

**Comunicato n. 12** (22 febbraio 2024)

**Piano Pandemico nazionale. Nuovo Trattato Pandemico  
ed emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali OMS.  
I rischi per la sovranità nazionale e la democrazia**

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.

Il precedente [Comunicato 11](#) della CMSi aveva denunciato la rapida proliferazione di norme internazionali che pretendono la censura sui media e su internet di voci in dissenso dalla narrazione ufficiale, con il fine dichiarato di “proteggere da informazioni false e *disinformazione*”, e pesantissime sanzioni per chi non si conforma.

Si stenta ad es. a credere che nella Repubblica Francese della “Liberté...” un articolo di legge del Partito di Macron, respinto dal Senato ma poi approvato in *Assemblée Nationale*, preveda le gravissime sanzioni descritte nell’All. 1 (v. a fine testo): un anno di carcere e € 30.000 di multa per chi induca all’astensione da trattamenti medici o profilattici manifestamente suscettibili di comportare “allo stato delle conoscenze mediche”, conseguenze gravi per la salute... Purtroppo non è solo di un inaudito “obbligo di cura” individuale, ma una gravissima intimidazione. Traspare l’intento di soffocare anche in aree a dir poco controverse un doveroso CONFRONTO SCIENTIFICO, SUPPORTATO DA PROVE, da anni rifiutato anche a gruppi di medici come la CMSi, ben consapevoli del valore delle prove e ben in grado di distinguerle dalle *bufale*.

**Consentiteci di informarvi in contraddittorio in base a dati, fatti e prove: scienza, non *disinformazione*!**

### Indice

1. Nuovo Trattato Pandemico e bozze emendamenti ai RSI: l’OMS chiede pieni poteri.....	pag.1
2. Un’incredibile bozza di Piano di Preparazione e Risposta pandemica 2024-2028 .....	“ 3
3. L’Unione Europea non sembra muoversi diversamente .....	“ 5
4. L’involuzione dell’OMS e dei suoi vertici .....	“ 5
5. Appello ai Partiti e ai candidati .....	“ 6
Appendice 1 – PdL Francia ( <i>Dov’è la Liberté?</i> ). Esempi <i>evidence based</i> di cure peggiorate (anche in futuro)“	7
6. Considerazioni conclusive .....	“ 9

### 1. Nuovo Trattato Pandemico e bozze di emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali: l’OMS chiede pieni poteri

L’OMS sta preparando **due documenti**: molti emendamenti all’attuale Regolamento Sanitario Internazionale (del 2005) (RSI –in inglese IHR) e una proposta di nuovo Trattato sulle pandemie.

Per il Trattato ha usato diversi nomi, man mano che si producevano nuove bozze (ad es.: Trattato pandemico, Accordo sulle pandemie...).

Per questi testi i **negoziati si svolgono in segreto**. L'ultima bozza disponibile di emendamenti al RSI risale al 6 febbraio 2023. L'ultima bozza del Trattato al 30 ottobre 2023.

Entrambi dovrebbero essere adottati alla 77<sup>a</sup> **Assemblea Mondiale della Sanità** dal 27 maggio 2024.

L'OMS ha annunciato un argomento legale **per evitare di render pubbliche le bozze di emendamento** entro gennaio 2024, come prevederebbero i vigenti RSI (art. 55).

L'adozione del Trattato richiede un voto di due terzi dei 194 Stati membri della Assemblea Mondiale della Sanità, ed è vincolante solo per gli Stati che lo ratifichino.

Gli **emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali richiedono invece una maggioranza semplice e diventano vincolanti per tutti gli Stati membri dell'OMS**, salvo per quelli che li rifiutino o esprimano riserve entro termini predefiniti.

Purtroppo, con le formulazioni attuali i risultati sarebbero:

- aumentare a dismisura i costi dell'OMS
- giustificare la **censura** e la **propaganda** sui media, su internet, nelle scuole e università, nei luoghi di lavoro... in nome della salute
- trasferire **sovranità e potere decisionale in materia di salute** al Direttore generale (e ai Direttori delle sei Regioni) dell'OMS
- usare il concetto in apparenza attraente di "One Health" per legare uomini, animali, piante ed ecosistemi, compresi i cambiamenti climatici, in un unico paniere sotto l'autorità dell'OMS
- consentire di dichiarare **continue pandemie** (anche **potenziali** o presunte), che possono giustificare più vaccini, passaporti vaccinali comprensivi di dati sensibili e valute digitali, e un maggior controllo e potere sulle popolazioni
- imporre **vaccini di rapida produzione**, testati in modo insufficiente e sollevando da responsabilità chi li produce e chi (pagato) li somministra
- **espandere i programmi vaccinali**, nonostante un'efficacia che va discussa e seri effetti avversi, anche a centinaia di prodotti in rapidissimo sviluppo.

### Quali i problemi specifici degli emendamenti proposti dall'OMS?

- L'articolo 3 delle proposte di modifica dei RSI ha **eliminato** le tutele dei diritti umani, libertà e dignità personali, e – dopo le critiche- non è chiaro se la proposta finale le vedrà ripristinate
- L'articolo 43, par. 4, della proposta di modifica del RSI prevede che l'**OMS possa imporre o vietare l'uso di certi farmaci** o altre misure (la Francia si vuole portare avanti...) in una pandemia, e **le sue "raccomandazioni" diventano vincolanti**.

