

Analisi dettagliata del testo con le citazioni esatte:

Il presente lavoro si propone di analizzare in modo approfondito le criticità relative agli **emendamenti al Regolamento Sanitario Internazionale (RSI)**, ponendo particolare enfasi sulla loro **scarsa trasparenza** e sulle modalità scorrette sia nel merito che sul metodo della loro approvazione. La nostra analisi mira a fornire un quadro chiaro delle insidie nascoste dietro questi emendamenti. È di fondamentale importanza sottolineare che il processo di introduzione di tali emendamenti si è svolto in gran parte in un contesto di **segretezza**. Gli emendamenti sono stati presentati all'Assemblea Mondiale della Sanità, ad appena un paio di settimane prima della discussione. Questa tempistica **ha disatteso la regola vincolante** prevista dagli RSI 2005, la quale stabilisce all'articolo 55 che il testo di ogni proposta di emendamento debba essere comunicato a tutti gli Stati Parte dal Direttore Generale, almeno quattro mesi prima dell'Assemblea in cui viene posto in discussione.

Inoltre, l'approvazione è avvenuta tramite una **maggioranza semplice** degli Stati presenti e votanti, escludendo dal computo le astensioni. Questo meccanismo permette, in linea di principio, che un numero limitato di voti favorevoli possa determinare l'adozione di regole vincolanti per tutti gli Stati membri, a meno che questi non le rigettino formalmente entro i termini stabiliti.

Tale procedura solleva dubbi sulla possibilità che il confronto democratico a livello nazionale si svolga in modo trasparente e anzi si teme che la doverosa discussione venga aggirata, mettendo a rischio il pieno coinvolgimento dei rappresentanti eletti nella definizione di politiche sanitarie di impatto globale.

La presente analisi mira a sottoporre alla vostra attenzione le criticità intrinseche, i profili di incostituzionalità e le ambiguità interpretative che caratterizzano le recenti modifiche al Regolamento Sanitario Internazionale (RSI):

CRITICITÀ 1: Ambiguità nell'attivazione del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) dell'OMS, pag. 4/5, articolo 1 del WHA 77.17

Inserimento dei termini "**emergenza pandemica**" e "**prodotti sanitari pertinenti**"

Il (RSI) del 2005 / International Health Regulations (IHR 2005) include ora il testo che segue, introdotto come novità e fedelmente riprodotto sotto. Questa sezione non era presente nel testo precedente del RSI.

Definizione di "emergenza pandemica" – pag.4, Articolo 1 (Definizione) e "prodotti sanitari pertinenti"-pag.5, Articolo 1 (Definizione)

"... **emergenza pandemica**" indica un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale causata da una malattia trasmissibile che: (i) ha, o è ad alto rischio di avere, una vasta diffusione geografica verso e all'interno di più Stati; e (ii) sta superando, o è ad alto rischio di superare, la capacità di risposta dei sistemi sanitari in tali Stati; e (iii) sta causando, o è ad alto rischio di causare,

significative interruzioni sociali e/o economiche, incluse interruzioni al traffico e al commercio internazionale; e (iv) richiede un'azione internazionale coordinata rapida, equa e rafforzata, con approcci che coinvolgono l'intero governo e l'intera società...”

"... **prodotti sanitari pertinenti**" indica quei prodotti sanitari necessari per rispondere a emergenze di sanità pubblica di rilevanza internazionale, incluse le emergenze pandemiche, che possono includere medicinali, vaccini, diagnostici, dispositivi medici, prodotti per il controllo dei vettori, dispositivi di protezione individuale, prodotti per la decontaminazione, prodotti di assistenza, antidoti, terapie cellulari e geniche, e altre tecnologie sanitarie...”.

Commento tecnico:

Ambiguità nell'attivazione del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) dell'OMS

Il tenore delle definizioni sopra riportate solleva serie perplessità circa l'applicazione del RSI dell'OMS. Le misure previste potrebbero essere attivate da qualsiasi situazione percepita tecnicamente come potenziale innesco di una pandemia, esponendo il sistema a un rischio concreto di strumentalizzazione politica e commerciale a vantaggio di interessi privati. Le modifiche al RSI, infatti, conferiscono al Direttore Generale dell'OMS la facoltà di dichiarare un'emergenza pandemica basandosi, per esempio, solo su un *cluster* di casi di presunta malattia respiratoria acuta grave di origine sconosciuta o nuova.

