



# Società Italiana di Pediatria Condivisa

## ELEMENTI A FAVORE DELLA VACCINAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA

Aggiornato al 09/06/2021

### 1. RIDUZIONE DELLA COMPARSA DI VARIANTI

È ormai assodato che più il Coronavirus si trasmette più ha possibilità di replicarsi e di mutare. Non vaccinando rapidamente i bambini rimarrà sempre la possibilità che il virus continui a diffondersi e a mutare in varianti più pericolose, comprese quelle che potrebbero risultare più pericolose proprio per i più piccoli.

### 2. PROTEZIONE DI COLORO CHE HANNO UNA SCARSA RISPOSTA AL VACCINO

Il vaccino evita che il virus circoli e protegge le persone su cui il vaccino funziona poco, come i trapiantati d'organo, i malati oncologici o coloro che hanno risposte immunitarie compromesse.

### 3. I VACCINI NON PROTEGGONO AL 100%

I vaccini non funzionano al 100%: Pfizer e Moderna hanno un'efficacia del 94-95%; Johnson&Johnson del 67% nel prevenire lo sviluppo di malattia COVID-19 da lieve a moderata e poco più dell'85% per le forme gravi; AstraZeneca – Vaxzevria ha un'efficacia del 70-75%, riscontrata nei test clinici a una settimana dalla seconda vaccinazione e dell'89% nella "real life".

Di conseguenza una parte di popolazione, in particolare la più debole come gli anziani (in cui, come è noto, la risposta ai vaccini in generale non è ottimale), ma non solo loro, potrà comunque infettarsi nonostante abbia fatto il vaccino: limitare la circolazione del virus riduce al minimo questi rischi.

### 4. LA VACCINAZIONE RIDUCE IL CONTAGIO

Dagli studi israeliani, inglesi e americani si è visto che i vaccini in uso proteggono non solo dalle forme gravi di COVID-19 ma, almeno in parte, anche dal contagio riducendo in tal modo la trasmissione del Coronavirus. Vaccinando i bambini si proteggerà anche quella quota di loro coetanei che ancora non sono stati infettati e la trasmissione del virus potrà bloccarsi.

### 5. ANCHE IN ETÀ PEDIATRICA CI POSSONO ESSERE CASI GRAVI

Sebbene il COVID-19 passi quasi inosservata nella maggior parte della popolazione pediatrica <http://www.nbst.it/images/news/2020/allegato705186.pdf>, il tasso di ricovero ospedaliero nei bambini (che è inversamente proporzionale all'età) risulta elevato (circa il 65%)

<https://www.iss.it/documents/20126/0/COVID-19+in+pediatria.pdf/40b2acce-f66c-302a-c474-d1e8b9818ef1?t=1603886032786>, sebbene un recente studio italiano riporti tassi molto inferiori (13.3%) [https://www.iss.it/covid-19-primopiano/-/asset\\_publisher/yX1afjCDBkWH/content/id/5448434](https://www.iss.it/covid-19-primopiano/-/asset_publisher/yX1afjCDBkWH/content/id/5448434).

Non bisogna infine dimenticare che esiste una forma post-infettiva, in cui le gravi manifestazioni cliniche sono correlate all'attivazione incontrollata dell'infiammazione, chiamata MIS-C (sindrome infiammatoria multisistemica pediatrica) che talvolta richiede anche il ricorso alla ventilazione meccanica [https://sip.it/wp-content/uploads/2020/11/Approccio-clinico\\_MIS-C\\_Finale.docx](https://sip.it/wp-content/uploads/2020/11/Approccio-clinico_MIS-C_Finale.docx).

### 6. ESISTE IL LONG-COVID PEDIATRICO

Il long-Covid (cioè la situazione per cui alcuni pazienti, che hanno avuto una forma di malattia Covid-19 da severa a moderata o lieve, possono soffrire di sintomi variabili e debilitanti per molti mesi dopo l'infezione iniziale) esiste anche in età pediatrica: in uno studio inglese del febbraio 2021

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/)



# Società Italiana di Pediatria Condivisa

962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalence-estimate.pdf sono stati pubblicati alcuni dati da cui emerge che, in età pediatrica, viene riportato almeno un sintomo, dopo 5 settimane dall'infezione da Covid-19, nel 13% dei bambini di età inferiore a 11 anni e nel 15% dei ragazzi di età compresa tra i

12 e i 16 anni. Esistono altri studi che confermano il dato (del Long-Covid in età pediatrica) e che sostengono anche che almeno il 20% degli adolescenti che si sono contagiati si porta dietro problemi di tipo psicologico come ansia, depressione, paura di quello che è successo o che potrà capitare in futuro.

