

Rispetto alla sorveglianza passiva dell'AIFA, una sorveglianza attiva nei vaccinati COVID-19 trova effetti avversi severi più frequenti? Sì, di circa 1000 volte!

Sommario. In Commissione Parlamentare d'Inchiesta vari auditi hanno riferito dati contraddittori sull'entità degli effetti avversi, anche gravi, dei vaccini COVID-19. In realtà, gli studi randomizzati registrativi dei vaccini a mRNA parlano chiaro: **gli effetti gravi correlabili superano di circa 1000 volte quelli riportati da AIFA** con una sorveglianza passiva, o comunque inappropriata. In seguito, una sorveglianza attiva appropriata ha dimostrato che questo incredibile squilibrio vale anche per le miocarditi subcliniche post-vaccino.

Indice:

1. Le dichiarazioni di auditi istituzionali pag. 1
2. I numeri riportati negli studi clinici registrativi (randomizzati controllati) dei vaccini Pfizer e Moderna .. pag. 2
3. ... e nello studio finanziato dall'EMA per i vaccini COVID pediatrici pag. 2
4. Anche i (pochi) studi di sorveglianza attiva appropriata sulle miocarditi sono coerenti: ~mille volte più casi rispetto a sorveglianza passiva, o 'attiva' inappropriata (come nello studio AIFA-ISS TheShinISS) pag. 2
5. Proposte perché il SSN accerti la verità pag. 6

1. Le dichiarazioni di auditi istituzionali

Le audizioni in Commissione COVID di rappresentanti dell'AIFA, dell'ISS o dell'Accademia sono state

1. Studi registrativi (Randomized Clinical Trials)

1. Polack FP et al.

Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine

New England Journal of Medicine, 2020

43.548 partecipanti

Vaccino Pfizer-BioNTech

Principali risultati

Nessun aumento degli eventi avversi gravi rispetto al placebo.

Gli effetti indesiderati erano prevalentemente locali o sistemici lievi (dolore, febbre, cefalea, affaticamento).

2. Baden LR et al.

Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine

New England Journal of Medicine, 2021

oltre 30.000 partecipanti

Vaccino Moderna

Risultati analoghi:

Elevata sicurezza

Eventi gravi rari

Nessun aumento degli eventi avversi gravi rispetto al placebo.

compatte nel ribadire la sicurezza dei vaccini. A titolo d'esempio si riporta a lato una delle slide presentate dal Prof. Ricciardi, già consulente dell'ex Ministro Speranza:

A supporto, il Prof. Ricciardi ha citato anche una recente rassegna su *The Lancet* (Blakney et al. *Safety and efficacy of mRNA vaccines: a mechanistic and public health perspective. Lancet. 2026;408:275-88. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00512-X*), che proverebbe 'efficacia e sicurezza' dei vaccini COVID-19, con autori in pesanti relazioni finanziarie con i produttori di vaccini...

Questo nostro Comunicato inizia a discutere la sicurezza: la rassegna afferma "Serious

adverse events were detected in phase 3 clinical trials for BNT162b2 and mRNA-1273 with similar frequency in mRNA-vaccinated and placebo control groups".

Simili al placebo?! Questa falsità basterebbe a qualificare l'articolo, e chi lo cita in modo acritico, come mostrano i numeri degli effetti avversi severi pubblicati nei citati Randomized Clinical Trials (RCT) di fase 3, che chiunque può verificare, mettendoli a confronto con la sorveglianza passiva dell'AIFA. **Le reazioni avverse severe correlabili ai vaccini** nei trial registrativi sono, per il **vaccino Pfizer, ~650 volte**

più frequenti di quelle riportate da AIFA nei suoi Rapporti, per il **vaccino Moderna quasi 3.000 volte più frequenti!**

E quali sarebbero le date di queste sconvolgenti scoperte? Il **10-12-2020** per il vaccino Pfizer, il 30-12-2020 per quello Moderna. Per scoprirlo, basterebbe leggere in toto i due articoli da cui è originato tutto (non solo gli *Abstract* e i comunicati stampa) e il materiale supplementare relegato sul web.

