

Proteggiamo i bambini.

*12 luoghi comuni sulle vaccinazioni antiCOVID
nei minori e relativa verifica alla luce delle
ultime conoscenze scientifiche.*

Dicembre 2021

A cura di **Associazione Vaccinformato**

INDICE

Proteggiamo i bambini	2
“È consentita la co-somministrazione di vaccini già amministrati ai bambini e ai ragazzi.”	4
“Sono morti 34 minori, tra bambini e ragazzi, per COVID nel 2021: questa è una motivazione importante per vaccinare.”	4
“Il Covid non è più clemente nei bambini, dobbiamo vaccinarli.” ..	6
“Si può morire dopo aver fatto il vaccino, ma non a causa del vaccino.”	7
“Nessun effetto collaterale grave dei vaccini anti-COVID su bambini e ragazzi.”	8
“Vaccinare i bambini è utile a tutta la comunità per raggiungere l’effetto gregge.”	9
“Vaccinare i bambini è una protezione per chi sta loro attorno e per la società.”	9
“Non vanno fatti esami prima e dopo la vaccinazione per prevenire problemi (come la miocardite/pericardite) o per valutare la risposta anticorpale.”	11
“I vaccini migliorano la salute.”	11
“I vaccini sono stati studiati su un rappresentativo campione di casi.”	12
“I vaccini dopo gli studi pre-commercializzazione sono monitorati attentamente.”	13
“I vaccini aiutano a evitare varianti.”	15
“No, i vaccini contro il coronavirus non sono sperimentali.”	15

Proteggiamo i bambini.

12 fatti verificati sulle vaccinazioni anti COVID

1

Nessuno studio è stato registrato per valutare la **cosomministrazione** del vaccino Pfizer e **altri vaccini** di routine nei bambini e ragazzi.

2

Nella **fascia 0-19** la percentuale di **morti per covid** è lo **0,0003%**, mentre il rischio di **morire di tumore** per questa fascia di età è dello **0,003%**, *ovvero 10 volte tanto (1000%)*, e il rischio di **morire in un incidente stradale** è dello **0,001%**, *ovvero 30 volte tanto (3333%)*.

In Italia, nel 2019 il **particolato fine PM2,5** ha causato la **morte dello 0,08%** della popolazione italiana.

La maggior parte dei decessi attribuiti a COVID-19 riguarda persone anziane con comorbidità elevate.

3

I bambini eliminano più facilmente e velocemente il virus, sono in grado di controllare meglio l'infezione in fase iniziale rispetto agli adulti e quindi hanno **un rischio inferiore di sviluppare un COVID-19 grave**.

4

Il **VAERS** (Vaccine Adverse Event Reporting System), un programma statunitense per la sicurezza dei vaccini, al 17 novembre **2021 aveva ricevuto 10.014 segnalazioni di morte a seguito della somministrazione del vaccino anti-covid 19**. Considerato che la popolazione americana è pari a **322.005.700 abitanti**, questi decessi rappresentano lo **0,003%** della popolazione, **ovvero una percentuale 10 volte superiore di quella che rappresenta la mortalità infantile per COVID in Italia (0,0003%**, come specificato prima). Storicamente, è stato rilevato che il VAERS riporta circa l'1% degli effettivi eventi avversi da vaccino/inoculazione. Quindi **i dati delle morti post vaccinazione sono verosimilmente sottostimati di 100 volte (1.001.400 vs 10.014)**.

5

Come riportato dalla casa produttrice (Pfizer) **non si conoscono gli effetti, anche gravi, e l'efficacia a lungo termine** del vaccino antiCOVID, perché non sono stati studiati.

6

Non si sa se la vaccinazione fornisca protezione contro l'infezione asintomatica, né se impedisca la trasmissione del virus. La durata della protezione è sconosciuta. Ci dicono che queste incertezze verranno affrontate sulla popolazione reale dopo l'immissione in commercio, eppure l'efficacia e la sicurezza di un vaccino sono dimostrabili solo attraverso studi controllati, randomizzati e in doppio cieco.

Non esistono doveri dei bambini verso la società, esistono doveri e responsabilità della società verso i bambini, per cui essi non devono sacrificarsi per la popolazione.

7

Durante i trials i partecipanti vengono testati con esami specifici per il danno miocardico e vengono effettuati esami anticorpali per valutare la risposta al vaccino. Perché nella popolazione reale non viene fatto?

