



Comunicato n. 13 (12 maggio 2024)

**Insidie palesi e nascoste nel Nuovo Trattato Pandemico OMS
e negli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali (RSI 2005).
Rischi per la sovranità nazionale e la democrazia**

Premessa: da novembre 2021 la CMSi chiede un confronto scientifico istituzionale, per mettere in discussione con dati e prove scientifiche la parte di politiche sanitarie che riteniamo disfunzionale. Il confronto, negato sino a poco fa, pare ora finalmente inaugurato con il nuovo Direttore della Prevenzione del Ministero della Salute, ma il precipitare di eventi come la rischiosa approvazione di una incredibile bozza di *Piano di Preparazione e Risposta Pandemica* poteva compromettere il futuro, nella inconsapevolezza di gran parte del Parlamento e del Paese.

Oggi però tutto rischia di riproporsi in modo drammatico su scala globale, se fossero approvati il Nuovo Accordo/Trattato Pandemico e gli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali (RSI) OMS, anche nell'ultima versione circolata, edulcorata solo in apparenza, che andiamo ad analizzare.

Indice

1. Nuovo Trattato Pandemico, bozze emendamenti ai RSI 2005: l'OMS non rinuncia alla sostanza dell'intento. Che cosa cambia in apparenza, e che cosa resta, più nascosto o mascherato pag.1
2. Che cosa possono fare gli Stati per non perdere la propria sovranità..... “ 3
3. Appello ai Partiti e ai candidati alle elezioni europee “ 4

1. L'OMS non rinuncia alla sostanza del suo intento. Che cosa cambia in apparenza, e che cosa resta, più nascosto o mascherato

Le ultime bozze circolate sono parse a molti una marcia indietro dell'OMS di fronte alla pioggia di critiche, ma non è così, come ben documentato [qui](#), [qui](#), [qui](#), [qui](#) e [qui](#). Ci si limita a pochi esempi tra i (purtroppo) molti possibili.

A) È rimosso l'emendamento che rendeva **vincolanti** le raccomandazioni OMS, ma il supportare le azioni coordinate dall'OMS, che per gli Stati era un “**dovrebbero**” (should), diventa un “**dovere**” (**shall**, citato 364 volte!), con i mezzi e risorse a loro disposizione: ‘**Nations must *adjust their domestic legislation to comply***’. Gli Stati dovranno anche designare una o due Autorità Nazionali (con adeguate risorse umane e finanziarie) responsabili dell'applicazione nei rispettivi territori delle misure sanitarie previste dai RSI emendati, adattando in coerenza le proprie disposizioni legislative e amministrative. In pratica, l'OMS si assicura così di ottenere dagli Stati firmatari quanto non è più certa di ottenere da una cessione diretta di autorità: lo stesso tentativo che ha rischiato di andare a segno facendo approvare in Italia a gennaio il “*Piano (quinquennale) Nazionale di Preparazione... pandemica*”, fortunatamente fermato ma ancora pendente: il [Comunicato CMSi 12](#) ha riportato alcuni incredibili e aberranti esempi di quanto vi si trovava scritto...

B) il Direttore Generale dell'OMS può dichiarare **un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale** a condizioni improponibili (segue traduzione letterale dai RSI):

«L'EVENTO SODDISFA ALMENO DUE DEI SEGUENTI CRITERI?»

I. L'impatto dell'evento sulla salute pubblica è grave? Cioè:

1. Il **numero di casi** e/o il numero di decessi per questo tipo di evento è elevato per un dato luogo, tempo o popolazione? (Commento: può essere grave solo per alto numero di **casi**, senza fare morti...!)

2 L'evento ha il potenziale per avere un alto impatto sulla salute pubblica? Cioè:

... ha **vie di trasmissione multiple** (?!), o ha **portatori sani** (?!)? o ha **casi tra il personale sanitario** (?!); ... in un'area ad alta densità abitativa... (Commento: *condizioni comunissime nelle malattie diffuse*)

Se hai risposto "sì" alle domande **1, 2...** di cui sopra, **l'impatto sulla salute pubblica è grave** (?!)