2. I numeri riportati negli studi clinici registrativi

Tassi di eventi avversi riportati nei report AIFA e negli **studi clinici randomizzati controllati (RCT) registrativi** dei vaccini **Pfizer** e **Moderna**

Parametro	AIFA ¹	RCT (Pfizer 2 ^a dose) ²	RCT (Moderna 2 ^a dose) ³	Rapporto segnalazioni AIFA/RCT
Segnalazioni totali / 100.000 dosi	97	59.400	92.200	1 vs 594-922
Eventi gravi / 100.000 dosi	18	4.600	19.600	1 vs 255 – 1.088
Eventi gravi (severe) correlabili ⁴ / 100.000 dosi	6	3.900	17.700	1 vs 650 – 2.950

¹ Secondo AIFA gli eventi avversi della 1^a e 2^a dose sono *simili*.

² Polack, et al. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med* 383, 2603-2615. [DOI:10.1056/NEJMoa2034577](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577) [doi]

³ El Sahly, et al. (2020). Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase. *N Engl J Med* 385, 1774-1785. [DOI:10.1056/NEJMoa2113017](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2113017).

⁴ Correlabili per AIFA: algoritmo OMS. Correlabili negli RCT: totale meno placebo.

RCT di Pfizer e Moderna, pubblicati nel 2020: gli eventi **severi correlabili** sono **650 - 2.880** volte più frequenti!

La tabella riprodotta riporta i numeri tratti dai RCT registrativi, citati da Ricciardi e da tutte le istituzioni.

I dati numerici comparativi della sorveglianza attiva, cui sono tenuti i RCT che mirano a un'autorizzazione al commercio, mostrerebbero differenze abissali, che sono state oggettivamente nascoste alla popolazione destinataria delle inoculazioni, ma anche agli stessi operatori sanitari che si affidano agli 'esperti', senza verificare di persona.

3. ... e nello studio finanziato dall'EMA per i vaccini pediatrici

Drug Safety (2023) 46:575-585
<https://doi.org/10.1007/s40264-023-01304-5>

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Funding ... support from the EMA

Safety of COVID-19 Vaccines Among the Paediatric Population: Analysis of the European Surveillance Systems and Pivotal Clinical Trials

Fariba Ahmadizar¹ · Nicoletta Luxi² · Monika Raethke³ · Sandor Schmikli¹ · Fabio Riefolo⁴ · Putri Widi Saraswati¹ · Camella Bucsa⁵ · Alhadi Osman¹ · Megan Liddiard⁶ · Francisco Batel Maques⁷ · Giuliana Petrelli⁸ · Simona Sonderlichova⁹ · Nicolas H. Thuri¹⁰ · Felipe Villalobos¹¹ · Gianluca Trifiro⁸ · Miriam Sturkenboom¹ · *Ilmi*vaccinoCOVID19 collaborating group

Accepted: 27 March 2023 / Published online: 27 April 2023
© The Author(s) 2023

In realtà **'very common'**, **uncommon** è termine ok
cioè **> di 1:10 !! (>50%!!)** **>1:1000** (3 e 4% 1^a e 2^a dose)
→ 3-4.000 x milione

Results The CVM study enrolled 658 first-dose vaccinees (children aged 5–11 years; n = 258 and adolescents aged 12–17 years; n = 408). Local/systemic solicited ADRs were common, whereas serious ADRs were uncommon. Among Comirnaty first and second dose recipients, 28.8% and 17.1% of children and 54.2% and 52.2% of adolescents experienced at least one ADR, respectively; injection-site pain (29.2% and 20.7%), fatigue (16.1% and 12.8%), and headache (22.1% and 19.3%) were the most frequent local and systemic ADRs. Results were consistent but slightly lower than in pivotal clinical trials. Reporting rates in Eudravigilance were lower by a factor of 1000.

Reporting rates in Eudravigilance were lower by a factor of 1000

Da anni non sarebbe più accettabile limitarsi a dichiarare che la sorveglianza attiva "potrebbe portare anche a un aumento" di effetti avversi rispetto a quella passiva, come ha fatto in Commissione COVID la Direttrice AIFA della struttura complessa della Farmacovigilanza, concorrendo ad alimentare una persistente disinformazione sul tema. Infatti, anche uno studio ad hoc finanziato da EMA

(Ahmadizar et al. (2023). *Safety of COVID-19 Vaccines Among the Paediatric Population: Analysis of the European Surveillance Systems and Pivotal Clinical Trials*. *DRUG SAFETY*, 46(6), 575-585 [10.1007/s40264-023-01304-5]), dopo aver effettuato sorveglianza

attiva post-vaccinale, ha riconosciuto che i **tassi di segnalazione in Eudravigilance** (sistema di sorveglianza europeo dell'EMA, che riceve i dati delle sospette segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci da parte delle Agenzie nazionali, come l'AIFA), basati sulla sorveglianza passiva, **erano inferiori di un fattore di 1000**, di mille volte!