8

I vaccini non migliorano lo stato di salute, permettono solo di sviluppare anticorpi, che però diminuiscono nel tempo. Viceversa iniezioni multiple e iniezioni di richiamo possono avere effetti avversi cumulativi. Gli studi riguardanti una singola iniezione sulla biodistribuzione del vaccino hanno dimostrato che il materiale iniettato può essere trovato negli organi in tutto il corpo, con la conseguente possibilità di insufficienza multiorgano.

9

Dai trials vengono escluse diverse categorie di persone, per cui i risultati di questi studi non rispecchiano il rapporto rischio beneficio all'interno della popolazione reale.

10

Dopo l'immissione in commercio, gli effetti dei vaccini non vengono monitorati attentamente nella popolazione reale perché non viene fatta farmacovigilanza attiva, ma solo passiva, ovvero la segnalazione spontanea. È stato dimostrato che con la farmacovigilanza passiva il numero di reazioni avverse è sottostimato fino a 100 volte.

11

Si prevede che il numero totale di infezioni diminuisca significativamente con l'aumentare della copertura vaccinale, a condizione che vi sia una corrispondenza tra i ceppi vaccinali e i ceppi virali circolanti. Attualmente, però, il genoma originario (Wuhan 1) su cui sono basati i vaccini non è quasi più in circolazione e ad oggi, sono state depositate nel mondo più di 5 milioni e mezzo di sequenze genomiche.

12

Gli studi sperimentali per i bambini termineranno nel maggio 2026.

1

“È consentita la co-somministrazione di vaccini già amministrati ai bambini e ai ragazzi.”

I vaccini attualmente in uso per l'età pediatrica sono i seguenti, con relativi richiami a cadenza periodica: anti-difterite, anti-tetano, anti-pertosse, anti-poliomielite, anti-Haemophilus influenzae di tipo b, anti-epatite B, anti-meningococco B, anti-meningococco C, anti-meningococco, anti-rotavirus, anti-meningococco acwy, anti-influenzale, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-varicella, anti-parotite.

Nessuna prova diretta supporta tale raccomandazione.

Nessuno studio è stato registrato per valutare la co-somministrazione del vaccino BNT162b2 e altri vaccini di routine nei bambini¹.

FACT
CHECK:

2

“Sono morti 34 minori, tra bambini e ragazzi, per COVID nel 2021: questa è una motivazione importante per vaccinare.”

A. 34 sono i minori morti per COVID, ovvero una percentuale nella fascia di età 0-19 corrispondente allo **0,0003%**² del totale.

Mediamente nel quinquennio 2016-2020, sono morti annualmente per **tumore** circa 320 giovani nella fascia 0-19³. Il **rischio di morte per tumore** in questa fascia di popolazione è quindi dello **0,003%**, ovvero **10 volte** il rischio di morte da COVID.

Nel 2020 sono morti 140 bambini e ragazzi nella fascia 0-19 a causa di **incidenti stradali**⁴. Il **rischio di morte a causa di incidenti stradali** in questa fascia di popolazione è dello **0,001%**, ovvero **30 volte** il rischio di morte da COVID.

FACT
CHECK:

¹ September 15, 2021 “BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents” (Il vaccino Pfizer negli adolescenti) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2113394>

² I dati ISTAT sulla popolazione totale dei bambini più recente disponibile: da 0 a 19 anni sono 10431663 <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869>

³ Morti di tumore nei bambini <https://www.airc.it/pediatrici#:~:text=I'82%25%20dei%20bambini%20e,3%20su%204%20guariscono%20completamente!>

⁴ Morti in questa fascia per incidenti stradali [istat.it/it/files//2021/07/Incidenti-stradali_2020.pdf](https://www.istat.it/it/files//2021/07/Incidenti-stradali_2020.pdf)

In Italia per gli effetti del **particolato fine PM_{2,5}** nel 2019 sono morte 49.900 persone⁵, ovvero lo **0,08%** della popolazione italiana.

B. Non sono stati forniti dati sulla **salute pregressa** di questi 34 bambini morti⁶.

“Sono stati analizzati i dati del sistema di sorveglianza nazionale, basato sui casi di diagnosi confermate di COVID-19 dal 20 febbraio all'8 maggio 2020. Quattro bambini sono deceduti per un deterioramento di **condizioni di base già molto compromesse**, per cui l'impatto dell'infezione da SARS-CoV-2 potrebbe aver aggravato la situazione, ma **non sembra possa essere considerata la causa principale della morte**.

In un articolo si legge: “Anche in Italia ci sono stati decessi di bambini? Erano già malati? I decessi purtroppo ci sono stati, sono poco più di dieci e si è trattato di bambini con patologie sottostanti gravi. **Nel loro caso a volte è stato difficile distinguere se il decesso sia avvenuto per l'aggravarsi della malattia pregressa o per l'intervento del Covid**”⁷.