Una delle maggiori criticità risiede nella mancanza di chiarezza sul numero di Paesi coinvolti, necessari per la proclamazione di una pandemia. Non è specificato se sia sufficiente un singolo caso, due, tre, o un numero maggiore di Nazioni coinvolte, lasciando un'eccessiva discrezionalità all'Organizzazione. L'utilizzo di un termine eccessivamente vago come "*una malattia trasmissibile che: (i) ha, o è ad alto rischio di avere, una vasta diffusione geografica*" non offre criteri oggettivi e misurabili, rendendo la definizione eccessivamente generica, ambigua e interpretabile.

Tale vaghezza è particolarmente preoccupante poiché potrebbe giustificare l'imposizione di azioni drastiche, come i lockdown del 2020, che hanno avuto un impatto economico devastante sull'economia italiana. Desideriamo richiamare l'attenzione sulle profonde perdite economiche causate da tali misure. Analisi autorevoli, come quelle della SVIMEZ, indicavano una perdita di valore aggiunto per l'Italia che si aggirava intorno ai 48 miliardi di euro ogni mese durante i periodi di lockdown più stringenti, corrispondenti al 3,1% del PIL annuale italiano. Alcune stime hanno calcolato una perdita media del PIL, per ogni cittadino italiano nel solo 2020, pari a circa 2.371 euro. Questi numeri sottolineano l'enorme costo sostenuto dal nostro Paese e la necessità di valutare attentamente ogni futura misura che possa incidere così pesantemente sulla nostra economia e sulla libertà dei cittadini.

Inoltre, la genericità della definizione di "pandemia" (Art. 1, pag. 4 del documento di riferimento) apre la strada a dichiarazioni di emergenze sanitarie basate su presupposti fragili, conferendo all'OMS un'ampia discrezionalità d'intervento, potenzialmente influenzata da dinamiche geopolitiche o interessi specifici.

Il concetto di "One Health", promosso dall'OMS, amplifica ulteriormente tale discrezionalità, consentendo all'Organizzazione di giustificare misure restrittive anche in campi come la zootecnia o l'agricoltura con un potenziale impatto significativo sui Paesi, anche a livello economico, proprio attraverso il concetto di "pandemia".

Questo quadro normativo potrebbe permettere di dichiarare continue pandemie (anche potenziali o presunte) e altre emergenze in modo totalmente discrezionale. Tale discrezionalità potrebbe giustificare la diffusione di nuovi vaccini, passaporti (vaccinali o di altra natura), valute digitali e, più in generale, un controllo pressoché totale sulle popolazioni senza una chiara e precisa definizione. Si aggiunga la possibilità che vengano dichiarate rischiose per la salute dell'uomo e/o dell'ambiente pratiche zootecniche o agricole che non corrispondono a standard fissati dall'OMS.

A ciò si aggiunge l'introduzione dei "prodotti pertinenti", tra cui spiccano i prodotti genici e i vaccini. La loro produzione, che secondo la classificazione del microbo, prevede anche l'utilizzo di laboratori con livelli di biosicurezza BSL-3 e BSL-4, rappresenta un rischio molto importante per la pubblica sicurezza. Questo concetto è ripreso nell'articolo 13, pag. 12 della risoluzione WHA77.17.

CRITICITÀ 2: Trasferimento di Sovranità e Potere Decisionale nelle mani del Direttore Generale dell'OMS.

Pag.11, art.12, 4 bis

Il (RSI) del 2005 / International Health Regulations (IHR 2005) include ora il testo che segue, introdotto come novità e fedelmente riprodotto sotto. Questa sezione non era presente nel testo precedente del RSI.

ART.12 Dichiarazione di un'emergenza di sanità pubblica di portata internazionale, inclusa un'emergenza pandemica.

“4 bis. Qualora il Direttore Generale stabilisca che un evento costituisce un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, egli determinerà ulteriormente, tenendo conto di quanto previsto dal paragrafo 4, se tale emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale costituisca anche un'emergenza pandemica.”

Commento tecnico:

Trasferimento di Sovranità e Potere Decisionale

L'articolo 12. 4 bis, introducendo la possibilità per il Direttore Generale dell'OMS di dichiarare un'"emergenza pandemica" (oltre alla già esistente "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale"), conferisce un **potere decisionale significativo e arbitrario (a sua esclusiva e personale discrezionalità)**. Questa caratteristica aggiuntiva, e la facoltà di determinarla autonomamente, **accentrerà ulteriormente il potere nelle mani del Direttore Generale** e, per estensione, dell'OMS.