## 7. I BAMBINI POTREBBERO DIVENTARE LA PIÙ IMPORTANTE FONTE DI CONTAGIO

Probabilmente i bambini, in particolare quelli più piccoli, non sono superdiffusori di SARS-CoV-2 come lo sono per altri virus, tra cui quello dell'influenza. Ma l'insorgere di varianti che si diffondono più rapidamente, abbinato all'aumento dei tassi di vaccinazione tra gli adulti, significa che presto bambini e adolescenti potrebbero diventare più rilevanti per la diffusione del contagio. Ricordiamo che in Italia ci sono più di 10 milioni di individui sotto i 18 anni (il 19% della popolazione) e che negli Stati Uniti d'America il 24% della popolazione ha meno di 18 anni.

## 8. NO-VAX E BAMBINI: IMMUNITÀ DI GREGGE DIFFICILE DA RAGGIUNGERE

I No-Vax (intendendo con questo termine coloro che sono resistenti o contrari a vaccinarsi) nel Nord-Est dell'Italia sono il 18% della popolazione e, nelle altre Regioni, siamo al 10-12%. Si ritiene che una buona parte di questi prima o poi si vaccinerà, ma che probabilmente un 7% non si vaccinerà mai. Tale percentuale del 7% si aggiungerà agli individui in età pediatrica (il 18%), rendendo molto difficile il raggiungimento della immunità di gregge (un quarto della popolazione italiana non sarebbe infatti vaccinata).

È noto che l'immunità di gregge è raggiungibile solo con alti tassi di vaccinazione che dipendono, a loro volta, dal potere di trasmissione di un virus. La maggior parte delle stime aveva calcolato, all'inizio della pandemia, una soglia del 65-70% della popolazione per arrivare, tramite vaccinazioni o passata esposizione al virus, all'immunità di gregge. Se si svilupperanno varianti ancora più contagiose il calcolo dovrà essere nuovamente rivisto al rialzo: le varianti in circolazione sono una delle incognite che influiscono maggiormente sul calcolo della soglia per raggiungere l'immunità di gregge. Alcuni studiosi ritengono che la percentuale vada aumentata notevolmente (almeno sopra l'80%, forse l'85%) e sarà molto difficile raggiungerla se rimarrà il serbatoio infettivo dei bambini.

## 9. VACCINAZIONE CRUCIALE PER LA RIPRESA DELLA SCUOLA IN PRESENZA

Se vogliamo che le lezioni scolastiche riprendano in presenza è necessario che, considerando che la maggior parte degli insegnanti si sono già vaccinati, vengano vaccinati anche gli studenti: non possiamo permetterci un altro anno scolastico come quello che sta terminando. Non sono più tollerabili i ritardi nell'apprendimento, più elevati soprattutto negli studenti provenienti da famiglie economicamente più svantaggiate, e il forte aumento di preoccupanti sindromi di natura psicopatologica, problematiche comportamentali, disturbi del sonno che hanno afflitto molti studenti. Il pericolo, inoltre, è che se ci fosse, come molti paventano, una terza ondata a ottobre, frequentino la scuola solo quelli vaccinati e gli altri se ne stiano in DAD.

Se anche il governo mettesse delle norme, di queste potrebbero essere date libere interpretazioni, come si è già visto purtroppo sulla questione aperture e chiusure delle scuole, visto che alcune regioni hanno sistematicamente disatteso le disposizioni del governo.



# Società Italiana di Pediatria Condivisa

## ELEMENTI A SFAVORE DELLA VACCINAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA

### 1. I BAMBINI HANNO MOLTO SPESSO FORME ASINTOMATICHE O LIEVI

I bambini hanno un'incidenza bassa, spesso asintomatica, di malattia, o manifestazioni lievi o moderate: vaccinarli non offre loro sostanziali benefici diretti e i casi di infezioni gravi sono molto pochi. In Italia, secondo l'ultimo aggiornamento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19\\_26-maggio-2021.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_26-maggio-2021.pdf) i decessi nella fascia di età 0-19 anni, da marzo 2020 al 26 maggio 2021, sono stati, su più di 620.000 contagiati, solo 27, quasi tutti con comorbidità.

### 2. I BAMBINI CONTAGIANO MOLTO POCO

I bambini, secondo molti studi, ricoprirebbero un ruolo minore nella trasmissione del Coronavirus.

### 3. RISCHIO DI AUMENTO DELL'ETÀ DELL'INFEZIONE PRIMARIA

Secondo alcuni se la circolazione del virus diminuisse per effetto delle vaccinazioni, aumenterebbe l'età dell'infezione primaria (come nel caso del morbillo che, attualmente, colpisce più gli adulti che l'età pediatrica). Come è noto l'età è direttamente associata alla patogenicità: vaccinare i bambini porterebbe forse meno infezioni, ma di maggior gravità e letalità.