Gli **obblighi** degli Stati previsti dalle proposte di modifica dei RSI comprendono:

- **Proliferazione di biolaboratori** (in Italia uno per regione!), pur non avendo ancora assodato se la pandemia da SARS-CoV-2 sia originata dalla *fuga* da un laboratorio. E trasferimento di campioni e dati di sequenze genetiche per "agenti patogeni in grado di causare pandemie ed epidemie o altre situazioni ad alto rischio" all'OMS e a terzi, nonostante i pericoli che ciò comporta (art. 44.1(f) (nuovo)).
- **Dare all'OMS un assegno in bianco per creare nuove regole in futuro**, prevedendo una Conferenza delle Parti e un nuovo Segretariato che stabiliranno le regole per il funzionamento della prevenzione e risposta pandemica: di fatto una possibile licenza per creare qualsiasi regola.
- **Censura delle "informazioni false** (disinformazione) **e inaffidabili"** su minacce alla salute pubblica stabilite dall'OMS (art. 44.1(h)(nuovo), con **sorveglianza sui social, censura capillare di espressioni/informazioni non allineate** alla narrativa OMS (o UE...).

Il Trattato chiede di proteggere da "infodemie" (cioè *troppe* informazioni), e di impedire *informazioni errate e disinformazioni*, per contrastare "**disinformazione**" e "**incitamento all'odio e alla violenza**". È tuttavia un abbinamento pretestuoso di concetti da tenere ben distinti. Già lo stesso "incitamento all'odio" ha confini ambigui, si presta a strumentalizzazioni, e andrebbe distinto da effettivi incitamenti alla violenza fisica. Quest'ultima, però, non va affatto accostata alla "disinformazione", che invece richiede un

confronto dialettico, per far prevalere prove documentali su opinioni non supportate, anche se queste costituissero pregiudizi radicati e diffusi. Ciò a maggior ragione dovrebbe valere in ambito scientifico, dove occorre far riferimento ai **dati**, e a un confronto aperto nella loro interpretazione (discussione). L'indebito abbinamento di "incitamento alla violenza" e "disinformazione" è solo un espediente per imbavagliare il dibattito e censurare l'informazione non allineata.

## 2. Un'incredibile bozza di Piano di Preparazione e Risposta pandemica 2024-2028

Sotto la denominazione "*Piano strategico operativo di preparazione e risposta a una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028*" è circolata una prima bozza nella Conferenza Stato-Regioni. Rispondendo a un'interrogazione parlamentare in merito, il Ministro della Salute ha ribadito che era solo una bozza, elaborata da rappresentanti delle Regioni, ISS, AIFA, Agenas, INAIL, Protezione Civile, Igesan, Centro Nazionale Anti-Pandemico ed esperti designati. Il Ministro assicurava che, oltre a modifiche/miglioramenti già avvenuti a cura delle sue Direzioni, il Piano avrebbe recepito gran parte delle osservazioni di più interlocutori.

In effetti l'impressione è che la prima bozza sia stata redatta da dirigenti ministeriali che hanno gestito la pandemia con i criteri già visti (e ha subito riscosso il plauso del precedente Ministro della Salute), ma che occorrono revisioni sostanziali.

Per cominciare, in un Piano di 226 pagine, ricorrono i termini seguenti:

- Vaccin- 247 volte
- Mascherin- 20 volte
- Restrizion- 11 volte
- Chiusura 9 volte
- Discriminazion- 3 volte
- Disinformazion- 2 volte,

Mentre **zero volte** i pilastri della prevenzione primaria, che sostanzierebbe la **Preparazione** pandemica (lo scorso secolo ha visto in tutto tre pandemie), riducendo in tutti le malattie croniche che aggravano le infezioni, rafforzando il sistema immunitario e contrastando l'immunosenescenza.

- Stil- di vita
- Alimentazione
- Attività fisica
- Esercizio fisico
- Fumo
- Abuso farmac-

zero volte (v. presentazioni *evidence based* su stili di vita protettivi [a volte anche *curativi*] da COVID-19 e altre infezioni <https://cmsindipendente.it/seminario20231104>)

Si segnalano a titolo di esempio alcuni passaggi preoccupanti:

(pag. 15) «proprio in ragione della sua natura bivalente, **il diritto alla salute giustifica**, nelle situazioni di emergenza sanitaria di conclamata gravità, **l'adozione di misure che limitano quei diritti fondamentali dell'individuo il cui pieno esercizio è, tuttavia, incompatibile con le misure di prevenzione e di contrasto della pandemia necessarie, secondo i più accreditati protocolli scientifici**» [??]

**[dovremmo accettare che un'affermazione non supportata diventi legge, o vogliamo aprire una discussione scientifica nel merito, confrontando le prove disponibili a supporto o a smentita?]**

(pag. 15) ... «Nei documenti costituzionali meno recenti ... la salute viene in considerazione anzitutto come limite alle libertà individuali. Questo profilo è ben visibile nella stessa **Costituzione italiana**, che **menziona la salute come limite alla libertà domiciliare** ...e **alla libertà di circolazione e soggiorno** ... e che la evoca indirettamente sotto la forma della "incolumità pubblica" come **limite alla libertà di riunione**. Ma questa impostazione traspare anche nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950, la quale configura la salute come **limite alla libertà personale** (art. 5 lett. e), **alla libertà di espressione** (art. 10, 2° co.) e **alle libertà di riunione e di associazione** (art. 11, 2° co.)».