IV. C'è un rischio significativo per viaggi internazionali o restrizioni al commercio?

8. Eventi simili in passato hanno comportato restrizioni internazionali al commercio e/o ai viaggi?

Se hai risposto "sì" alle domande **8, 9...**, C'È UN RISCHIO SIGNIFICATIVO PER COMMERCIO INTERNAZIONALE O RESTRIZIONI NEI VIAGGI...

Stati parti che rispondono "sì" alla domanda se l'evento **soddisfa due dei quattro criteri** (da I a IV) di cui sopra (?!), dovranno».

A tali requisiti corrispondono moltissimi patogeni ed epidemie, [anche oggi in corso](#), e che potrebbero in futuro essere proclamate a discrezione dei Direttori OMS.

Si noti che dal [2003 l'home page della Preparazione Pandemica OMS](#) conteneva l'affermazione "una pandemia [influenzale] si verifica quando appare un nuovo virus contro cui la popolazione non ha immunità... **con enorme numero di morti e di malattie**". Nella versione RSI 2005 si è introdotto il requisito di "alto numero di decessi e/o di casi", ma la comunità mondiale non ha notato la modifica, finché il 4 maggio 2009, circa un mese prima di dichiarare la pandemia H1N1, [l'OMS ha rimosso la frase "enorme numero di morti e di malattie"](#)!

Nella bozza di aprile dei RSI, inoltre, il linguaggio ha ulteriormente attenuato la definizione di un'"emergenza pandemica" ...: "è, **o è probabile che**, diffonda in multipli Stati e tra le Regioni OMS... superando, **o con probabilità di superare**, la capacità di risposta dei sistemi sanitari (*n.d.r. come i quotidiani anche italiani lamentano ogni inverno...*); causando, **o con probabilità di causare**, interruzioni a livello sociale e/o economico e/o politico in quegli Stati..."

C) Prima l'OMS voleva il diritto di vietare che i paesi usassero certi farmaci, la nuova versione è più ambigua: "... raccomandazioni, il Direttore Generale considererà: ... **(d bis) la disponibilità di, o l'accessibilità a, prodotti sanitari rilevanti**".

Siamo prevenuti nel non vederci chiaro? Stiamo ai fatti: le Linee Guida OMS ancora raccomandano per COVID-19 non grave **remdesivir** (a infusione endovenosa, tossico per rene e fegato, [non riduce in modo chiaro la mortalità](#), ha in Italia prezzo al pubblico da 1500 a migliaia di Euro per ciclo di cura); **nirmatrelvir-ritonavir** (orale, ma con moltissime interazioni farmacologiche, rimbalzo virologico e sintomatico del 22-24% [nell'ultima ricerca ad alta validità](#), non vantaggi sintomatici vs placebo nei pz a rischio standard (EPIC-SR) secondo lo stesso [JW New England](#), € 1200 per ciclo); **molnupiravir** (di mediocre efficacia, costoso, mutageno, che le stesse [EMA ed AIFA hanno sospeso...](#)); e come sintomatico **paracetamolo** (dannoso perché sopprime l'azione antinfettiva universale della febbre, [svuota le riserve dell'antiossidante glutatione](#), e ha il [record di aver perso tutti i confronti](#) con cure alternative nei [trattamenti della COVID-19](#)).

All'opposto, l'OMS non considera alcuno dei molti [trattamenti oggi disponibili sia con prove](#) di efficacia (anche nel ridurre la mortalità) da multiple ricerche randomizzate coerenti, con corredo di coerenti ricerche osservazionali, sia: sicuri allo stato delle conoscenze, biologicamente plausibili, senza megasponsor commerciali né dichiarazioni di importanti conflitti di interessi degli autori, e con costi trascurabili. Compresi i [quattro principi attivi oggi pubblicati su The Lancet](#) in un'[importante ricerca](#)

[tailandese](#) (con collaborazioni intercontinentali) che rispettano tutti i requisiti sopra richiamati.

Dovremmo dar credito a queste Linee Guida di questa OMS?