Sottolineiamo che **la maggior parte dei decessi attribuiti a COVID-19 erano anziani con comorbilità elevate**, e l'attribuzione della morte a una delle tante possibili comorbilità, a trattamenti medici o ospedalieri non adeguati, al COVID, o all'insieme di questi in combinazione, è altamente arbitraria e può essere vista come una decisione politica più che una decisione medica. **(Morti con COVID-19 o morti di COVID-19?)**⁸.

L'anno precedente in piena pandemia i bambini morti segnalati erano solo **8**⁹.

La figura sottostante mostra il numero dei decessi per fascia di età a partire dalla 3a settimana di febbraio 2020 (la data del primo decesso

⁵Impatti sulla salute dell'inquinamento atmosferico in Europa <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2021/health-impacts-of-air-pollution>

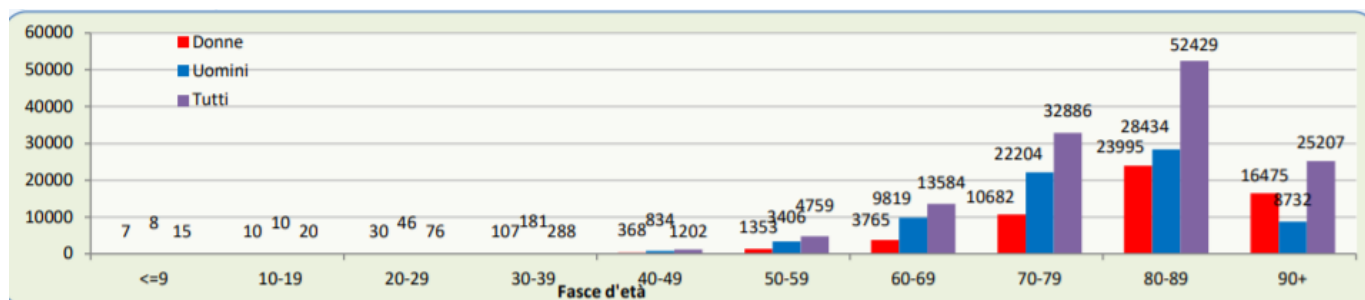
⁶nella popolazione 0-19 anni sono stati riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19, 808.228 casi confermati di cui 34 deceduti (Tabella 2) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_17-novembre-2021.pdf

⁷Bambini morti di Covid in Indonesia: come si spiega? In Italia chi sono i minori ricoverati? https://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/21_luglio_26/covid-come-si-spiegano-morti-bambini-indonesia-italia-chi-sono-minori-ricoverati-53f60d50-ee36-11eb-b806-66e6aa5ff564.shtml

⁸Why are we vaccinating children against COVID-19? (Perchè stiamo vaccinando i bambini contro il covid?) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437699/pdf/main.pdf>

⁹Solo 8 decessi nel 2020 <https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/11/26/covid-pediatri-iss-finora-8-decessi-tra-bambini-6c9fd434-bfcf-4c2c-aa4e-72ad0dcae9b7.html>

risale al 20 febbraio 2020) fino al 5 ottobre 2021; si osservano in totale **35 morti** nella fascia 0-19, di cui **15** nella fascia 0-9¹⁰.



3

“Il Covid non è più clemente nei bambini, dobbiamo vaccinarli.”

**FACT
CHECK:**

Vi è invece la prova che le cellule immunitarie delle vie aeree dei bambini sono predisposte al rilevamento del virus, determinando una risposta antivirale innata precoce più forte verso l'infezione da SARS-CoV-2 rispetto agli adulti.

Diversi studi hanno già dimostrato che i bambini sono molto più rapidi nell'eliminare SARS-CoV-2 rispetto agli adulti e interrompono la replicazione virale prima.

I bambini sono in grado di controllare meglio l'infezione in fase iniziale rispetto agli adulti e quindi hanno un rischio inferiore di sviluppare un COVID-19 grave¹¹.

Nei bambini la maggiore infettività si ha dai due giorni che precedono i sintomi fino al 5° giorno dalla loro scomparsa.

In un'analisi combinata di 79 ricerche, nessuna ha riportato virus capaci di infettare oltre il 9° giorno (benché la PCR potesse ancora rilevare frammenti di virus non infettanti).

I bambini avevano decorsi in media più brevi. Ciò significa che i bambini che risultano positivi al virus possono essere contagiosi per circa una settimana all'anno (vedere anche il punto 7).