Quanto asserito in audizione dalla Dr.ssa Popoli, già Direttrice del Centro Nazionale per la Ricerca e Valutazione dei Farmaci ISS e Presidente del CTS AIFA ("i nostri numeri sono in linea con quelli di altri studi..."), è purtroppo vero: la sottostima di ~1000 volte delle reazioni avverse vaccinali della sorveglianza AIFA, è *in linea* con una sottostima altrettanto drammatica a livello europeo.

4. Anche i (pochi) studi di sorveglianza attiva appropriata sulle miocarditi sono coerenti

Ancora più sorprendente (o sarebbe meglio dire *scandaloso*?) è il fatto che una sottostima di circa mille volte non riguarda solo le reazioni avverse post-vaccinali in generale, ma anche quelle gravi, come ad esempio è il caso delle **miocarditi** e **pericarditi**.

Chi avesse assistito alla citata audizione della Dr.ssa Popoli non se ne sarebbe certo reso conto dalla sua esposizione. L'ex Direttrice, in effetti, ha ammesso che lo studio ad hoc attuato dall'ISS per indagare l'associazione tra vaccinazioni a mRNA e miocarditi/pericarditi negli italiani di 12-39 anni ha rilevato un eccesso di miocarditi, ma solo dell'ordine di pochi casi per 100.000 dosi.

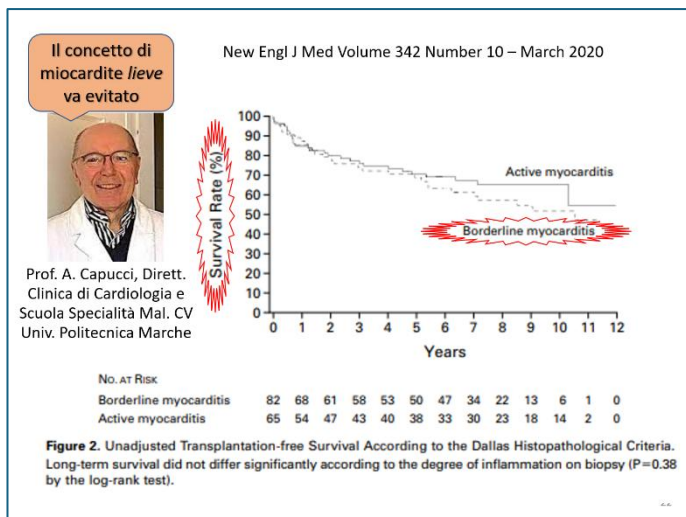
Tuttavia, lo studio presenta vari problemi, e ci limitiamo a segnalarne due:

A) Esclude le forme subcliniche di miocarditi, ma ciò è **inaccettabile**. Infatti:

a) I criteri ufficiali di Brighton per la miocardite (*Vaccine*. 2022;40:1499-1511) **includono le forme subcliniche**. Infatti, anche per diagnosi **definitive**, bastano valori elevati di troponina T o I e almeno 1 di 5 possibili alterazioni ecocardiografiche. In questi casi non si parla di sintomi, quindi le forme subcliniche o si cercano in modo sistematico, o sfuggono alla diagnosi. Inoltre, anche per i casi **probabili** o **possibili** di miocardite in base ai criteri di Brighton, dove si parla di sintomi, questi possono anche essere vaghi e aspecifici, tanto da passare inosservati in un'altissima proporzione di casi. Infatti, per miocarditi **probabili** bastano "almeno due tra: affaticamento, dolore addominale, capogiri, edema, tosse" (e sintomi ancor meno specifici nell'infanzia), oltre a un'elevata troponina T o I, o segni all'ecocardiogramma (e quanti, tra chi sperimenta quei sintomi, corre oggi a ricercare la troponina T o I?!). Per le miocarditi **possibili** non serve neppure la troponina, ma basta un'elevazione di esami comuni come PCR, VES o D-dimero.

b) È contestabile che miocarditi in apparenza meno gravi (la parte sommersa dell'iceberg) siano

'benigne'. Si veda la slide elaborata sulla base di interventi del primario cardiologo Prof. Capucci (che comunque si riferisce a miocarditi *cl clinicamente* diagnosticate, mentre la prognosi di quelle *subcliniche* post-infettive o post-vaccinali è plausibilmente meno severa):



c) È comunque poco plausibile anche che miocarditi subcliniche non lascino conseguenze, perché un rilascio di troponina significa **morte di cellule cardiache**, e queste, come i neuroni del cervello, non si riproducono, ma sono sostituite

da tessuto cicatriziale. Si sono trovate microcicatrici come reperti autoptici in soggetti morti per arresto cardiaco con aritmie, senza previa diagnosi di miocardite (*Koizumi T et al. Cardiac Multiple Micro-Scars. An Autopsy Study. JACC. 2025; 30:103083. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2024.103083>*).

