nelle fasce di età inferiori ai 65 anni nel 2021 rispetto al 2020 che emerge in **EuroMOMO**, coerente con i dati ISTAT 2021 verso 2020 disponibili per giovani adulti italiani.

## 20. In generale è controproducente impedire l'infezione da Sars-CoV-2 nei bambini

Questo perché li espone al **rischio di contrarre la malattia in età più avanzate**, con maggiori possibilità di decorsi più gravi, mentre in età pediatrica la malattia è quasi sempre lieve o asintomatica e produce un'immunità **naturale persistente**.

## 21. Con opportune cautele, l'immunità naturale andrebbe favorita in queste fasce d'età

Vanno discusse in base a dati scientifici strategie che consentano lo **sviluppo dell'immunità naturale nei gruppi a minimo rischio** di forme gravi di COVID-19, poiché allo stato delle conoscenze l'immunità acquisita con l'infezione naturale è **più robusta e duratura** di quella vaccinale. Ciò dà un vantaggio individuale al bambino, ma anche alla sua famiglia, ai nonni e all'intera comunità.

## 22. I conflitti di interessi rendono tanti studi poco affidabili

Gli studi randomizzati sinora pubblicati sono finanziati dal produttore, gli autori hanno in maggioranza importanti relazioni finanziarie con le industrie produttrici o sono loro dipendenti, il numero di eventi è basso al momento dell'interruzione/rottura anticipata del doppio cieco, lo stesso mantenimento iniziale del doppio cieco è quanto meno poco chiaro: queste **quattro condizioni** portano **ciascuna a esagerare in modo sistematico i benefici** e la sicurezza dei prodotti in corso di valutazione.

**23. Le società professionali, finanziate dalle case farmaceutiche, non esprimono linee guida e raccomandazioni indipendenti**

Importanti Società professionali che insistono per una vaccinazione universale dei bambini ricevono cospicui finanziamenti dalle industrie farmaceutiche (esempio).

**24. Non sono ancora disponibili cure per i bambini danneggiati da questi vaccini mentre sono disponibili interventi profilattici e utili terapie precoci per la COVID-19 (da min. 30').**

[www.cmsindipendente.it](http://www.cmsindipendente.it)