L'OMS è un'organizzazione che attualmente basa gran parte del suo operato sui **finanziamenti privati** o sui finanziamenti volontari dei vari Stati che ne determinano la destinazione. Gran parte di questi finanziamenti è denominata “fondi flessibili” ed è destinata alle spese burocratiche (staff e uffici). Inoltre è attualmente guidata da **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, la cui nomea internazionale non è certamente specchiata, essendo stato accusato per crimini di guerra in Etiopia nel 2021/2022. Il governo etiope lo ha accusato e condannato di "dannosa disinformazione" e di "cattiva condotta" **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, sostenendo che fosse schierato con i ribelli del Tigray.

Ad ogni modo a prescindere dal curriculum vite dell'attuale Direttore, è di fondamentale importanza rammentare che l'OMS non ha mai chiarito al mondo cosa sia realmente accaduto a Wuhan nel 2020, come sottolineato dal Ministro della Salute USA, Robert J. Kennedy, nel suo ultimo messaggio ai ministri della salute mondiali il 19 maggio 2025.

Secondo le ultime informazioni disponibili **per il bilancio 2022-2023** (il bilancio 2023 non è un bilancio annuale a sé stante, ma parte del biennio), i contributi volontari rappresentano la stragrande maggioranza dei finanziamenti dell'OMS. In particolare i contributi all'OMS sono così suddivisi:

Contributi Assessed (fissi/obbligatori dei Paesi membri): Questi costituiscono una percentuale minore del bilancio totale, storicamente meno del 20% (ad esempio, circa il 12% nel biennio 2022-2023). Sono calcolati principalmente sul PIL di ciascun Paese.

Contributi Volontari: Questi rappresentano oltre i tre quarti del finanziamento totale dell'OMS (circa l'87% nel biennio 2022-2023).

Siamo davvero certi di cedere la nostra libertà ad una figura istituzionale che, in base al diritto internazionale di Ginevra (specificatamente la Convenzione sui privilegi e le immunità delle Istituzioni Specializzate delle Nazioni Unite del 1947, Annesso VII), gode di piena immunità decisionale come fosse un'autorità diplomatica; non è democraticamente eletta e opera all'interno di un'organizzazione spesso guidata dagli interessi privati di Stati e altri attori privati, come – a mero titolo esemplificativo- le fondazioni Bill e Melinda Gates o GAVI.

CRITICITÀ 3: Prodotti Genici e Rischi Globali Per la Sicurezza

Pag. 12, Articolo 13

Il (RSI) del 2005 / International Health Regulations (IHR 2005) include ora il testo che segue, introdotto come novità e fedelmente riprodotto sotto. Questa sezione non era presente nel testo precedente del RSI.

Articolo 13: Risposta di Sanità Pubblica, incluso l'Accesso Equo a Prodotti Sanitari Rilevanti

8. L'OMS faciliterà e si adopererà per rimuovere le barriere all'accesso tempestivo ed equo da parte degli Stati Parte a prodotti sanitari rilevanti dopo la determinazione e durante un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, inclusa un'emergenza pandemica, basandosi sui rischi e le necessità di sanità pubblica. A tal fine, il Direttore Generale dovrà: (a) condurre, e periodicamente rivedere e aggiornare, valutazioni delle necessità di sanità pubblica, nonché della disponibilità e accessibilità (inclusa la sostenibilità economica) dei prodotti sanitari rilevanti per la risposta di sanità pubblica; pubblicare tali valutazioni; e considerare le valutazioni disponibili nell'emettere, modificare, estendere o terminare le raccomandazioni ai sensi degli Articoli 15, 16, 17, 18 e 49 del presente Regolamento;

(b) utilizzare meccanismi coordinati dall'OMS, o facilitare, in consultazione con gli Stati Parte, la loro istituzione ove necessario, e coordinare, se del caso, con altri meccanismi e reti di allocazione e distribuzione che facilitino l'accesso tempestivo ed equo a prodotti sanitari rilevanti basati sulle necessità di sanità pubblica;

(c) supportare gli Stati Parte, su loro richiesta, nell'aumentare e diversificare geograficamente la produzione di prodotti sanitari rilevanti, se del caso, tramite reti e meccanismi rilevanti coordinati dall'OMS e altri, fatte salve le disposizioni dell'Articolo 2 del presente Regolamento e in conformità con il diritto internazionale pertinente;