[anziché puntellare con riferimenti *autorevoli*, cattivo esempio di appello al “Principio di Autorità”, posizioni più che discutibili, che si prestano **in astratto** a qualunque arbitrio, vogliamo o no aprire una **discussione scientifica nel merito di circostanze concrete, confrontando le prove** disponibili a supporto o a smentita?]  
 (pag. 56) **Permanenza in casa:** durante la pandemia si può considerare l’opzione di applicare **limitazioni alla circolazione dei cittadini**, chiedendo alla popolazione di **rimanere in casa** ...

[? – di nuovo, dovremmo accettare che queste affermazioni generali diventino norme dello Stato, o vogliamo aprire una **discussione scientifica di merito, confrontando le prove** disponibili a supporto o a smentita dell’utilità di **restare in casa**? Una corretta applicazione del **Principio di Precauzione** prevede di ricorrere a misure intrusive e gravemente limitative delle libertà fondamentali solo quando: 1) i benefici sanitari attesi siano ben dimostrati e soverchino in modo indiscutibile i rischi sanitari; 2) i benefici sanitari dimostrati con ricerche valide sovrastino anche i problemi e i costi sociali generati dalla misura in causa. Ciò non è affatto confermato dalle ricerche a noi note (v. ad es. le 70 voci bibliografiche al [link](#) del sito [www.cmsindipendente.it](http://www.cmsindipendente.it)). Si ricorda per tutte un’importante ricerca su 100 milioni di Europei, Quinn GA, Connolly M, Fenton NE, et al. Influence of Seasonality and Public-Health Interventions on the COVID-19 Pandemic in Northern Europe. *J. Clin. Med.* **2024**, 13, 334. <https://doi.org/10.3390/jcm13020334>), che conclude che le misure non farmacologiche (NPIs) di sanità pubblica e le stesse vaccinazioni non hanno mostrato di influenzare in misura significativa né i casi né i decessi COVID-19, dopo aver tenuto conto dell’effetto della stagionalità. Bufala o verità? è tempo che la Politica tuteli uno

**Table 1.** Influence on progression of pandemic in terms of lagged deaths.

Northern European Countries	NPIs	Vaccination	Seasonality
Ireland	x	x	✓
UK	x	x	✓
Sweden	x	x	✓
Denmark	x	x	✓
Finland	x	x	✓
Norway	x	x	✓

✓ in green background indicates that a clear, consistent and physically plausible influence of the factor on the progression of the pandemic was identified for this country while x in red background indicates that an influence was not identified for this country.

**Table 2.** Influence on progression of pandemic in terms of cases.

Northern European Countries	NPIs	Vaccination	Seasonality
Ireland	x	x	✓
UK	x	x	✓
Sweden	x	x	✓
Denmark	x	x	✓
Finland	x	x	✓
Norway	x	x	✓

✓ in green background indicates that a clear, consistent and physically plausible influence of the factor on the progression of the pandemic was identified for this country while x in red background indicates that an influence was not identified for this country.

spazio di discussione scientifica senza censure o preventive esclusioni, in cui uomini e donne di scienza si confrontino non con slogan o dogmi, ma **in base alle prove**, con possibilità per i decisori interessati di assistere alle fasi di un confronto cruciale per il bene del Paese].

(pag. 56) «**Quarantena degli individui esposti:** La *quarantena* si riferisce alla **restrizione delle attività (astenersi dal lavoro o dalla frequenza scolastica, evitare luoghi pubblici chiusi, ad es. cinema, teatri) e all’isolamento** di persone **potenzialmente esposte** all’agente patogeno. Gli **obiettivi** sono quelli di **evitare**

**la trasmissione asintomatica** dell'infezione e monitorare l'insorgenza di una sintomatologia suggestiva dell'infezione e identificare tempestivamente i nuovi casi.»

【siamo all'apice della distopia: "isolamento" dei malati? **No!** degli "esposti" (cioè di quasi tutti)? **Non basta!** dei "**potenzialmente**" esposti (cioè proprio di tutti!). Con obiettivo di "evitare la trasmissione asintomatica": cioè **isolamento proprio di tutti!** in quanto portatori inconsapevoli di contagio!】

(pag. 56) «**Restrizione delle interazioni sociali ("bolla sociale")**: alcuni lavori scientifici (51) **propongono un approccio basato sulla frequentazione abituale di un ristretto numero di persone** [meglio *abituarsi* a frequentare poche persone...!] che potrebbe avere il **vantaggio di mantenere un certo grado di attività sociali** [generose concessioni...!] **a fronte di una riduzione del rischio di trasmissione** dell'infezione.»

(pag. 66) «... **certificazione delle vaccinazioni**, introdurre la **documentazione digitale** in linea con le raccomandazioni e le linee guida dell'OMS. Le politiche relative all'**ingresso/uscita dalle frontiere devono considerare l'accessibilità dei vaccini** per **garantire che i viaggi non aggravino le disuguaglianze vaccinali**»

【presentato come nobile intento, per garantire l'intero portafoglio vaccinale anche a chi non abbia la fortuna di vivere in paesi abbienti... (per la cronaca, le nuove raccomandazioni dei CDC USA per l'età pediatrica totalizzano ormai un minimo di 76 dosi di 18 differenti vaccini. Ma includendo quelli prenatali, si potrebbe salire a 100 dosi... (*Holland M, President Children's Health Defence, 9 febr 2024*)]】.