Inoltre, il danno cardiaco non si esaurisce certo con condizioni che rispondono ai criteri diagnostici canonici di 'miocardite'. Ad esempio, una ricerca israeliana (Ophir et al. Cardiovascular safety signals in Israeli adolescents following COVID-19 Vaccination: Evidence from an unprocessed FOIA dataset. *INT J CARDIOV RES & INNOV.* 2025, 3:1-5. <https://doi.org/10.61577/ijcri.2025.1000016>) su dati da FOIA, ottenuti con anni di ritardo su eventi avversi in adolescenti nella prima campagna vaccinale (Pfizer) loro destinata, mostra che i casi di danno cardiaco grave (inclusi infarti, ictus e tromboembolie) superavano di molte volte quelli formalmente definiti come 'miocarditi'.

B) C'erano alternative più semplici e dirette per misurare miocarditi e danni cardiovascolari vaccinali?

Certo che sì! Non occorre inventare nulla, perché sono state condotte e pubblicate esperienze di sorveglianza attiva su adolescenti thailandesi (*Mansanguan S et al. Cardiovascular Manifestation of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Adolescents. Trop Med Infect Dis. 2022 Aug 19;7(8):196. doi: 10.3390/tropicalmed7080196*) e su sanitari svizzeri adulti, in media 40enni, con rilevazione di troponina ed elettro- ed ecocardiogramma **prima**

della somministrazione della 2^a dose del vaccino Pfizer (Tailandia) e **pochi giorni dopo**, trovando un **2,33%** (non per 100.000!) di sospette mio-pericarditi soprattutto subcliniche, ma con due ricoveri, oltre a percentuali a due cifre di alterazioni ECG che prima non c'erano (v. slide). In Svizzera, all'ospedale di Basilea (Buerger N, et al. Sex-specific differences in myocardial injury incidence after COVID-19 mRNA-1273 booster vaccination. Eur J Heart Fail. 2023 Oct;25(10):1871-1881. doi: 10.1002/ehfj.2978), si è fatto lo stesso dopo la 3^a dose di vaccino Moderna, trovando il **5,1%** di miocarditi! Buona parte di queste è stata scartata, perché il Comitato Etico aveva vietato i test prima della somministrazione della dose (per non scoraggiare le inoculazioni!), cosicché parte delle elevazioni di troponina si sono ritenute in potenza compatibili con condizioni preesistenti. Anche in questo modo, si sono accettate come indiscutibili miocarditi nel **2,8%** dei vaccinati, soprattutto donne, in cui la percentuale è stata ancor maggiore.

Cardiovascular Effects of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Adolescents Tailandia

Suyanee Mansanguan¹, Prayakaw Charunwatthana², Watcharapong Piyaphanee³, Wilanee Dechkharnjorn⁴, Akkapon Poolcharoen⁴ and Chayasin Mansanguan² doi:10.20944/preprints202208.0151.v1



Studio prospettico di coorte su 301 studenti sani di 13-18 anni che hanno ricevuto la 2^a dose di Pfizer (dopo una 1^a senza problemi). I dati hanno incluso sintomi, ECG, ecocardiografia ed enzimi cardiaci alla baseline, e ai giorni 3, 7 e 14 (opzionale) → **vera sorveglianza attiva**.

Il **29% ha avuto effetti cardiovascolari**, da **tachicardia** a **miopericardite**.

- Tachicardia 7,64%
- Respiro corto 6,64%
- Palpitazioni 4,32%
- Dolore al petto 4,32%
- Ipertensione 3,99%
- Prolasso valvola mitralica 3,99%
- ≥1 marcatore cardiaco elevato o **valutazione di laboratorio positiva 2,33%**
- **1 miocardiopericardite** confermata, **2 pericarditi** sospette (minima effusione pericardica, RM compatibile), **4 miocarditi subcliniche** sospette (**troponina 15-39 ng/L**, ECG anormali, ma asintomatici), tutti maschi → **2,33%** (e **2 ricoveri**)

Tutti completa risoluzione entro 14 gg, la miopericardite senza esiti RM a 5 mesi.