(d) condividere con uno Stato Parte, su sua richiesta, la documentazione del prodotto relativa a uno specifico prodotto sanitario rilevante, fornita all'OMS dal produttore per l'approvazione e laddove il produttore abbia acconsentito, entro 30 giorni dalla ricezione di tale richiesta, allo scopo di facilitare la valutazione e l'autorizzazione regolatoria da parte dello Stato Parte;

(e) supportare gli Stati Parte, su loro richiesta e, se del caso, tramite reti e meccanismi rilevanti coordinati dall'OMS e altri, ai sensi del sottoparagrafo 8(c) di questo Articolo, per promuovere la ricerca e lo sviluppo e rafforzare la produzione locale di prodotti sanitari rilevanti di qualità, sicuri ed efficaci, e facilitare altre misure pertinenti per la piena attuazione della presente disposizione.

9. Ai sensi del paragrafo 5 di questo Articolo e del paragrafo 1 dell'Articolo 44 del presente Regolamento, e su richiesta di altri Stati Parte o dell'OMS, gli Stati Parte si impegneranno, fatte salve le leggi applicabili e le risorse disponibili, a collaborare e ad assistersi a vicenda e a supportare le attività di risposta coordinate dall'OMS, anche attraverso:

(a) il supporto all'OMS nell'attuazione delle azioni delineate in questo Articolo;

(b) l'impegno con e l'incoraggiamento delle parti interessate che operano nelle rispettive giurisdizioni a facilitare l'accesso equo ai prodotti sanitari rilevanti per rispondere a un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, inclusa un'emergenza pandemica; e

(c) la messa a disposizione, se del caso, di termini rilevanti dei loro accordi di ricerca e sviluppo per prodotti sanitari rilevanti legati alla promozione dell'accesso equo a tali prodotti durante un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, inclusa un'emergenza pandemica.

Commento tecnico:

Prodotti Genici e Rischi Globali

L'Articolo 13, focalizzandosi **sull'accesso equo a prodotti sanitari pertinenti**" e sul supporto alla loro produzione, assume una valenza cruciale, se valutato in combinato con l'introduzione dei "prodotti genici" nella categoria dei "prodotti rilevanti", in altre sezioni degli emendamenti al RSI.

Sebbene l'articolo non citi esplicitamente i laboratori di biosicurezza **BSL-3 e BSL-4**, **la produzione di prodotti genici e vaccini**, per loro stessa natura e per le norme di sicurezza biologica internazionale, richiede livelli di contenimento estremamente elevati. Di fatto, **i laboratori BSL-3 e BSL-4** sono gli unici ambienti in grado di produrre e manipolare in sicurezza tali materiali e virus pericolosi per cui si richiede di produrre vaccini.

La preoccupazione maggiore risiede nel fatto che, invece di concentrarsi su come **mettere in sicurezza i laboratori esistenti** (visti gli alti rischi emersi, come dimostrato da quanto accaduto a Wuhan), **l'OMS decide di aprire le porte e offrire a tutti gli Stati la possibilità (e le risorse) di realizzare pericolosi biolaboratori di analoga specie. Questo approccio aumenta significativamente i rischi per la salute e la sicurezza mondiale.**

In questo modo, diventa impossibile controllare da quale fonte emergeranno futuri virus letali, poiché ogni Paese diventa potenzialmente un pericolo. Situazioni che potrebbero essere celate da attacchi hacker o atti terroristici. Siamo davvero sicuri di consegnare queste "bombe atomiche" biologiche nelle mani di tutti, considerando quanto successo nel 2020 e le relative devastanti conseguenze?

Quali risvolti a livello politico, pure sull'attuale compagine governativa, scaturiranno in futuro, laddove si verificheranno nuove pandemie?

Riassumendo, i rischi legati ai laboratori BSL-3 e BSL-4, soprattutto in un contesto di produzione di nuovi vaccini o manipolazione di agenti patogeni, sono molteplici e significativi e superano i benefici. Vogliamo elencare alcuni di loro:

1. **Rischio di fuga o rilascio accidentale di patogeni:** Nonostante i protocolli di sicurezza stringenti, il rischio di incidenti che portino al rilascio di virus o batteri altamente patogeni non è mai nullo. Errori umani, malfunzionamenti delle attrezzature o disastri naturali (es. terremoti) potrebbero compromettere il contenimento. **Esempio concreto:** Sebbene non ci siano prove conclusive, alcune teorie sull'origine del COVID-19 hanno ipotizzato una fuga dal laboratorio di Wuhan, che ospita un BSL-4. Indipendentemente dalla validità di questa teoria, l'ipotesi stessa evidenzia la preoccupazione pubblica e scientifica sui rischi di fuga. Nel passato ci sono stati casi documentati di fuoriuscite accidentali da laboratori (anche se spesso di patogeni meno pericolosi), come il virus della SARS (Cina 2004) o l'antrace (1979, Sverdlovsk, 2014 e 2015, Stati Uniti) che hanno causato infezioni.