L'impressione generale è, persino, che l'OMS (o altri attori internazionali) abbiano oggettivamente ottenuto da funzionari italiani ancora in carica e in sintonia con la passata gestione della pandemia di anticipare in questo "Piano Pandemico" molto di quanto l'OMS vorrebbe ottenere a maggio.

### 3. L'Unione Europea non sembra muoversi diversamente

La [Legge sui servizi digitali](#) (Digital Services Act) è operativa da agosto 2023, ma ora censura anche le piattaforme minori. La [Commissione europea](#) si è rallegrata che "le responsabilità degli utenti, delle piattaforme e delle autorità pubbliche siano state riequilibrare secondo i valori europei". Ma chi decide quali sono le responsabilità e i "valori europei"?

- *piattaforme molto grandi e motori di ricerca online molto grandi [sono obbligati] a prevenire l'uso improprio dei loro sistemi adottando azioni basate sul rischio e mediante audit indipendenti dei loro sistemi di gestione del rischio* 【Google ha già iniziato con [avvisi di pre-bunking](#), invitando gli utenti di YouTube a segnalare la *disinformazione*, per censurarla subito...】
- *I paesi dell'UE avranno il ruolo primario di [supervisione], supportati da un nuovo Comitato europeo per i servizi digitali*

L'Act può fornire un amplissimo potenziale per la censura, rimettendo la libertà di parola e di informazione alla discrezione di inclinazioni ideologiche di funzionari europei non eletti e di loro "segnalatori fidati". Non vorremmo inoltre che la Commissione europea si conferisse il potere sovrastatale di dichiarare emergenze a livello europeo, che consentirebbero di chiedere interventi ulteriori alle piattaforme digitali, per contrastare *pubbliche minacce*.

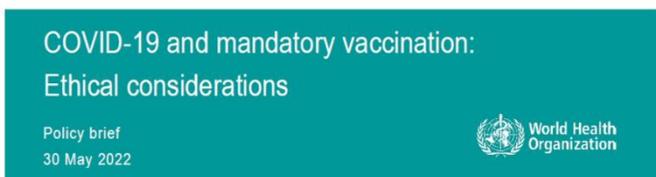
### 4. L'involutione dell'OMS e dei suoi vertici

Si segnala che la CMSi ha tentato più volte un'interlocuzione con i vertici OMS: [CMSi scrive OMS risponde, la replica della CMSi. Tutta la corrispondenza - 13 Agosto 2023 | CMSi \(cmsindipendente.it\)](#). In particolare, dopo varie ns lettere, la Direzione OMS ha dato una risposta di circostanza, non è entrata nel merito delle nostre argomentazioni, invitandoci a consultare gli studi che raccoglie in modo sistematico, assicurando che i suoi esperti seguono i più alti standard di *evidence* e chiedendo di avere fiducia. In data 23 Luglio 2023 la CMSi ha fornito un'articolata risposta di merito, consultabile anche in versione in italiano, per

facilitarne la diffusione. Chi la leggerà, potrà farsi un'idea su chi porta prove e argomenti validi e chi no. Da allora l'OMS non ha più risposto.

In aggiunta a quanto già esposto, si ricorda che anche nel maggio 2022 l'OMS aveva emanato un preoccupante documento di "considerazioni etiche" sugli obblighi vaccinali, estendendo a dismisura la possibilità di "prenderli in considerazione" (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2022.1>).

### OMS sull'etica degli obblighi vaccinali



Introduction

#### 1. Necessity and proportionality

Mandatory vaccination should be considered only if it is necessary for, and proportionate to, the achievement of one or more important societal or institutional objectives (typically but not exclusively public health objectives, which may also be in service of social and economic objectives). Among others, such objectives may include interrupting chains of viral transmission, preventing morbidity and mortality, protecting at-risk populations and preserving the capacity of acute health care systems or other critical infrastructure. If such

harm—their concerns should be addressed, proactively if possible. If addressing such concerns is ineffective, and those concerns remain a barrier to the achievement of important objectives, and/or if low vaccination rates in the absence of a mandate put others at significant risk of serious harm, a mandate may be considered necessary. In this case, those proposing the mandate should communicate the reasons for the mandate to the

1

#### 2. Sufficient evidence of vaccine safety

Data should be available that demonstrate the vaccine being mandated has been found to be sufficiently safe in the populations for whom the vaccine is to be made mandatory. When safety data are lacking or when they suggest the risks associated with vaccination outweigh the risks of harm without the vaccine, the mandate would not be ethically justified, particularly without allowing for reasonable exceptions (e.g. medical ... that might exist without the product. Evidence generated from clinical trials and real-world use has demonstrated that authorized COVID-19 vaccines meet this condition of safety (8).