Si ricorda che un rimedio universale da applicare in gocce nelle porte d'ingresso (oculari, nasali, faringee – senza deglutire) di infezioni respiratorie, lo **iodopovidone** all'1%, riportato dall'OMS per decenni nell'elenco dei farmaci essenziali, è sparito nell'ultima versione (2023) di tale elenco OMS, proprio quando sono stati pubblicati molti validi studi randomizzati sulla sua [grande efficacia contro il virus SARS-CoV-2 e la COVID-19](#).

D) Resta in pieno l'impegno chiesto agli Stati di rafforzare a livello nazionale, intermedio e locale le capacità di "**contrastare la cattiva informazione e la disinformazione**", anche se spostato nell'Allegato 1 (oltre che a pag. 45), forse per ridurne la visibilità (?). Anzi, diventa più stringente: la **sorveglianza** e **gestione** della disinformazione sono ora considerate **capacità "centrale"**, che ogni nazione dovrà sviluppare e su cui la stessa sarà valutata con un sistema di monitoraggio ancora da sviluppare.

E) motivo per respingere Trattato ed emendamenti ai RSI sarebbe anche solo [l'ingiustificabile fretta](#) per approvare strumenti ancora in discussione, e la loro presentazione con un sotterfugio, in violazione della norma di quegli stessi Regolamenti che prevede di presentarli con quattro mesi d'anticipo (art.55). Oltretutto in testi con inadeguata definizione di vari aspetti, rimandata a future decisioni (di chi?) a Trattato approvato.

2. Che cosa possono fare gli Stati per non subire Trattato Pandemico ed emendamenti ai RSI alla 77ª Assemblea Mondiale Sanità/AMS (27 maggio - 1 giugno 2024)? Alcune possibilità

1. Come minimo potrebbero chiedere un ritardo nel voto, perché l'OMS non ha rispettato il preavviso di almeno 4 mesi prima del voto previsto dall'articolo 55 del RSI 2005.

Ancora non ci sono bozze definitive di nessuno dei due documenti. I negoziati proseguono, con incontri fino al 17 maggio, e le nazioni non avranno tempo per valutare i documenti finali prima del voto.

A conferma, il Comitato di revisione degli emendamenti al RSI 2005 OMS ha osservato il 23 ottobre 2022 che:

"Il Working Group IHR (il gruppo di lavoro che negozia il RSI) presenta a Gennaio 2024 il pacchetto finale di emendamenti proposti al Direttore Generale (OMS), che li comunicherà a tutti gli Stati contraenti in conformità con l'articolo 55.2, per l'esame della 77ª Assemblea Mondiale della Sanità".

Anche per l'Accordo (Trattato) Pandemico il Regolamento interno OMS (art. 14) chiede che tutti i documenti siano disponibili almeno 6 settimane prima di una riunione proposta.

Il [Parlamento olandese ha approvato il 16 aprile](#) una mozione che chiede al Governo di posporre il voto di maggio, per rispettare i quattro mesi almeno di valutazione dei testi finali, altrimenti di votare contro.

2. Lo Stato Italiano può far valere la sua sovranità legale sull'assistenza sanitaria, come sta accadendo negli Stati USA

Ad es. negli USA, la cui Costituzione attribuisce la responsabilità dell'assistenza sanitaria agli Stati e non al Governo federale, vari Stati ([es. Luisiana](#), all'unanimità) hanno già approvato leggi che negano la giurisdizione all'OMS. Molti altri Stati stanno per approvare leggi simili, talora escludendo anche ONU e Forum Economico Mondiale (WEF).

I Procuratori Generali (Capi dei Dipartimenti della Giustizia) di [22 Stati USA hanno già scritto a Biden](#) *"ci opponiamo ai due strumenti in negoziazione, che potrebbero dare all'OMS poteri senza precedenti e incostituzionali sugli USA... la pandemia COVID-19 può essere stata la maggior intrusione sulle libertà civili in tempo di pace nella storia del paese... L'obiettivo di questi strumenti non è di proteggere la salute pubblica. È di cedere autorità all'OMS."*

Una [lettera a Biden firmata da 49 Senatori](#) USA (sono 100 in totale) dichiara *"... i due accordi internazionali rafforzano l'autorità OMS sugli stati membri durante le emergenze dichiarate (dall'OMS). È inaccettabile... Gli US devono insistere su riforme globali dell'OMS prima anche solo di considerare tali emendamenti... che aumenterebbero l'autorità OMS. Invece di affrontare le ben documentate mancanze (OMS), i Trattati si concentrano su forzati trasferimenti di risorse e tecnologie, violando la libertà di parola e sovraccaricano (i poteri) OMS... Chiediamo di interrompere il supporto di questa Amministrazione alle correnti negoziazioni su emendamenti a RSI e Trattato*

Pandemico e di focalizzarsi invece su riforme complete dell'OMS, che affrontino i suoi persistenti fallimenti senza espanderne l'autorità".