2. **Rischio di "Gain of Function Research" incontrollata:** La ricerca che mira a rendere i virus più trasmissibili o virulenti (ricerca di "guadagno di funzione") avviene secondo la funzione che si vuole acquisire, in questi laboratori. Tuttavia, se non strettamente regolamentata e monitorata, questa ricerca solleva gravi preoccupazioni per la potenziale creazione di agenti patogeni ancora più pericolosi in caso di fuga. **Esempio concreto:** Dibattiti etici e scientifici molto accesi si sono verificati, ad esempio, in relazione alla ricerca sul virus dell'influenza aviaria (H5N1) che ne aumentava la trasmissibilità tra i mammiferi, evidenziando il dilemma tra i benefici potenziali della ricerca e i rischi di un incidente. Dopo una pausa del governo Obama nel 2014, a dicembre del 2017 (allo scadere del mandato di Obama) è stato **rimosso il divieto di finanziare e condurre attività di ricerca sui virus letali.**

Ricordiamo che l'amministrazione Trump ha agito per vietare o limitare il finanziamento federale della ricerca di "guadagno di funzione", motivando questa decisione con preoccupazioni per la sicurezza, il rischio di "lab leak" e la gestione dei patogeni, specialmente in contesti esteri. Il 05 maggio 2025 il presidente degli Stati Uniti ha firmato un ordine esecutivo che pone fine ai finanziamenti federali statunitensi per la "pericolosa ricerca gain-of-function" in Cina, Iran e altre nazioni, che a suo dire mancano di un'adeguata supervisione. L'ordine termina "qualsiasi finanziamento presente e futuro" da parte del governo federale per tali ricerche in quei paesi. Il Dott. Bhattacharya, attuale Direttore del National Institutes of Health (NIH) negli Stati Uniti, nominato dal Presidente Donald Trump, ha categoricamente affermato:

“La conduzione di questa ricerca non ci protegge dalle pandemie, come qualcuno potrebbe sostenere, né ci protegge da altre nazioni. Esiste sempre il pericolo che, svolgendo questa ricerca, possa verificarsi una fuga accidentale che causi una pandemia.”

Questa dichiarazione sottolinea le profonde preoccupazioni relative alla sicurezza e all'efficacia di alcune tipologie di ricerca sui patogeni, evidenziando il rischio intrinseco di fughe accidentali, che potrebbero innescare nuove emergenze sanitarie globali, nonostante le intenzioni dichiarate di prevenzione o difesa.

3. **Mancanza di trasparenza e sorveglianza internazionale:** Spesso, le attività all'interno di questi laboratori, specialmente in contesti geopolitici complessi, possono mancare di un'adeguata supervisione e trasparenza internazionale. Questo rende difficile per la comunità globale avere piena fiducia nei protocolli di sicurezza e nella gestione dei rischi. **Esempio concreto:** Le difficoltà incontrate dagli ispettori dell'OMS nell'accedere a dati e siti specifici in Cina all'inizio della pandemia di COVID-19 hanno sottolineato la mancanza di meccanismi di verifica e trasparenza pienamente efficaci per i laboratori ad alto contenimento a livello globale.

4. **Rischio di utilizzo improprio o duale per produrre armi e pericolo di bioterrorismo:** Sebbene sia un rischio più remoto, la possibilità che materiali patogeni altamente pericolosi o conoscenze acquisite in questi laboratori possano essere utilizzati per scopi malevoli (bioterrorismo e produzione di armi biologiche) rappresenta una preoccupazione costante, sottolineando la necessità di rigorosi sistemi di sicurezza fisica e di controllo degli accessi con un ampliamento della normativa esistente. **Esempio concreto:** Incidenti come gli attacchi all'antrace del 2001 negli Stati Uniti hanno dimostrato in modo solare come agenti biologici possano essere impiegati per scopi terroristici, aumentando la sensibilità verso il contenimento di materiali pericolosi.