¹⁰Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia Dati al 5 ottobre 2021 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_5_ottobre_2021.pdf

¹¹Pre-activated antiviral innate immunity in the upper airways controls early SARS-CoV-2 infection in children (L'immunità innata antivirale preattivata nelle vie aeree superiori controlla l'infezione precoce da SARS-CoV-2 nei bambini) <https://www.nature.com/articles/s41587-021-01037-9>

Anche i vaccinati sono più soggetti a infezioni (che possono trasmettere) nella settimana o poco più che segue l'inoculazione¹².

4

“Si può morire dopo aver fatto il vaccino, ma non a causa del vaccino.”

**FACT
CHECK:**

A seguito dell'introduzione dei vaccini anti-COVID-19, c'è stato un drammatico aumento (nell'ordine delle 30 volte) del numero di segnalazioni di morte presentate al Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS), rispetto al numero delle morti segnalate per tutti gli altri vaccini. In particolare, **vi è un tasso ancora maggiore di coagulopatia e infarto miocardico riportati a seguito dei vaccini COVID-19. Ciò non è spiegabile né con l'aumento del numero delle vaccinazioni somministrate, né con l'ipotesi che i medici invitino con più sollecitudine i pazienti a riportare gli eventi avversi.**

Il VAERS ha ricevuto 10.014 segnalazioni di morte tra le persone che hanno ricevuto un vaccino COVID-19 (0,0022%, rispetto al totale della popolazione statunitense, dato aggiornato al 17 novembre¹³, il 633.3%, in più delle morti nei bambini per COVID in Italia, che, ripetiamo, attualmente sono state lo 0,0003%).

È stato rilevato e dimostrato nel corso del tempo che le segnalazioni spontanee che confluiscono nei report del VAERS riportano solamente l'1% circa degli effettivi eventi avversi da vaccino/inoculazione. Quindi i dati delle morti post vaccinazione sono verosimilmente sottostimati di 100 volte¹⁴ (1.001.400 vs 10.014).

L'OMS ha registrato 19235 reazioni avverse per il vaccino antinfluenzale nel biennio 2020-2021 (dati aggiornati 1-12-2021),

¹²Covid-19: Stronger warnings are needed to curb socialising after vaccination, say doctors and behavioural scientists (Covid-19: sono necessari avvertimenti più forti per frenare la socializzazione dopo la vaccinazione, affermano medici e scienziati comportamentali) <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n783>

¹³Selected Adverse Events Reported after COVID-19 Vaccination (Eventi avversi selezionati segnalati dopo la vaccinazione COVID-19) CDC <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html>

¹⁴Adverse Events Reported Following COVID-19 Vaccinations (Eventi avversi segnalati a seguito di vaccinazioni COVID-19) CDC https://downloads.regulations.gov/CDC-2021-0089-0024/attachment_2.pdf

mentre per i vaccini antiCOVID-19 le segnalazioni in questo biennio sono state: 2642005¹⁵.

5

“Nessun effetto collaterale grave dei vaccini anti-COVID su bambini e ragazzi.”

FACT
CHECK:

Pfizer segnala che il numero di partecipanti all'attuale programma di sviluppo clinico è troppo piccolo per rilevare potenziali rischi di miocardite associati alla vaccinazione (poco più di 1.500 bambini di età compresa tra 5 e 11 anni hanno ricevuto il vaccino nello studio Pfizer, altri 750 hanno ricevuto un placebo).

La sicurezza a lungo termine del vaccino COVID-19 nei partecipanti di età compresa tra 5 e 12 anni sarà studiata in 5 studi sulla sicurezza post-autorizzazione, incluso uno **studio di follow-up di 5 anni per valutare le sequele a lungo termine di miocardite/pericardite post-vaccinazione**¹⁶.

La sicurezza a lungo termine del vaccino mRNA BNT162b2 è attualmente sconosciuta. Sono previsti studi di sorveglianza attiva per seguire la sicurezza a lungo termine nei soggetti vaccinati (attualmente però sui soggetti vaccinati nella popolazione, non si sta facendo alcuna sorveglianza attiva, ma è prevista solo quella passiva, peraltro poco incoraggiata).

L'efficacia a lungo termine del vaccino anti COVID-19 negli adolescenti di età compresa tra 12 e 15 anni non è nota. I dati disponibili sull'efficacia contro COVID-19, che si verifica 7 giorni dopo la dose 2, sono infatti limitati in termini di follow-up (il 95,7% degli adolescenti sono stati seguiti per meno di 3 mesi dopo la somministrazione del vaccino¹⁷).