Per l'Italia la competenza dell'assistenza sanitaria è delle regioni, che potrebbero adottare simili strategie.

Nell'Unione Europea è discutibile la competenza del governo UE nel decidere in materia di sanità per i Paesi membri; andrebbe esplorato il suo diritto di negoziare con l'OMS, di votare e (ancor più) di decidere in tema di sanità.

3. Discutere in Parlamento se il programma di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie (PPPR) dell'OMS abbia più probabilità di ridurle/migliorarne la gestione o di aumentarle/peggiorarla.

Il confronto andrebbe esteso anche a esperti (es: CMSi) che hanno espresso critiche scientifiche sostanziali al *Piano Nazionale di Preparazione Pandemica* (v. [Comunicato CMSI 12](#): leggerlo per credere che cosa stava scritto nel Piano...), contribuendo a fermarlo.

Non c'è stata alcuna valutazione critica del funzionamento dell'OMS durante la COVID, prima di pensare di conferirle maggiore autorità.

4. C'è consapevolezza che l'Accordo/Trattato Pandemico darebbe un assegno in bianco all'OMS, sia per i costi dei suoi nuovi programmi, sia per ciò che l'OMS potrà fare?

L'Accordo Pandemico prevede una 'Conferenza delle Parti', che stabilirà proprie regole, creerà propri sottocomitati e sarà responsabile degli aspetti finanziari del programma PPPR. Le bozze contengono pochi dettagli. La Banca Mondiale ha stimato costi annuali per il programma, incluso "One Health", di 41 miliardi di \$/anno: oltre dieci volte l'attuale budget OMS.

Le quote attuali potrebbero coprire solo una minima parte del nuovo bilancio. Chi pagherà il resto? Quali benefici si aspettano i donatori? Molti Paesi dovranno contrarre debiti considerevoli? Chi presterà il denaro per l'Agenda di Biodifesa Globale si aspetterà ritorni finanziari positivi?

5. Chiedere che le singole votazioni sui due documenti siano per appello nominale (le Nazioni siano responsabili di come votano i propri delegati) e con la presenza del quorum.

La Costituzione dell'OMS prevede diverse possibili procedure di voto. Ma nel maggio 2022 si è svolta una discutibile "procedura di consenso" nel Comitato A sugli emendamenti al RSI (2005), come mostrano i video dell'OMS, e pare che l'intera Assemblea mondiale non abbia mai votato, come invece richiesto.

[Dodici Europarlamentari hanno scritto al Direttore Generale OMS](#) nel novembre 2023 chiedendo di dimostrare che si è svolta una votazione dell'AMS sugli emendamenti del 2022, chiedendo una risposta entro 48 ore. Mesi dopo, però, non avevano ricevuto risposta.

6. Si può chiedere che il Parlamento ratifichi anche i RSI, qualora fossero sottoscritti

Ad es. negli USA, l'attuale Amministrazione ha dichiarato di voler firmare entrambi gli strumenti come accordi esecutivi, scavalcando il Congresso. Molti membri del Congresso, tra cui 49 Senatori, chiedono che il Senato ratifichi i documenti, il che richiederà un voto favorevole dei 2/3. La maggioranza dei 2/3 sarà molto difficile da raggiungere quando il 49% del Senato ha chiesto agli Stati Uniti di ritirare il sostegno ai documenti.