Gli autori thailandesi citano un **precedente studio** con **4,6% di manifestazioni cardiache** in chi ha ricevuto vaccini COVID-19, sulla cui base hanno dimensionato il campione.



Studi di sorveglianza **tradizionale** riportano 12,6 casi di miocardi-te/pericardite per milione di 12-39enni che hanno ricevuto una 2^a dose di vaccino a mRNA (es. Witberg NEJM 2021).

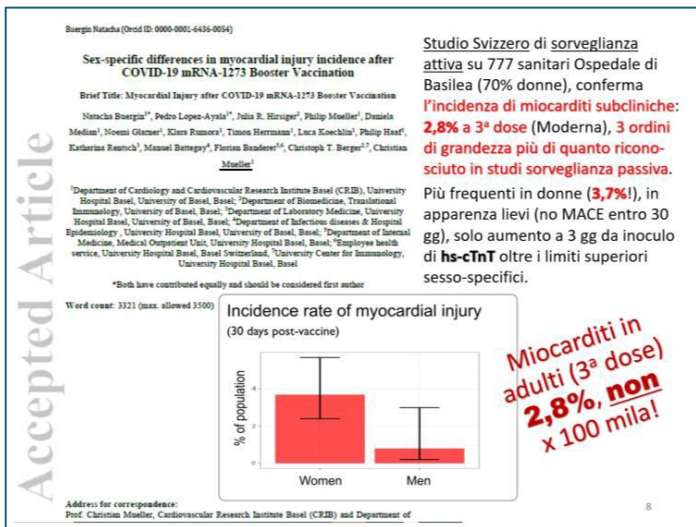
La posizione dei CDC e la narrazione corrente sono simili.

In contrasto, **questo studio thailandese ha trovato il 2,33% di casi di miocarditi o pericarditi** (tutti lievi) in 301 studenti di 13-18 anni sottoposti (**finalmente!**) a una **vera sorveglianza attiva**.

Ndr: si tratta di **~23.250 casi per milione**, oltre **1.800 volte più** di quanto sopra riportato.

Si badi che gli autori thailandesi si sono limitati ad applicare in modo coscienzioso quanto i **CDC USA affermavano in v-safe** (nell'ultima delle note, appena prima della Bibliografia...), senza poi dare corso ad alcuna ricerca coerente.

6



Studio Svizzero di sorveglianza attiva su 777 sanitari Ospedale di Basilea (70% donne), conferma l'incidenza di miocarditi subcliniche: **2,8% a 3^a dose** (Moderna), 3 ordini di grandezza più di quanto riconosciuto in studi sorveglianza passiva. Più frequenti in donne (**3,7%**), in apparenza lievi (no MACE entro 30 gg), solo aumento a 3 gg da inoculo di **hs-cTnT** oltre i limiti superiori sesso-specifici.

Miocarditi in adulti (3^a dose) 2,8%, non x 100 mila!

Radiology

ORIGINAL RESEARCH • CARDIAC IMAGING

Assessment of Myocardial ¹⁸F-FDG Uptake at PET/CT in Asymptomatic SARS-CoV-2-vaccinated and Nonvaccinated Patients

Takashi Nakahara, MD, PhD • Yu Inubuchi, MD, PhD • Ritsa Miyazawa, MD • Kai Taniuchi, MD • Tetsu Shiga, MD, PhD • H. William Strauss, MD • Charalambos Antoniadou, MD, PhD • Jagat Narula, MD, PhD • Masahiro Jinzaki, MD, PhD

From the Department of Radiology, Kyoto University School of Medicine, Kyoto, Japan (Dr. Nakahara); and the Department of Radiology, Kyoto University School of Medicine, Kyoto, Japan (Dr. Inubuchi).

Materials and Methods: This study included 700 asymptomatic patients who received their second SARS-CoV-2 vaccine 1–180 days before PET/CT. Myocardial ¹⁸F-FDG uptake was assessed using standardized uptake values (SUVs) and compared with those of 700 nonvaccinated patients. The results showed that myocardial ¹⁸F-FDG uptake was significantly higher in vaccinated patients compared with nonvaccinated patients (median SUV, 4.7 vs 3.3; *P* < .001). Furthermore, increased myocardial ¹⁸F-FDG uptake was observed in patients imaged 1–30, 31–60, 61–120, or 121–180 days after their second vaccination (median SUV, range, 4.6–5.1 g/mL [IQR, 2.9–8.6 g/mL] (*P* < .001 to *P* < .001)).