¹⁵OMS <http://www.vigiaccess.org/> Vigiaccess registra le reazioni avverse ai farmaci (ADR) ed eventi avversi dopo l'immunizzazione (AEFI) segnalate dai centri nazionali di farmacovigilanza o dalle autorità nazionali di regolamentazione dei farmaci che sono membri del Programma dell'OMS per il monitoraggio internazionale dei farmaci (PIDM)

¹⁶Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee October 26, 2021 Meeting Document FDA <https://www.fda.gov/media/153409/download>

¹⁷EMA Assessment report Invented name: COMIRNATY vaccino Pfizer https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-variation_en.pdf

I giovani hanno bisogno di una **valutazione clinica specifica ad personam** prima di precipitarsi in soluzioni semplicistiche e universali. Il professionista sanitario deve innanzitutto rispondere all'imperativo **“primum non nocere”** quindi assicurarsi di non danneggiare nessuno¹⁸.

Gli studi e il VAERS non hanno fornito indicazioni sulla maggiore **predisposizione degli individui alla formazione di coaguli gravi in futuro, con in partenza la presenza già elevata di microcoaguli, che si formano fin dalla prima dose, a causa dell'intervento dell'mRNA**. Questo aspetto è particolarmente rilevante per i bambini, che hanno un lungo futuro che potrebbe essere gravemente impattato da una maggiore predisposizione a patologie gravi e invalidanti dovute a coaguli e non solo, derivanti da queste inoculazioni¹⁹.

6

“Vaccinare i bambini è utile a tutta la comunità per raggiungere l'effetto gregge.”

“Vaccinare i bambini è una protezione per chi sta loro attorno e per la società.”

FACT
CHECK:

Attualmente **non è noto fino a che punto la vaccinazione fornisca protezione contro l'infezione asintomatica e se la vaccinazione impedisca un'ulteriore trasmissione**.

L'EMA (Agenzia Europea per i Medicinali) afferma che l'efficacia del vaccino nel prevenire la diffusione e la trasmissione di SARSCoV-2 dovrebbe essere valutata dopo l'autorizzazione, come previsto per gli adulti (**attraverso la sieroconversione dell'anticorpo N-binding in BNT162b2**).

La durata della protezione è sconosciuta per gli adolescenti, così come per gli adulti.

¹⁸MYOCARDITIS, COVID-19 AND ANTI-SARSCOV2 VACCINES IN ADOLESCENTS: ARE WE REALLY REPORTING THE TRUTH ABOUT REAL-WORLD ADVERSE DRUG REACTIONS? (VACCINI NEGLI ADOLESCENTI: STIAMO DAVVERO SEGNALANDO LA VERITÀ SULLE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI NEL MONDO REALE?) <https://www.dibellainsieme.org/wp-content/uploads/2021/10/Myocarditis-COVID-19-and-anti-sarscov2-vaccines-in-adolescents-are-we-really-reporting-the-truth-about-real-world-adverse-drug-reactions.pdf>

¹⁹Why are we vaccinating children against COVID-19? (Perchè stiamo vaccinando i bambini contro il covid?) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437699/pdf/main.pdf>

I dati di efficacia disponibili sono insufficienti per trarre conclusioni definitive sulla efficacia a lungo termine/durata della protezione veicolata dal vaccino e l'efficacia contro l'infezione asintomatica; queste incertezze sono da affrontare adeguatamente dopo l'autorizzazione in commercio²⁰.

Eppure l'efficacia e la sicurezza di un vaccino sono dimostrabili solo tramite **studi controllati** (i soggetti trattati con il vaccino in studio sono confrontati solitamente con quelli riceventi il **placebo**), **randomizzati** (la suddivisione dei soggetti fra l'uno e l'altro braccio dello studio avviene in maniera **casuale**) e in doppio cieco²¹.

Non esistono doveri dei bambini verso la società, esistono doveri e responsabilità della società verso i bambini.

La CRC (**Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**) sancisce il rispetto del superiore interesse del minore.

Il primo diritto del bambino è quello di essere protetto: nessuno ha il diritto di fare del male a un bambino. La vita e la salute del bambino devono avere sempre la priorità, in ogni iniziativa, legge o situazione.

Il secondo diritto è quello dell'uguaglianza: tutti i bambini (vaccinati e non vaccinati) hanno gli stessi diritti. I minori di 18 anni devono avere gli stessi diritti sanciti nella carta dei diritti dei bambini: non devono mai essere oggetto di discriminazioni di nessun genere.