7. Sottolineare che gli alti funzionari OMS non hanno detto il vero

a) L'Accordo sulle pandemie e il Direttore Generale OMS hanno affermato di non ridurre la sovranità nazionale. Ma è chiaro che ciò non è vero, anche analizzando l'ultima versione dei testi, che ha cercato di mascherare l'intento.

b) L'Accordo sulle pandemie ha avuto 5 nomi diversi durante i suoi negoziati.

c) Il principale funzionario legale dell'OMS, Steven Solomon, ha fuorviato il Working Group IHR sul testo e significato dell'articolo 55(2) del RSI, per eludere l'anticipo dei 4 mesi.

8. L'OMS è stata creata nel 1948 per dare consulenza alle nazioni, e assistenza se richiesta. Questi documenti la trasformerebbero in un "Bio hub" di potenziali patogeni pandemici e nel governatore della salute globale nelle emergenze sanitarie (o pretese tali) dichiarate in modo unilaterale dal Direttore Generale OMS.

Il Parlamento ha discusso se questi cambiamenti nella natura dell'OMS sono quelli che desidera? Si pensi ai biolaboratori che manipolano microrganismi ingegnerizzati a fini militari o per inventare farmaci o vaccini, e alla necessità di maggior controllo su questa tendenza pericolosa, fino a una moratoria per gli esperimenti di *guadagno di funzione*.

Questo Trattato e RSI delegano l'autorità amministrativa a un'entità non governativa, oltretutto pesantemente supportata da finanziamenti privati vincolati.

L'Italia potrebbe ritirarsi dai negoziati e/o annunciare che non sarà vincolata da nessuno dei due documenti, riservandosi comunque di valutare prontamente, alla luce dei propri interessi, le raccomandazioni che l'OMS dovesse via via formulare, adottandole quando condivise.

3. Appello ai Partiti e ai candidati alle elezioni europee

La CMSi non ha certo afferenze partitiche, ma ha un ruolo scientifico e offre apporti coerenti anche su politiche sanitarie.

Le Elezioni Europee di giugno consentono di esplicitare nei programmi e negli impegni dei candidati alcuni punti, e riteniamo **irrinunciabili** questi, che chiamiamo i Partiti, o almeno i singoli candidati a sottoscrivere (inviandone copia alla CMSi: info@cmsindipendente.it)

1) impegno programmatico a **non aderire a un Nuovo Trattato Pandemico né agli emendamenti ai Regolamenti Sanitari internazionali OMS, o quanto meno ad annunciare un voto contrario se non sarà posposto il voto di almeno 4 mesi** (come da RSI in vigore) **per una seria valutazione e pubblica discussione delle modifiche proposte**

2) impegno **subito** a **rigettare** la prima bozza circolata di *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a pandemie respiratorie*, che impegnerebbe l'Italia a fare in sostanza ciò che l'OMS sta cercando di far passare in Maggio. L'approvazione, senza affrettate forzature, di un testo riformulato con l'apporto anche di esperti indipendenti, non implicati nella passata gestione della pandemia, andrebbe preceduta da un ampio dibattito pubblico, cui la CMSi si candida a partecipare

3) impegno a **garantire la libertà di espressione e di informazione**, e a **promuovere confronti scientifici aperti**, contrastando norme internazionali (di qualsiasi provenienza: OMS, Europa o altri Organismi) o nazionali che li ostacolano, con il pretesto di impedire la cosiddetta «*disinformazione*». La *disinformazione* dev'essere soggetta a discussione, e va tenuta ben distinta da quanto può essere da censurare, come un effettivo incitamento alla violenza fisica.

Inviteremo per il voto Europeo a **considerare solo Partiti o almeno i candidati che sottoscrivano questi tre punti**, dandocene notizia (info@cmsindipendente.it), cui daremo una tempestiva e ampia diffusione.

Per la **Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi)**, che rinnova la richiesta di proseguire il confronto scientifico istituzionale sulle materie di competenza:

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

e adesioni di:

Dott. Paolo Bellavite, specialista in Ematologia Clinica e di Laboratorio e ricercatore indipendente

Prof. Mariano Bizzarri, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Direttore del Systems Biology Laboratory Università La Sapienza – Roma

Prof. Giovanni Frajese, Università di Roma "Foro Italico"

Prof. Stefano Petti, PhD. Top 2% degli scienziati mondiali (classifica Università di Stanford) Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive Università La Sapienza – Roma