No vaccine is perfect. However, authorized COVID-19 vaccines have been shown to be safe and highly effective in preventing severe disease, hospitalization and death, and there is some evidence that being vaccinated will make it less likely to become infected and pass the virus on to others (18). That said, the nature

#### 3. Sufficient evidence of vaccine efficacy and effectiveness

Data demonstrating that the vaccine is efficacious in the population for whom it is to be mandated and is an effective means of achieving the identified public health/societal/institutional objective should be available. For instance, if mandatory vaccination is considered necessary to interrupt transmission chains and/or prevent harm to others, there should be sufficient evidence that the vaccine is efficacious in preventing infection and/or transmission (as appraised by legitimate authorities such as WHO's Strategic Advisory Group of Experts on Immunization or national regulatory authorities). Alternatively, if a mandate is considered necessary to prevent hospitalization and protect the capacity of the acute health care system, there should be sufficient evidence that the vaccine is efficacious in reducing hospitalization. Policy makers should carefully consider whether

È novità gravissima!

Per l'Italia, potrebbe portare a superare gli odierni requisiti Costituzionali per legittimare l'obbligo di trattamenti sanitari!

[NB: negli anni di pandemia una narrazione a senso unico ha pervaso gran parte dei media, e chi come noi ha una tradizione di pubblicazioni scientifiche la ha sperimentata anche su gran parte delle riviste biomediche. Vi è sempre più necessità di annacquare l'interpretazione dei dati e le conclusioni delle ricerche, per poter aspirare a veder pubblicata almeno parte dei propri studi. Oggi purtroppo è in atto in questo processo un salto ulteriore pericolosissimo, sia per l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle decisioni assunte su quelle basi, sia in generale per le libertà fondamentali. A chi fosse ancora incredulo su tale svolta anche in Sanità, si raccomanda di leggere l'Allegato 2 sugli emendamenti in discussione ai Regolamenti Sanitari OMS]

## 5. Appello ai Partiti e ai candidati

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 alcuni punti, e riteniamo **irrinunciabili**:

- 1) l'impegno programmatico a non aderire a un **Nuovo Trattato Pandemico** né a **modifiche peggiorative dei Regolamenti Sanitari internazionali OMS** (nel frattempo e quanto meno, ci si può attenere a quelli in vigore dal 2005), in particolare per tutte le modifiche che rendono **vincolanti le raccomandazioni** dell'OMS e prevedono concrete cessioni di sovranità
- 2) l'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 imporci 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
- 3) l'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** e li riportino nei loro programmi.

Per la **Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi)**, che rinnova la richiesta di proseguire il confronto scientifico istituzionale sulle materie di competenza (**abbiamo prove forti e convincenti: verificatelo!**):

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

-----

## **Appendice 1 – Progetto di Legge francese (Dov'è finita la Liberté?) - Art. 4 (tradotto)**

«L'induzione... di chiunque affetto da patologia ad abbandonare o astenersi dal seguire una terapia medica o profilassi è punita con 1 anno di reclusione e multa di € 30.000 se è presentata come benefica per la salute dell'interessato, mentre, allo stato delle conoscenze mediche,» è chiaramente suscettibile di conseguenze particolarmente gravi per la sua salute... Quando all'induzione hanno fatto seguito gli effetti (N.d.r.: resta nel vago la definizione di questi effetti...), le pene sono aumentate a 3 anni di reclusione ed € 45.000 di multa.

Anche se la legge è formalmente “volta a rafforzare la lotta alle aberrazioni settarie”, **l'articolo si presta a sanzionare chi ad es. sconsigli una vaccinazione, o proponga una terapia medica diversa da quelle ufficialmente riconosciute.** Quest'ultimo punto merita un approfondimento con qualche esempio.

Ad es., per la COVID-19 a domicilio l'OMS ad oggi<sup>1</sup> si concentra principalmente su pochi farmaci ad alto costo, come il **remdesivir** (da € 1662 a oltre 4500 per SSN, ma con sconto obbligatorio confidenziale), ma solo per pazienti ad alto rischio di ricovero ospedaliero<sup>1</sup>; o come **nirmatrelvir-ritonavir**<sup>1</sup> (€ 1206, con sconto confidenziale), da assumere entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi e solo se a rischio di progressione verso una malattia grave. Questi farmaci hanno però vari problemi, oltre al costo molto alto. Remdesivir ha tossicità renale ed epatica e va somministrato per infusione endovenosa, il che lo rende inadatto a terapie domiciliari.

Nirmatrelvir-ritonavir ha molte interazioni farmacologiche che ne limitano l'uso<sup>2</sup>, con Omicron è rimasto efficace contro ricovero e morte da Covid-19 negli anziani, ma non negli adulti, né con pazienti con previa immunità<sup>3</sup>. Ha anche frequenti ricadute virologiche<sup>4,5</sup> e minimo effetto su condizioni post-COVID-19<sup>6</sup>. Gli **anticorpi monoclonali** specifici, infine, perdono presto efficacia verso le nuove varianti<sup>4</sup>.