È giusto proseguire con la vaccinazione pediatrica anti COVID-19 se non abbiamo adeguate informazioni rispetto all'entità dei danni che potrebbe provocare? Se anche i vaccini provocassero danni solo ad alcuni bambini, ma non siamo in grado di stabilire quali, è giusto proseguire per questa strada?

La vaccinazione ha sempre due scopi, in primo luogo il beneficio della persona che la riceve (in questo caso il minore) e in secondo luogo il beneficio degli altri. Va perseguito il secondo scopo, solo se non elide il

²⁰EMA Assessment report Invented name: COMIRNATY vaccino Pfizer https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-variation_en.pdf

²¹Rapporto ISS COVID-19 • n. 3/2021 - Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19 https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+3_2021.pdf/00fc6054-ded3-5de8-d32f-59bf69d73b02?t=1617348183776

primo: ovvero se il potenziale beneficio per gli altri, non comporta un danno per il minore²².

7

“Non vanno fatti esami prima e dopo la vaccinazione per prevenire problemi (come la miocardite/pericardite) o per valutare la risposta anticorpale.”

**FACT
CHECK:**

Gli individui ai trial vengono testati per la troponina I (un esame specifico e sensibile di danno miocardico) e vengono effettuati esami anticorpali per valutare la risposta al vaccino.

Perché nella popolazione non viene fatto²³? I pazienti guariti da Covid o asintomatici sviluppano un'immunità incredibilmente più robusta, duratura e di alto livello rispetto ai vaccinati. Dovrebbe essere eseguito il dosaggio degli anticorpi prima di decidere se somministrare o meno il vaccino a chi ha risposto al virus.

Uno studio italiano ha dimostrato che, a distanza di un anno, i tassi di reinfezione nei guariti sono inferiori all'1%²⁴.

8

“I vaccini migliorano la salute.”

**FACT
CHECK:**

I vaccini fanno sì che l'individuo sviluppi anticorpi (ma ciò non avviene per tutti gli individui e non sappiamo quanto gli anticorpi proteggano da varianti e gravità della malattia).

Però, mentre **gli effetti positivi sono reversibili** (i livelli anticorpali diminuiscono con il tempo), **gli effetti avversi possono essere**

²²MYOCARDITIS, COVID-19 AND ANTI-SARSCOV2VACCINES IN ADOLESCENTS: ARE WE REALLY REPORTING THE TRUTH ABOUT REAL-WORLD ADVERSE DRUG REACTIONS? <https://www.dibellainsieme.org/wp-content/uploads/2021/10/Myocarditis-COVID-19-and-anti-sarscov2-vaccines-in-adolescents-are-we-really-reporting-the-truth-about-real-world-adverse-drug-reactions.pdf>

²³Studi di fase 1/2/3 Vaccino Pfizer <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04816643>

²⁴Assessment of SARS-CoV-2 Reinfection 1 Year After Primary Infection in a Population in Lombardy, Italy (Valutazione della reinfezione da SARS-CoV-2 1 anno dopo l'infezione primaria in una popolazione in Lombardia), Italia <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8164145/>

cumulativi e irreversibili, e quindi i tassi di lesioni e mortalità possono aumentare con ogni inoculazione aggiuntiva.

Il vaccino viene inoculato intramuscolo (a differenza del virus selvaggio), per cui aggira molte difese di prima linea dell'innato sistema immunitario per entrare in parte direttamente nel flusso linfatico e sanguigno.

Gli studi riguardanti una **singola iniezione** sulla biodistribuzione di Pfizer, hanno dimostrato che **il materiale iniettato può essere trovato in una miriade di organi critici in tutto il corpo, portando alla possibilità di insufficienza multiorgano. Iniezioni multiple e iniezioni di richiamo possono avere effetti cumulativi** sulla distribuzione dell'inoculante negli organi²⁵.

Effetti negativi su utero, ovaie²⁶ e prostata potrebbero essere potenzialmente catastrofiche per la fertilità di femmine e maschi.



“I vaccini sono stati studiati su un rappresentativo campione di casi.”

FACT CHECK:

Molte categorie di persone con diverse condizioni di salute sono state escluse dai trials.

Non ci si può aspettare che i risultati degli studi clinici riflettano i risultati che potrebbero verificarsi (e si sono verificati) all'inoculazione di massa nella popolazione generale, dato appunto il perfetto stato di salute dei partecipanti agli studi, non corrispondente allo stato di salute del pubblico.

Inoltre, i partecipanti ai trials non dovevano aver avuto alcuna esposizione al SARS-CoV-2²⁷⁻²⁸.