Nell'occasione della firma dell'ordine esecutivo, il 5 maggio 2025, che pone fine ai finanziamenti federali statunitensi per la "pericolosa ricerca gain-of-function", Kennedy ha ricordato la lunga storia della ricerca gain-of-function duale **da parte delle agenzie militari e di intelligence statunitensi a partire dagli anni '40**. Nixon pose fine a questa ricerca negli anni '70, e oltre 180 paesi firmarono la Convenzione sulle armi biologiche, ponendo di fatto fine alla ricerca a livello globale **fino all'approvazione del Patriot Act da parte del Congresso nel 2001**.

Come ricordato prima, l'amministrazione Obama congelò i finanziamenti federali per la ricerca gain-of-function nel 2014, dopo che i critici avevano sollevato dubbi sulla mancanza di linee guida adeguate a seguito di una serie di problemi di sicurezza. Dopo il congelamento, molte ricerche finanziate a livello federale vennero trasferite all'estero. In quel periodo, il NIH finanziò la EcoHealth Alliance e la sua ricerca sui coronavirus con l'Istituto di Virologia di Wuhan e il laboratorio di Ralph Baric all'Università della Carolina del Nord.

Questi quattro rischi sottolineano l'urgenza di un dibattito pubblico approfondito e di una regolamentazione robusta e trasparente. Questa necessità non si limita al livello nazionale, ma si estende a quello internazionale, al fine di garantire che le attività condotte in questi laboratori avvengano con la massima sicurezza e responsabilità.

Tuttavia, in netta controtendenza con questa esigenza di cautela, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sta spingendo verso una proliferazione di laboratori di biosicurezza BSL-3 e BSL-4 a livello globale. Questa espansione sembra motivata dalla necessità di soddisfare le crescenti esigenze legate alla produzione dei "prodotti pertinenti" (quali vaccini, diagnostici e terapie avanzate), ma solleva significative preoccupazioni circa l'aumento esponenziale del rischio di nuove fughe accidentali e, di conseguenza, di future pandemie.

CRITICITÀ 4: Accordi sanitari secretati tra Stati

pag. 29 art 43. Punto 7 – Ulteriori misure sanitarie.

Art. 43.7 Ulteriori misure sanitarie.

Rispetto al precedente documento del RSI, il nuovo include delle integrazioni: le frasi che prima mancavano sono ora evidenziate in GRASSETTO.

7. Fatto salvo il **diritto di uno Stato Parte** ai sensi dell'Articolo 56, qualsiasi Stato Parte che subisca l'impatto di una misura adottata in base al paragrafo 1 o 2 di questo Articolo può richiedere allo Stato Parte che implementa tale misura di avviare una consultazione. **Questa consultazione può avvenire direttamente o tramite il Direttore Generale, il quale può anche facilitare gli scambi tra gli Stati Parte interessati.** Lo scopo di queste consultazioni è **chiarire le informazioni scientifiche** e le **motivazioni di sanità pubblica** alla base della misura, al fine di trovare una **soluzione reciprocamente accettabile.** **Salvo diverso accordo tra gli Stati Parte coinvolti nella consultazione, le informazioni condivise durante la stessa devono essere mantenute confidenziali.**

Commento tecnico:

Accordi sanitari secretati tra Stati

La possibilità di siglare accordi sanitari riservati (pag. 29, art. 43.7) mina la trasparenza di decisioni, che potrebbero avere un impatto significativo sulla salute pubblica, rendendo tali processi opachi e potenzialmente pericolosi. La segretezza nelle decisioni riguardanti la sanità può avere un impatto sulla salute, sulla sicurezza, ma anche sull'economia di ogni paese, comportando uno spreco ingiustificato di denaro pubblico. Si ricorda che l'accordo tra la Commissione Europea e Pfizer è avvenuto tramite messaggi WhatsApp che sono stati crittografati e successivamente sono scomparsi in modo misterioso. Gli inquirenti europei stanno indagando su potenziali illeciti penali in relazione alle trattative per l'acquisto di circa 2 miliardi di dosi di vaccini (circa 10 ad abitante europeo) intercorse tra la Presidente della Commissione Europea Ursula Von Der Leyen e l'Amministratore Delegato di Pfizer, Albert Bourla.

