

Vaccinazioni pediatriche antiCovid-19: 16 motivi per dire No, non avere fretta di vaccinare tuo figlio

Il 2 dicembre dal Corriere della Sera il Prof. Dallapiccola ha posto una domanda pubblica: “Per quale ragione non dovrebbero essere vaccinati?”. Eccone sedici, che noi della Commissione Medico-Scientifica (CMS) indipendente vogliamo discutere con il CTS governativo.

1. Non c'è alcuna emergenza Covid tra i bambini.

Se sono contagiati dal SARS-CoV-2 sono in genere [asintomatici o con sintomi lievi](#) (Fig. 16).

2. Non c'è aumento di mortalità per Covid tra i bambini.

L'aumento delle infezioni tra i bambini non ha causato un aumento di mortalità. Da 0 a 19 anni l'ISS ha registrato finora 35 morti, cioè ~20 casi/anno, che - su 10.431.663 bambini/ragazzi 0-19 anni (ISTAT) - significa 1 decesso ogni 522.000 bambini/anno, cioè 0,19 decessi su 100.000, 125 volte meno dei 2.505 bambini morti in media ogni anno nel quinquennio 2015-2019.

L'aumento delle infezioni tra i bambini non ha causato un aumento di mortalità. Buona parte dei 2.500 decessi annui da altre cause sarebbero prevenibili, e meriterebbero ben maggiore attenzione. Invece, non è scontato che le vaccinazioni avrebbero salvato parte di questi 20 morti/anno da COVID-19, trattandosi in maggioranza di soggetti già affetti da serie patologie.

3. I rischi di ricovero per Covid nei bambini sono molto ridotti.

Anche i rischi di ricovero in terapia intensiva sono molto ridotti: 1 su oltre 46.000 diagnosi di COVID-19, e riguardano spesso bambini con altre patologie. In [Germania, tra bambini 5-11 anni senza patologie](#), il rischio è di 1 su 50.000, e nessuno è morto.

4. La MIS-C è rara/molto rara e i sintomi da Long Covid sono lievi.

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 in modo del tutto sproporzionato bambini neri, ispanici e asiatici rispetto ai bianchi, e molto rara

in Germania: 1,7 su 10.000 casi positivi). Inoltre, l'associazione con SARS-CoV-2 è possibile ma incerta e non è chiarito in quale misura le vaccinazioni la evitino.

La 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 (ha sintomi persistenti a 4 settimane l'1,8% dei bambini dopo COVID-19, lo 0,9% di quelli dopo altre infezioni virali respiratorie; ma in media con COVID-19 ha solo 2 sintomi, e 1 spesso è anosmia; con altre infezioni respiratorie 5 sintomi).

Terapie precoci efficaci possono ridurre la gravità dei rari casi complicati e le conseguenze a lungo termine.

5. Anche vaccinando i bambini (e chiunque) non si raggiunge 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 a 6-7 mesi (pag. 27) o 9 mesi (pag. 33) può diventare persino negativa,
- 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, anche domestici.

Nell'ultimo mese il tasso di infezioni su 100.000 è stato di circa 800 casi tra i non vaccinati e 400 tra i vaccinati (con ciclo completato da pochi mesi, quando la protezione è massima). Dunque, se anche si vaccinasse il 100% della popolazione, il 50% resterebbe suscettibile a infettarsi/infettare.

6. I bambini non sono causa importante di trasmissione in famiglia.

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

7. 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 immune. Anche il vaccinato è più suscettibile a infezioni nelle due settimane che seguono l'inoculo.

8. Non è 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.

9. 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 insufficiente per rilevare possibili eventi avversi gravi e rari.

10. *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 severe, con impatto sulla salute (dall'impedire la normale attività quotidiana in su), nell'11%- di 12-17enni dopo la 1^a dose e nel [27% in media dopo la 2a dose](#) (Table 3 del pdf). L'AIFA afferma "non si rilevano al momento segnali di allerta in termini di sicurezza". Ma la sorveglianza passiva, che fa dichiarare all'AIFA "[128 segnalazioni di reazioni avverse ogni 100.000 dosi somministrate](#)" sottostima di centinaia di volte le reazioni avverse rilevate dai CDC USA con sorveglianza attiva v-safe [negli adulti](#) (Lettera 97 Gruppo NoGrazie, pag. 2-5) e negli adolescenti.

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.

NB: gli esiti più definitivi ([mortalità totale](#), non solo da COVID) nei trial 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 ad oggi disponibili per adolescenti e giovani adulti italiani.

11. *È in generale 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 sarà quasi sempre lieve o asintomatica e produrrà un'immunità [naturale persistente](#).

12. *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.

13. *Prima dei bambini è equo e ragionevole vaccinare anziani e fragili.*

Come sostenuto anche dall'OMS, non sarebbe equo vaccinare i bambini quando in molti Paesi anziani e fragili che ne avrebbero maggior beneficio non possono accedere alla vaccinazione

14. *I conflitti di interessi rendono tanti studi poco affidabili.*

Gli studi sinora pubblicati sono finanziati dal produttore, gli autori sono in maggioranza dipendenti o con importanti relazioni finanziarie con le industrie produttrici, il numero di eventi è basso al momento dell'interruzione/rottura anticipata del doppio cieco negli studi: queste tre [condizioni](#) portano [ciascuna](#) a [esagerare in modo sistematico i benefici](#).

15. *Le società professionali, finanziate dalle case farmaceutiche, non esprimono linee guida indipendenti.*

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

16. *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](#).*

La Commissione Medico-Scientifica indipendente (Prof. Paolo Bellavite, ematologo; Marco Cosentino, farmacologo; Vanni Frajese, endocrinologo; e Dott. Alberto Donzelli, igiene e medicina preventiva; Patrizia Gentilini, oncologa; Eugenio Serravalle, pediatra) ha chiesto in modo formale un **confronto scientifico urgente con il CTS** del Governo, anche rispetto all'urgenza e alla necessità di questa vaccinazione in età pediatrica.

Come ha già fatto il Coordinamento 15 ottobre, sarà apprezzato il supporto di chiunque/di qualsiasi Organizzazione alla nostra richiesta di un confronto scientifico trasparente, aperto e senza censure con il CTS, che oggi sta promuovendo una vaccinazione universale e indiscriminata.