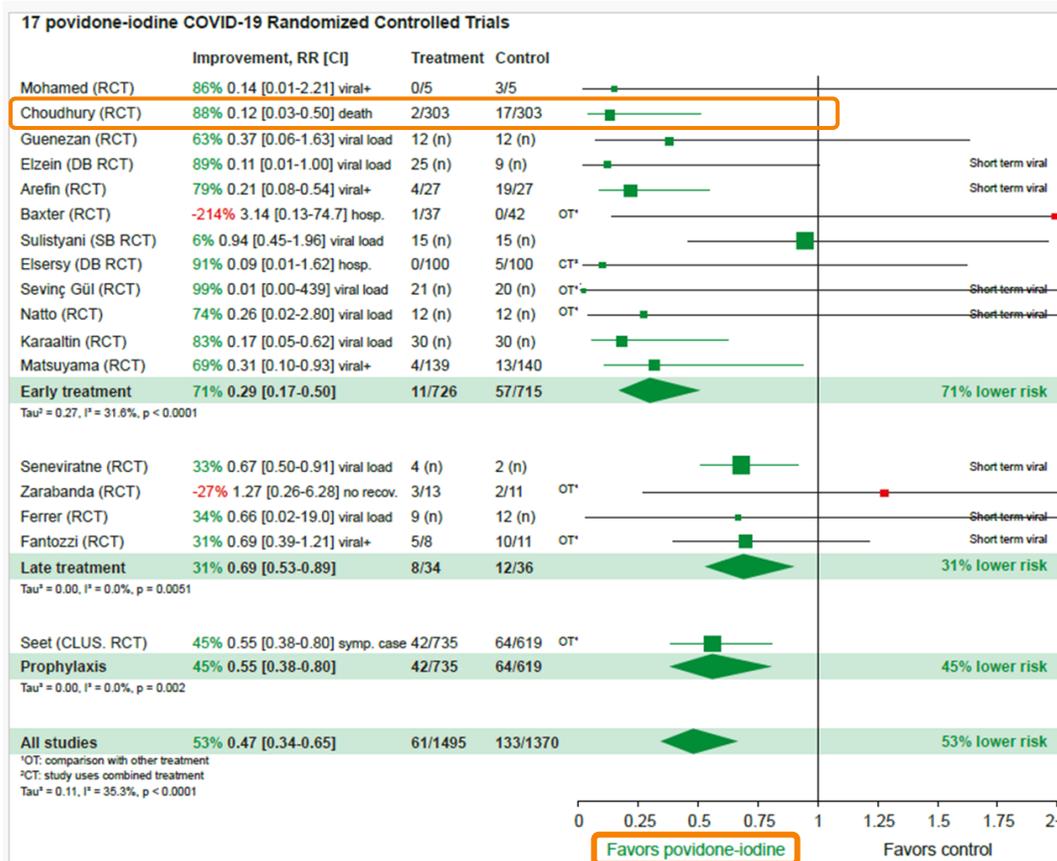
Sarebbe dunque utile considerare anche *altri* principi attivi, purché con questi **requisiti: 1) efficacia promettente in studi clinici randomizzati controllati (RCT)** di sufficiente validità, a condizione che siano anche: **2) sicuri** (allo stato delle conoscenze), **3) con favorevole costo-opportunità**, **4) biologicamente plausibili**, **5) accessibili** e **6) senza megasponsor commerciali e ricercatori in conflitto di interessi** nei RCT che li hanno promossi.

Ci sono principi attivi con questi requisiti? Sì, anche se la ricerca in merito non è stata finora incoraggiata. Si pensi ad antisettici (v. [c19early.org](http://c19early.org)), tra cui ad esempio lo **iodopovidone** (noto a tutti come *Betadine*), diluito all'1% (acquistato pronto come collutorio, o diluendo 10 volte il comune Betadine al 10%) per uso

esterno: es. 2 gocce per occhio e 4 nelle narici ogni 4 ore (saltando eventualmente la notte), e sciacqui orali/gargarismi per un minuto circa, sputando poi senza deglutire. I risultati nei RCT sono coerenti e di enorme interesse, come mostra la tabella che segue, compreso un RCT di qualità moderata **pubblicato nel gennaio 2021** con risultati molto buoni sulla **mortalità da COVID-19, ridotta di 8,3 volte (-88%)**. Usato come in questi RCT, lo iodopovidone rispetta tutti i sei requisiti prima elencati, e

**nessun germe resiste alla sua azione universale: sarebbe dunque indicato per abbattere la carica infettante all'esordio di ogni malattia infettiva respiratoria, limitando possibili trasmissioni e aggravamenti.**

Un ciclo di cura di 7-10 giorni costa pochissimi Euro, ma **se un sanitario lo consigliasse in Francia a nuova legge promulgata, rischierebbe il carcere e pesantissime multe**, poiché ad oggi non ci risulta raccomandato da linee guida ufficiali, né dall'OMS. Anzi **l'OMS, che l'ha incluso per decenni (almeno dal 2002 al 2021) nelle edizioni della Selezione/elenco dei farmaci essenziali, l'ha tolto da questo importante elenco nel 2023, per paradosso** quando molti RCT ne hanno dimostrato l'efficacia anche verso la COVID-19.



La Tabella riporta i 17 studi randomizzati controllati (RCT) che hanno testato iodopovidone nella COVID-19. Uno è anche in doppio cieco (DB RCT).

La 1<sup>a</sup> colonna indica i primi autori di ogni RCT; la 2<sup>a</sup> colonna le % di variazione degli esiti principali in ogni RCT: positività al virus, morte, carica virale, ricovero... La 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> colonna riportano il n. di esiti di volta in volta indicati nel gruppo di trattamento (iodopovidone) o in quello di controllo.

Nel grafico a destra, la linea verticale sopra a 1 è quella dell'indifferenza, i quadratini rappresentano la stima migliore (verdi per risultati favorevoli, rossi per sfavorevoli), con dimensioni proporzionali al numero degli eventi rilevati in quel RCT. Se il quadratino sta a sinistra della linea della indifferenza il risultato è stato favorevole allo iodopovidone, e sfavorevole se il quadratino sta a destra.