Conclusion: When compared with nonvaccinated patients, asymptomatic patients who received their second vaccination 1–180 days prior to imaging showed increased myocardial ¹⁸F-FDG uptake on PET/CT scans.

11

La quarta slide sopra riportata si riferisce a una ricerca giapponese (Nakahara T, et al. Assessment of Myocardial ¹⁸F-FDG Uptake at PET/CT in Asymptomatic SARS-CoV-2-vaccinated and Nonvaccinated Patients. Radiology. 2023 Sep;308(3):e230743. doi: 10.1148/radiol.230743), con captazione del fluorodesossiglucosio in oltre 1000 pazienti con altre condizioni da monitorare. La ricerca ha **dimostrato** nei 700 vaccinati COVID (asintomatici!) dopo la 2^a dose una situazione grave, con **percentuali elevatissime di infiammazione cardiaca**, significativamente maggiore rispetto ai non vaccinati e **persistente almeno 6 mesi...**

La conoscenza di questi studi, che ISS e AIFA non avrebbero dovuto ignorare, ha indotto la CMSi a inviare a tutti i Parlamentari, ai Consiglieri regionali, nonché a Direzioni ministeriali della Salute e all'ISS, il Comunicato n. 10 **CMS comunicato 10 miocarditi pericarditi associate a vaccini mrna 202309.pdf**. Vi si chiedeva di attuare, prima e pochi giorni dopo la dose vaccinale, un test ad alta sensibilità della troponina T cardiaca (HS-cTnT) o della troponina I (€ 15 x 2), nonché ECG (€ 12 x 2) ed ecocardiogramma (€ 25 x 2) a un campione rappresentativo di vaccinati, per escludere o confermare/quantificare il possibile rischio di miocardite. Finora non abbiamo ricevuto risposte, ma questa può essere la buona occasione.

C) Il rischio sarebbe comunque più elevato dopo infezione da SARS-CoV-2, anziché dopo il vaccino?

È vero che alcuni studi molto pubblicizzati l'hanno sostenuto, ma l'affermazione è controversa e discutibile. Importanti ricerche effettuate nel 2020 **non** mostrano un eccesso di miocarditi da COVID-19 nell'era pre-vaccinale (v.: Tuvali et al. The Incidence of Myocarditis and Pericarditis in Post COVID-19 Unvaccinated Patients—A Large Population-Based Study. JCM 2022. DOI: 10.3390/jcm11082219 // O, in Italia: Aquaro GD et al. Incidence of acute myocarditis and pericarditis during the coronavirus disease 2019 pandemic: comparison with the prepandemic period. J Cardiovasc Med. 2022 Jul 1;23(7):447-53. doi: 10.2459/JCM.0000000000001330).

Journal of Clinical Medicine **MDPI**

Article
The Incidence of Myocarditis and Pericarditis in Post COVID-19 Unvaccinated Patients—A Large Population-Based Study

Ortal Tuvali ^{1,†}, Sagi Tshori ^{2,†}, Estela Derazne ^{3,†}, Rebecca Regina Hannuna ², Arnon Afek ^{3,4}, Dan Haberman ¹, Gal Sella ¹ and Jacob George ¹  Heart Center, Kaplan Medical Center, Rehovot, Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem 91905, Israel; ...