Ad esempio, dai trials vengono esclusi gli **asmatici** (in Italia, lo Studio SIDRIA-2 nel 2002 ha stimato una prevalenza dell'asma del 9% e del

²⁵Why are we vaccinating children against COVID-19? (Perchè stiamo vaccinando i bambini contro il covid?) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437699/pdf/main.pdf>

²⁶Pfizer, SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) [Online]. Available: https://www.pmda.go.jp/drugs/2021/P20210212001/672212000_30300_AMX00231_I100_1.pdf

²⁷Why are we vaccinating children against COVID-19? (Perchè stiamo vaccinando i bambini contro il covid?) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437699/pdf/main.pdf>

²⁸Exclusion Criteria (criteri di eleggibilità allo studio clinico) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04380701>

10% in bambini di 6-7 anni e di 13- 14 anni, equivalente a 2-3 bambini/ adolescenti che soffrono di questa patologia presenti in una classe²⁹), chi ha **problemi cardiaci gravi** (8-10 casi di cardiopatie congenite ogni 1000 neonati, ciò significa che in Italia nascono potenzialmente circa 5000 bambini con patologia congenita cardiaca ogni anno³⁰) e chi ha **disturbi neuropsichici** (i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni³¹).

10

“I vaccini dopo gli studi pre-commercializzazione sono monitorati attentamente.”

**FACT
CHECK:**

Le segnalazioni avverse con i sistemi di segnalazione spontanea come l'attuale sono sottostimate fino a 100 volte.

Quando si considerano i dati derivati dai sistemi di farmacovigilanza dovremmo necessariamente sollevare notevoli dubbi sull'affidabilità dei dati stessi e necessariamente ipotizzare che tutti i dati riportati siano notevolmente sottostimati rispetto al mondo reale. Se ipoteticamente passassimo dalla farmacovigilanza passiva a quella **attiva** potremmo ipotizzare che la sorveglianza delle reazioni avverse necessariamente amplifichi e diventi più accurata.

Nell'agosto 2021 il CDC ha pubblicato un rapporto di farmacovigilanza attivo denominato "v-safe" che ha arruolato 129.059 adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni nei 7 giorni successivi alla prima e alla seconda dose di vaccinazione COVID-19 con il vaccino Pfizer BioNTech COVID-19.

²⁹ASMA E ALLERGIE RESPIRATORIE DA 0 A 18 ANNI <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2419714.pdf>

³⁰Il cuore nei bambini: le cardiopatie congenite <https://www.gvmnet.it/press-news/news-dalle-strutture/il-cuore-nei-bambini-le-cardiopatie-congenite>

³¹Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8398665.pdf>

Nella fascia 0-19 anni (dall'inizio dell'epidemia alle ore 12 del 24 novembre 2021) i ricoverati per covid sono stati 153 (0.01%)³²⁻³³⁻³⁴.

Se speculassimo e ipoteticamente estendessimo questi dati a tutta la popolazione adolescenziale italiana, i risultati di una somministrazione obbligatoria in doppia dose di mRNA a tutte le persone di età compresa tra 12 e 17 anni in Italia (circa 3.400.000 soggetti secondo l'ufficio di censimento ISTAT) sarebbero preoccupanti: **potremmo estrapolare l'ipotesi di possibili reazioni avverse gravi in circa 1 ogni 1800 adolescenti, che richiedono il ricovero per seri problemi di salute(0.05%, +400%)³⁵**. 3 su 100 ricorrono al pronto soccorso. 11 su mille avranno bisogno di cure mediche. 10 su mille non saranno in grado di andare a scuola o lavorare.³³ su 100 saranno incapaci di svolgere le normali attività quotidiane per uno o più giorni.³⁶

Questi numeri dovrebbero essere presi seriamente in considerazione prima di affermare che la vaccinazione è assolutamente sicura ed efficace nella popolazione giovane e che i benefici superano i rischi.

È ormai noto che i vaccini causano pericardite e miocardite³⁷, ma i casi vengono definiti **“molto rari”**.