### 4. NON SI CONOSCONO I RISCHI A LUNGO TERMINE

I vaccini espongono i bambini a rischi, a breve termine, di eventi avversi noti e comuni, benché in gran parte reversibili (dolore al braccio, stanchezza, mal di testa, dolori muscolari e articolari, mal di gola, brividi e febbre) e, a lungo termine, ancora non individuati ma possibili e potenzialmente gravi. La sorveglianza post-marketing è iniziata da poco: informazioni su eventi rari ma seri si possono presentare negli anni, soprattutto con ampi e prolungati programmi di sorveglianza attiva, (oggi carenti o assenti). Recentemente <https://www.gov.it/en/departments/news/01062021-03> è stata segnalata una possibile associazione tra miocarditi (molto rare, di lieve gravità e che si risolvono in poche settimane) e vaccino Pfizer somministrato tra i 16 e i 30 anni di età <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/work-groups-vast/report-2021-05-17.html>. Questi rari casi sembra si siano verificati più spesso nei maschi che nelle femmine, più frequentemente dopo la seconda dose rispetto alla prima, e tipicamente entro quattro giorni dalla vaccinazione.

### 5. VACCINO PFIZER SPERIMENTATO SU POCCHI BAMBINI

L'efficacia del vaccino in età pediatrica è stata calcolata su poco più di 2.000 bambini dai 12 ai 15 anni <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-emergency-use>. Dei 1.005 bambini che hanno ricevuto il vaccino, nessuno ha sviluppato il COVID-19, rispetto a 16 bambini su 978 che hanno ricevuto il placebo. L'autorizzazione all'uso è perciò stata concessa dopo aver testato il vaccino su un numero scarso di volontari. Per fare un confronto Pfizer e Johnson&Johnson hanno fatto studi su più di 44.000 individui, rispettivamente sopra i 16 anni e sopra i 18.

### 6. ESISTONO ESEMPI DI VACCINI CON GRAVI EFFETTI COLLATERALI IN ETÀ PEDIATRICA

Nel passato vi sono esempi di vaccini somministrati troppo in fretta in età pediatrica, che hanno portato a gravi conseguenze e, qualche volta, a morte. Ad esempio, il vaccino per l'influenza suina Pandemrix, lanciato dopo la pandemia del 2010, ha provocato oltre mille casi di narcolessia, in



# Società Italiana di Pediatria Condivisa

bambini e adolescenti, prima di essere ritirato. Anche Dengvaxia, un vaccino contro la Dengue, è stato distribuito ai bambini prima dei risultati completi della sperimentazione, e 19 bambini sono morti per un possibile potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) prima che il vaccino fosse ritirato.

## 7. IL RAGGIUNGIMENTO DELLA IMMUNITÀ DI GREGGE NON È PLAUSIBILE

L'immunità di gregge con la vaccinazione di massa è implausibile e, secondo alcuni, non sarebbe raggiunta nemmeno vaccinando tutti i bambini. Recentemente sulla rivista Nature

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-00728-2> è uscito un articolo dal titolo "Cinque ragioni per le quali l'immunità di gregge per il Covid è probabilmente impossibile". I motivi sono i seguenti:

- A. Non è ancora chiaro in che misura i vaccini siano effettivamente in grado di bloccare anche la trasmissione del virus.
- B. Ad oggi non abbiamo certezze né sulla durata dell'immunità naturale né di quella garantita dal vaccino contro il Covid-19.
- C. Le nuove varianti cambiano l'equazione dell'immunità di gregge.
- D. Non esiste un'uniformità delle campagne vaccinali nei diversi paesi del mondo e senza vaccinare tutto il mondo non sconfiggeremo il Coronavirus.
- E. I vaccini potrebbero cambiare il comportamento umano: sarà difficile impedire alle persone di tornare a comportamenti pre-pandemici perché i vaccinati tendono a comportamenti meno attenti.

## 8. VACCINAZIONE E DISCRIMINAZIONE SCOLASTICA

Alcuni paventano che la vaccinazione possa integrare un forte elemento di discriminazione tra gli studenti e che, al rientro in classe a settembre, si possa creare una situazione di oggettiva disparità fra alunni vaccinati e non. Con la conseguenza che avere eseguito il vaccino possa essere vincolante per l'accesso a scuola e giustificare il ricorso alla DAD.

## 9. VACCINARE I BAMBINI MENTRE SI MUORE NEL MONDO PER MANCANZA DI VACCINI

Con la vaccinazione in età pediatrica e con la penuria mondiale di vaccini, i pochi vaccini disponibili verrebbero dirottati verso una categoria di individui che non ne ha particolarmente bisogno, considerata la eventualità bassissima di morire, mentre vengono private della possibilità di vaccinarsi le popolazioni dei paesi più poveri, in cui invece i numeri dei morti sono elevatissimi.

## 10. I GENITORI SONO CONTRO LE VACCINAZIONI

Negli USA è in atto un animato dibattito sull'argomento

<https://www.nytimes.com/2021/05/06/health/vaccine-children.html>. In un sondaggio recente si è scoperto che il 30% dei genitori ha dichiarato che avrebbe vaccinato i propri figli immediatamente, mentre il 26% avrebbe atteso un po', per vedere come funzionava il vaccino. Il problema è che il resto dei genitori (il 44%, quindi la percentuale maggiore) ha dichiarato che sicuramente non avrebbe vaccinato i propri figli o lo avrebbero fatto solo se le scuole lo avessero richiesto. E' possibile che percentuali simili possano verificarsi anche in Italia.