 **Jacob George**
MD · Head of Department at Kaplan Medical Center Israel

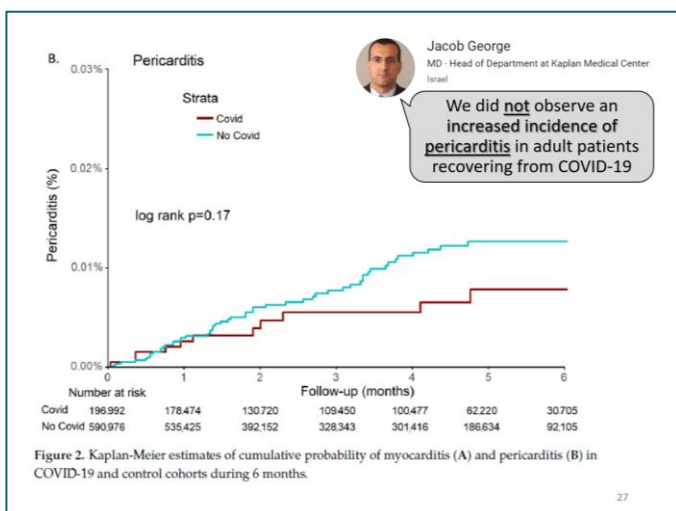
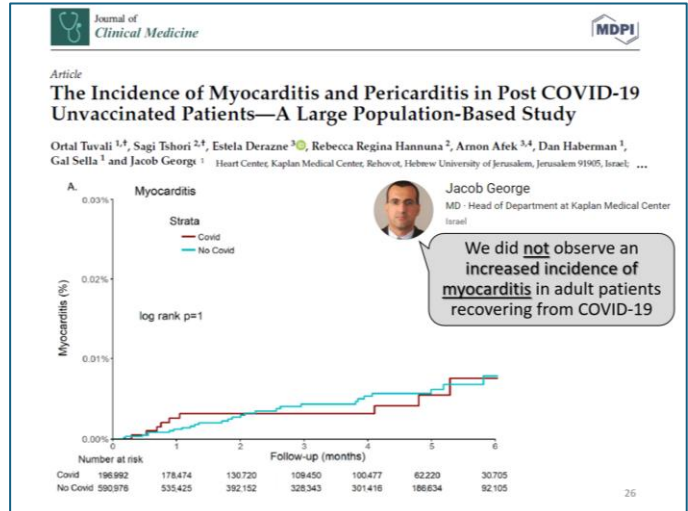
Studio retrospettivo prevaccinale su 197.000 israeliani adulti positivi al SARS-CoV-2 che avevano superato una COVID-19 e 591.000 adulti negativi di controllo.

Ricoveri
Miocarditi **post-COVID-19: 0,46** x 10.000
Miocarditi **gruppo controllo: 0,46** x 10.000 (identica proporzione!)

Pericarditi **post-COVID-19: 0,56** x 10.000
Pericarditi **gruppo controllo: 0,88** x 10.000 (**57% in più**, ma differenza n.s.)

Durata mediana ricovero post-COVID: miocarditi 5 giorni, pericarditi 2 giorni
Durata mediana ricovero gr. controllo: miocarditi 3 giorni, pericarditi 3 giorni

25



Danni da COVID talora sovrastimati

Original article Luglio 2022

 **I.F.C.**
Italian Federation of Cardiology

Incidence of acute myocarditis and pericarditis during the coronavirus disease 2019 pandemic: comparison with the prepandemic period

Giovanni Donato Aquaro^a, Roberto Licordani^b, Giancarlo Todiere^a, ...

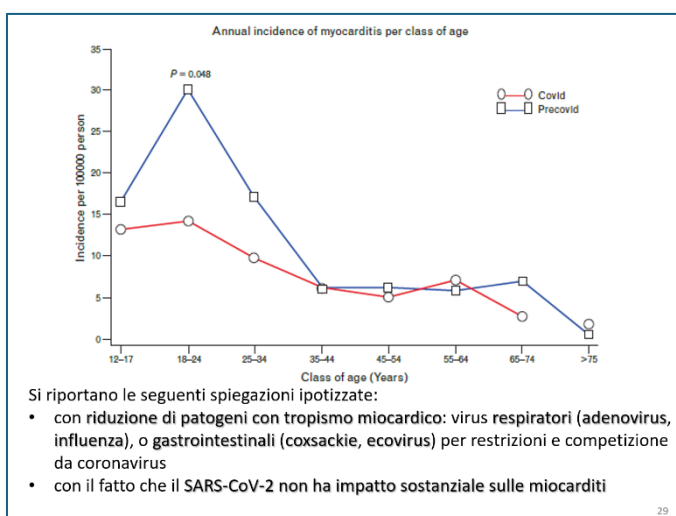
Incidenze e prevalenze di miocardite e pericardite nei periodi

- PRECOVID, dal 1 giugno 2018 al 31 maggio 2019 e
- COVID, dal 1 giugno 2020 al maggio 2021 (esclusi i primi 6 mesi di pandemia per escludere impatti negativi del lockdown su ricoveri/diagnosi di pericarditi) nelle province di Pisa, Lucca e Livorno (>1 milione abitanti).

Casi totali **138 nel PRECOVID**, 121 nel periodo COVID (**12,1 vs 10,3/100.000**), ma tre esclusi dall'analisi per possibile miocardite postvaccinale.