I rombi sono la sintesi matematica dei risultati. Nel caso dello iodopovidone, i risultati complessivi sono favorevoli e coerenti, e ha **protetto dalla mortalità (8,3 volte meno per chi l'ha usato: -88%)**.

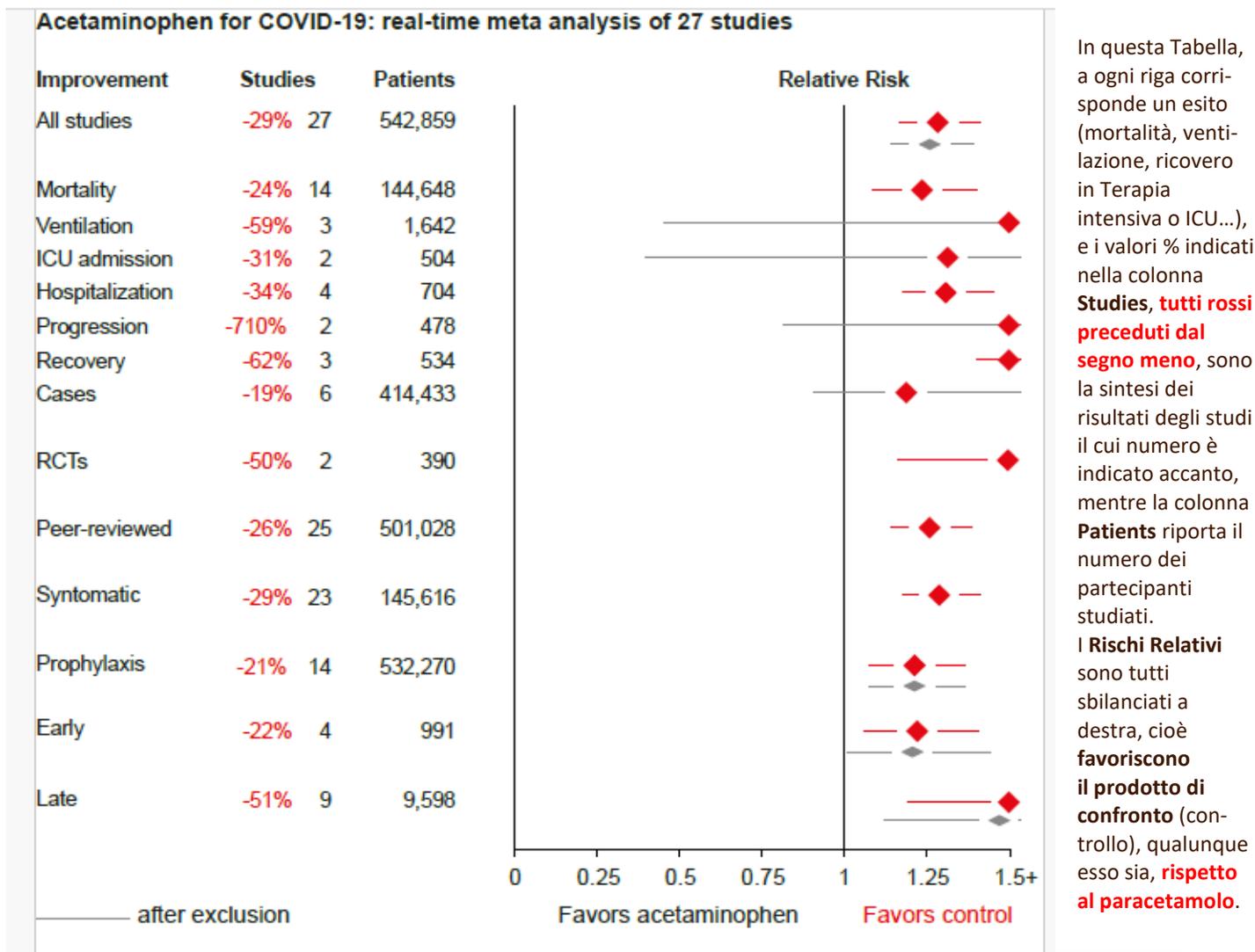
**Metanalisi a effetti random per tutti gli studi randomizzati sullo iodopovidone nel COVID-19 [100-117]. L'estrazione dell'effetto è prespecificata, usando l'esito più grave riportato. Per i dettagli sull'estrazione degli effetti v. l'appendice [21, in c19early.com]. (i testi dei RCT indicati sono disponibili a richiesta)**

Al contrario, l'elenco OMS 2023 dei farmaci essenziali continua a includere il **paracetamolo**, che pure ha dato prove deludenti quando testato in vari RCT per infezioni respiratorie.

In corso di COVID-19, il paracetamolo (il cui marchio più venduto è la nota *Tachipirina*) resta considerato universalmente il sintomatico di scelta, benché nell'unico RCT specifico in caso di COVID-19 lieve-moderato abbia perso duramente il confronto con indometacina (somministrati entrambi in 3<sup>a</sup> giornata dall'esordio dei sintomi, in soggetti immediatamente ricoverati - Ravichandran R, Mohan SK, Sukumaran SK, et al. An open label randomized clinical trial of Indomethacin for mild and moderate hospitalised Covid-19 patients. Sci Rep. 2022 Apr 19;12(1):6413. doi: 10.1038/s41598-022-10370-1. Erratum in: Sci Rep. 2022 Jun 20;12(1):10389).