Lo stesso principio di segretezza è stato adottato durante la pandemia, quando alcuni Stati hanno reso obbligatori i vaccini basandosi sulle raccomandazioni dell'OMS, poiché contrariamente a quanto dichiarato dalle stese case produttrici, ritenevano erroneamente che riducevano la trasmissibilità del virus. Miliardi di persone furono vaccinate e tante altre che si rifiutarono persero il loro posto di lavoro o vennero gravemente colpiti dagli effetti avversi del vaccino SARS COV- 19, in alcuni casi la causalità è stata certificata. Il 10 ottobre 2022, durante un'interrogazione al Parlamento Europeo, la signora Janine Small, presidente dei Mercati Internazionali Sviluppatisi di Pfizer, interpellata dall'Europarlamentare olandese **Rob Roos**, aveva dichiarato (cosa che comunque si sapeva e affermata da gran parte del mondo accademico e scientifico) che **i vaccini non erano stati testati per fermare la trasmissibilità** prima della loro immissione sul mercato. Inoltre AIFA, nel luglio del 2024, ha risposto ad un FOIA dell'associazione Arbitrium PSG, sostenendo testuali parole: "... si rappresenta che, allo stato attuale, nessun vaccino COVID-19 approvato presenta l'indicazione "prevenzione della trasmissione dell'infezione dall'agente Sars cov-2". L'indicazione terapeutica per la quale sono stati approvati i vaccini COVID-19 è riportata nei rispettivi RCP, al paragrafo 4.1."

A tale dato molto importante si aggiunga che **numerosi studi scientifici** (lo studio italiano condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, pubblicato anche su piattaforme come il Network Bibliotecario Sanitario Toscano (NBST), 11 febbraio 2022.), **hanno successivamente evidenziato un calo dell'efficacia nel tempo del pro farmaco**, anche dopo poche settimane, nella protezione dalla malattia covid-19 e in alcuni casi addirittura l'aumento del rischio di infezione (efficacia negativa). Nonostante ciò, sono state vaccinate donne incinte, categorie fragili e bambini, esponendoli a rischi con un farmaco che non interrompeva la trasmissione e la cui efficacia diminuiva, ma che viene comunque chiamato "vaccino". Queste considerazioni rendono la concessione di un tale potere

all'OMS, in un contesto di uso così esteso e potenzialmente meno efficace di quanto promosso, ancora più preoccupante.

Un altro punto molto discutibile per tanti scienziati e medici è il motivo per cui l'**immunità naturale**, che ha preservato l'umanità per milioni di anni, sia stata completamente ignorata. Improvvisamente, un vaccino, i cui test non erano mai stati concepiti per valutarne la trasmissione, è stato ritenuto dall'OMS più efficace dell'immunità naturale delle nostre cellule. Questa decisione ha di fatto vergognosamente sconfessato anni di studi nel campo dell'immunologia.

Ciò è particolarmente rilevante considerando che il vaccino sia stato somministrato anche a persone che avevano già contratto il virus e ne erano guarite naturalmente anche da poco tempo, nonostante sia ampiamente riconosciuto che l'infezione naturale offra la protezione migliore e più duratura contro la forma grave della malattia causata da qualsiasi virus. Con il senno di poi, i reali motivi dietro la spinta vaccinale sono diventati chiari e non appaiono confacenti ad un criterio oggettivo di ricerca della salute pubblica

In ambito sanitario, le decisioni non dovrebbero mai essere subordinate a logiche meramente economiche o addirittura a scelte arbitrarie. Al contrario, la **salute pubblica** deve essere considerata una priorità assoluta, un bene comune da tutelare in ogni circostanza.

È fondamentale che ogni cittadino italiano sia pienamente informato sulle **basi scientifiche e cliniche** di qualsiasi scelta che riguardi la sua salute, in base alla normativa sanitaria interna (in primis, la L. 219/2017 e L. 94/1998). Altrettanto fondamentale che il medico possa stabilire un trattamento sulla base dello stato clinico del paziente. Questo include sapere chi ha assunto tali decisioni e su quali evidenze concrete si siano basate.

In questa sede ricordiamo le principali fonti internazionali che sanciscono il Diritto all'Informazione e alla Trasparenza:

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948): Sebbene non lo espliciti direttamente, il principio dell'autodeterminazione e della dignità umana (Art. 1, 3, 25) ne costituisce la base.

Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (1966): L'Art. 12 riconosce il diritto di ogni individuo a godere del miglior stato di salute fisica e mentale possibile, implicando la necessità di informazioni per decisioni informate.