L'incidenza annua di **miocardite** è stata significativamente più alta nel PRECOVID **8,1 vs 5,9/100.000**; riduzione netta nel COVID del 27%, specie in classi d'età 18-24. L'incidenza di pericardite non ha mostrato differenze significative.

28



Si aggiunga che uno studio osservazionale su dati del sistema sanitario del Regno Unito (parte della piattaforma OpenSAFELY), su 1,7 milioni di bambini e adolescenti vaccinati Pfizer, in gruppi abbinati di pari numerosità ha rilevato **9 pericarditi e 3 miocarditi, tutte e solo tra i vaccinati**.

Inoltre, molte ricerche sono viziate da errori sistematici comunissimi, di cui tratterà un successivo Comunicato CMSi.

Si segnala anche la recentissima pubblicazione di una ricerca retrospettiva italiana (Salvucci F et al. Association of COVID-19 Infection and SARS CoV-2 vaccina-

tion with echocardiographic pericardial involvement in a Real-World outpatient cohort. Cureus. 2026 DOI: 10.7759/cureus.113147) su 1.431 soggetti consecutivi sottoposti a ecocardiografia negli anni 2018-2022 per controlli o prescrizione (escludendo però pazienti con storia di pericarditi), che ha trovato un **raddoppio di segni**

di coinvolgimento del pericardio sia in infettati non vaccinati, sia in vaccinati non infettati, rispetto a soggetti né infettati né vaccinati. Le alterazioni (piccole effusioni, ispessimenti, iperecogenicità, filamenti fibrinosi) non configuravano pericarditi clinicamente manifeste, e la sorveglianza passiva non le può rilevare.

Per finire, sono iniqui i confronti che ignorano il fatto che l'infezione protegge da reinfezioni ben più della vaccinazione; di conseguenza, ogni infezione andrebbe confrontata con gli effetti non di una sola, ma di **più** vaccinazioni. A maggior ragione perché la probabilità di ricevere una vaccinazione offerta e accettata in modo indiscriminato sarebbe del 100%, mentre quella di contrarre l'infezione è di norma inferiore al 100%!

5) Proposte al SSN, per accertare la reale entità delle miocarditi, e comunicarla in modo corretto

- Si attui una ricerca di sorveglianza attiva con le caratteristiche suggerite nel [Comunicato 10 della CMSi](#), o anche nella forma semplificata ed economica di 'ECG+Troponina' sia prima che dopo future inoculazioni (con ecocardiogramma di approfondimento se il primo screening rivela alterazioni), in chi scegliesse comunque ancora di vaccinarsi e accettasse gli esami indicati, da offrire gratuitamente a un campione il più possibile rappresentativo. Membri della CMSi sono disponibili a collaborare a titolo gratuito al disegno di tale ricerca e alle successive verifiche richieste.
- Attivare un tavolo di lavoro (cui anche la CMSi si candida a partecipare) per integrare le informazioni per gli assistiti, ai fini di un reale consenso informato.
- Con chi dissenta dai contenuti di questo Comunicato, attivare equi confronti in contraddittorio, per i quali la CMSi dà fin d'ora la propria disponibilità.

Per la Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi):

Dott. Alberto Donzelli, Prof. Marco Cosentino, Dott. Maurizio Federico, Dott.ssa Loredana Frasca, Dott.ssa Patrizia Gentilini, Prof. Eduardo Missoni, Dott. Panagis Polykretis, Dott. Sandro Sanvenero, Dott. Eugenio Serravalle

e adesioni di:

- Dott. Giuseppe Barbaro, già Responsabile Servizio di Cardiologia ed Ecocardiografia Dipartimento Medicina Interna, Scienze Endocrino-Metaboliche e Malattie Infettive, Policlinico Umberto Primo, Roma
- Dott. Paolo Bellavite, specialista in Ematologia Clinica e di Laboratorio e ricercatore indipendente
- Prof. Mariano Bizzarri, Dipartimento Medicina Sperimentale, Direttore Systems Biology Laboratory, Università La Sapienza - Roma
- Prof. Alessandro Capucci, già Direttore della Clinica di Cardiologia e Aritmologia, Università Politecnica delle Marche
- Prof. Giovanni Frajese, Università di Roma "Foro Italico"
- Prof. Stefano Petti, PhD. Top 2% scienziati mondiali (classifica Univ. di Stanford) Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università La Sapienza – Roma
- Dott.ssa Laura Teodori, già Dirigente di Ricerca, già Prof. a contratto di Rischio Biologico.