La tabella che segue mostra i 27 studi su pazienti COVID-19 (anche se in carenza di RCT) in cui il **paracetamolo**, che gli americani chiamano acetaminofene, **ha il record negativo di aver perso pressoché tutti i confronti**.

Per paradosso, però, è ancora il farmaco più venduto al mondo, tuttora consigliato come sintomatico dall'OMS, e in Italia dall'AIFA, e non di rado l'unico impiegato da medici che spesso non conoscono le ricerche originali e si affidano a "linee guida" ritenute *autorevoli* e tutelanti. Oltre che, purtroppo, intimiditi dagli atteggiamenti repressivi percepiti durante la pandemia nelle interlocuzioni con le istituzioni.



La metanalisi degli studi nella COVID-19 che confrontano paracetamolo con alternative di controllo mostra con paracetamolo una mortalità significativamente più alta del 24% [9-40%], mentre l'analisi aggregata che usa gli esiti più gravi riportati mostra un rischio più alto del 29% [17-42%]. Sono state sollevate preoccupazioni sull'uso del paracetamolo per la COVID-19 (Pandolfi, Sestili). I possibili meccanismi di danno includono deplezione di glutazione, soppressione della febbre, tossicità epatica, e molti altri.

## 6. Considerazioni conclusive

Tra alcune lezioni che si potrebbero trarre da questi dati drammatici, vorremmo ricordare che:

- non si può continuare a riporre fiducia acritica in un'OMS i cui vertici paiono aver smarrito lo spirito delle origini e aver subito una **grave degenerazione**, pur restando consapevoli che molte aree di questa complessa Organizzazione continuano a svolgere un lavoro encomiabile. Occorre comunque **vagliare alla luce delle prove** (non di una fede mal riposta) **le raccomandazioni OMS**, che devono comunque restare tali, **senza vincoli né pericolose cessioni di poteri e di sovranità**

- Non si deve mai rinunciare a un dibattito scientifico aperto, senza preclusioni, censure o anatemi, che va ricondotto di continuo al pacato confronto di **PROVE**. Senza invocare dogmatiche adesioni a un presunto “consenso” di una fantomatica “comunità scientifica”.  
Un motto condivisibile può essere: «**Aver fiducia nelle Prove scientifiche** (verificate), **non ne “La Scienza”**»
- La CMSi chiede dal 2021 alla Politica di non aderire per principio al “paradigma dominante” (specie quando è sempre più chiaro che il paradigma fa acqua da troppe parti...), ma di garantire gli spazi di confronto di cui al punto precedente, proprio nell’interesse della qualità delle decisioni che le competono, e nell’interesse del nostro Paese.
- Coinvolgere anche esperti portatori di visioni scientifiche diverse (ancorché ancorate al supporto di valide **prove**) rispetto a quelli che hanno finora gestito le risposte alla pandemia. Incoraggiare l’interlocuzione positiva finalmente inaugurata dalla nuova Direzione ministeriale della Prevenzione, e non lasciare la riscrittura della prima, inaccettabile bozza del *Piano Pandemico* nelle mani di chi l’ha costruita come la bozza appariva, in coerenza con errori gestionali e di comunicazione che andrebbero riconosciuti, per non doverli ripetere.

### **Bibliografia ragionata**

1. Agarwal A et al. A living WHO guideline on drugs for covid-19. *BMJ*. 2020 Sep 4;370:m3379. doi: 641 10.1136/bmj.m3379. Update in: *BMJ*. 2021 Sep 23.
2. Liverpool COVID-19 Interactions (covid19-druginteractions.org)
3. Arbel R et al. Nirmatrelvir Use and Severe Covid-19 Outcomes during the Omicron Surge. *New Engl J Med* 649 **2022**; 387:790-798. DOI: 10.1056/NEJMoa2204919.
4. Edelstein GE et al. SARS-CoV-2 Virologic Rebound With Nirmatrelvir–Ritonavir Therapy: An 651 Observational Study. *Ann Intern Med*. [Epub 14 November **2023**]. doi:10.7326/M23-1756.
5. Cohen MS, Brown ER. Rebound of COVID-19 With Nirmatrelvir–Ritonavir Antiviral Therapy. *Ann Intern Med*. [Epub 14 653 November **2023**]. doi:10.7326/M23-2887.
6. Ioannou GN, et al. Effectiveness of Nirmatrelvir–Ritonavir Against the Development of Post–COVID-19 Conditions Among U.S. Veterans. *Ann Intern Med*. **2023**;176(11):1486-1497. doi: 10.7326/M23-1394.

**L’ulteriore bibliografia relativa alle tabelle sopra accluse non è riportata per non appesantire la Comunicazione, ma è disponibile a richiesta degli interessati.**

**Appendice 2** – 20231019 - *Elaborazione Prof. Eduardo Missoni (CMSi) su proposte nuovo Trattato Pandemico ed Emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali [qui](#)*, con richiesta di aprire un ampio dibattito pubblico, e l’auspicio di poter correggere i testi attuali, o almeno di evitare le conseguenze vincolanti per il nostro paese.