³²Epidemia COVID-19 Aggiornamento nazionale 24 novembre 2021 – ore 12:00 DATA PUBBLICAZIONE: 26 NOVEMBRE 2021 <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato472190.pdf>

³³Farmacovigilanza attiva e passiva <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniFarmacovigilanzaitalia>

³⁴23 dicembre 2020 Demicheli (Aifa) dichiara: "il sistema di farmacovigilanza nazionale, sarà integrato da tre canali: un meccanismo di "sollecitazione attiva", ma ciò non è stato attuato https://www.ilsole24ore.com/art/demicheli-aifa-report-settimanali-effetti-vaccini-ADm3Sz9?refresh_ce=1

³⁵MYOCARDITIS, COVID-19 AND ANTI-SARSCOV2 VACCINES IN ADOLESCENTS: ARE WE REALLY REPORTING THE TRUTH ABOUT REAL-WORLD ADVERSE DRUG REACTIONS? (VACCINI NEGLI ADOLESCENTI: STIAMO DAVVERO SEGNALANDO LA VERITÀ SULLE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI NEL MONDO REALE?) Motivi comuni per la mancata segnalazione sono: la mancanza di tempo dei medici, diverse priorità di cura, incertezza sul farmaco che causa la reazione quando oltre al vaccino si assumono altri farmaci, difficoltà nell'accedere ai moduli di segnalazione, mancanza di consapevolezza dei requisiti per la segnalazione e mancanza di comprensione dello scopo della segnalazione spontanea. Inoltre, le reazioni ben note e banali hanno meno probabilità di essere segnalate. Infine, l'atteggiamento dei medici nei confronti della segnalazione di reazione avversa: vi è la convinzione che le reazioni gravi sono certamente già chiaramente ben documentate al momento della commercializzazione di un farmaco o che un caso segnalato da un singolo medico non contribuirà alla conoscenza medica complessiva. <https://www.dibellainsieme.org/wp-content/uploads/2021/10/Myocarditis-COVID-19-and-anti-sarscov2-vaccines-in-adolescents-are-we-really-reporting-the-truth-about-real-world-adverse-drug-reactions.pdf>

³⁶Proiezione del report del 6/8/2021 del CDC che riporta gli effetti avversi nei primi 7 giorni successivi alla vaccinazione https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e1.htm?s_cid=mm7031e1_w

³⁷Vaccini a mRNA anti-COVID-19 Comirnaty e Spikevax: rischio di miocardite e di pericardite <https://www.aifa.gov.it/-/vaccini-a-mrna-anti-covid-19-comirnaty-e-spikevax-rischio-di-miocardite-e-di-pericardite>

11

“I vaccini aiutano a evitare varianti.”

FACT CHECK:

“Ci sono prove che la vaccinazione riduce significativamente la carica virale e le infezioni sintomatiche/asintomatiche nei soggetti vaccinati, che potrebbero tradursi in una ridotta trasmissione, sebbene l’efficacia del vaccino varia in base al prodotto vaccinale e al gruppo target. Alla luce di questo fatto, si prevede che il numero totale di infezioni diminuiscano significativamente con l’aumentare della copertura vaccinale, **a condizione che vi sia una corrispondenza tra i ceppi vaccinali e i ceppi virali circolanti**³⁸”.

Ma in Italia la ‘variante Delta’ è oltre il 90%, ha sostituito la ‘Alfa’³⁹.

Dalla prima descrizione delle sequenze SARS-CoV-2 nel dicembre 2019, è stato segnalato un numero esponenzialmente crescente di sequenze del virus con oltre **5.663.700** genomi completi depositati nel database GISAID⁴⁰.

12

“No, i vaccini contro il coronavirus non sono sperimentali.”

FACT CHECK:

La fase di sperimentazione per il vaccino in uso per i bambini dai 5 agli 11 anni è iniziata il 24 marzo 2021 e terminerà il 5 maggio 2026⁴¹.

Come abbiamo già detto al punto 6 di questa guida, l’efficacia e la sicurezza di un vaccino sono dimostrabili solo con studi **controllati, randomizzati e in doppio cieco**⁴².

³⁸Rischio di trasmissione e reinfezione di SARS COV-2 dopo la vaccinazione <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk-of-transmission-and-reinfection-of-SARS-CoV-2-following-vaccination.pdf>

³⁹ISS CS N°37/2021 - Covid-19: in Italia la ‘variante delta’ oltre il 90%, sostituita la ‘Alfa’ https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/comunicato-stampa-n%25C2%25B037-2021-covid-19-in-italia-la-variante-delta-al-94-2%2525-sostituita-la-alfa-

⁴⁰hCoV-19 data sharing via GISAID genome sequence submissions <https://www.gisaid.org/>

⁴¹Studi di fase 1/2/3 Vaccino Pfizer <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04816643>

⁴²Rapporto ISS COVID-19 • n. 3/2021 - Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19 https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+3_2021.pdf/00fc6054-ded3-5de8-d32f-59bf69d73b02?t=1617348183776

Si può forse affermare che si è iniziato ad utilizzare i vaccini antiCOVID prima di capire i loro veri rischi?