Convenzione di Oviedo (Convenzione per la protezione dei Diritti Umani e della Dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della Biologia e della Medicina, 1997): Questo è uno dei documenti più specifici. In particolare, l'Articolo 5 stabilisce che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il suo consenso libero e informato". Questo include il diritto di essere informati sullo scopo e la natura dell'intervento, le sue conseguenze e i rischi. L'Italia ha ratificato questa Convenzione con la Legge n. 145 del 28 marzo 2001.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000): L'Articolo 3 (Diritto all'integrità della persona) afferma che "nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

La **trasparenza** è irrinunciabile. I segreti, in materia sanitaria, non sono tollerabili. Il diritto di ogni cittadino italiano di essere informato sulle basi scientifiche delle scelte sanitarie, inclusi i decisori e

le evidenze concrete, non deriva da un'unica "legge internazionale" che lo sanziona in modo diretto e specifico, ma piuttosto dall'intersezione di principi fondamentali come il diritto al consenso informato, il diritto all'informazione, e i principi di trasparenza e buona governance che permeano il diritto internazionale dei diritti umani e le aspettative nei confronti delle istituzioni globali.

CRITICITÀ 5: Obiezione sulla Chiarezza dell'Impegno Finanziario

pag.30, Articolo 44: Collaborazione, assistenza e finanziamento. (nel nuovo RSI è stata aggiunta la parola finanziamento in grassetto)

Il (RSI) del 2005 / International Health Regulations (IHR 2005) include ora il testo che segue, introdotto come novità e fedelmente riprodotto sotto. Questa sezione non era presente nel testo precedente del RSI.

“... 2 bis. Gli Stati Parte, nel rispetto delle leggi vigenti e delle risorse a disposizione, dovranno mantenere o aumentare i **finanziamenti interni** necessari e collaborare, anche attraverso la **cooperazione e l'assistenza a livello internazionale** quando opportuno, per garantire un **finanziamento sostenibile** a sostegno dell'applicazione di questo Regolamento.”

“... 2 ter. In base al sottoparagrafo (c) del paragrafo 1, gli Stati Parte si impegneranno a collaborare, per quanto possibile, al fine di: (a) promuovere che la governance e i modelli operativi degli **enti e meccanismi di finanziamento** esistenti siano rappresentativi a livello regionale e rispondano alle necessità e alle priorità nazionali dei Paesi in via di sviluppo nell'attuazione di questo Regolamento; (b) individuare e facilitare l'accesso alle **risorse finanziarie**, incluso tramite il Meccanismo Finanziario di Coordinamento, istituito ai sensi dell'Articolo 44bis, necessarie per affrontare in modo equo le esigenze e le priorità dei Paesi in via di sviluppo, anche per lo sviluppo, il potenziamento e il mantenimento delle **capacità fondamentali**.”

Commento tecnico:

Obiezione sulla Chiarezza dell'Impegno Finanziario

Questo articolo, pur evidenziando l'importanza di un **finanziamento sostenibile** e di una maggiore collaborazione, risulta **poco chiaro** riguardo all'effettivo impegno finanziario richiesto a ogni Stato Parte. Se da un lato si accenna a un "mantenere o aumentare" i finanziamenti interni, dall'altro, non viene specificato in modo trasparente quale sarà l'entità di questo aumento, né come verrà calcolato per ciascun Paese.

In un contesto di **scarsa trasparenza**, specialmente in vista di possibili riassetti contributivi futuri – come l'uscita o la ricalibrazione della quota statunitense dal 2026, che potrebbe indubbiamente impattare sui rimanenti membri – il cittadino italiano rimane all'oscuro delle reali implicazioni finanziarie. Non conoscere con precisione "cosa deve pagare" l'Italia, oltre a generici "possibili aumenti" mina la fiducia e impedisce una piena comprensione delle decisioni assunte in materia di salute pubblica e delle relative responsabilità economiche. In questo caso specifico, gli emendamenti rappresentano una violazione del **Diritto all'informazione e alla trasparenza**.

In sintesi, l'articolo difetta di quella specificità **che permetterebbe una valutazione chiara e trasparente dell'onere finanziario per i singoli Stati**, lasciando spazio a incertezze e, potenzialmente, a future contestazioni sulla ripartizione dei costi. La chiarezza dell'impegno finanziario è un argomento cruciale, per il quale l'Italia dovrà esercitare il suo diritto di "opting out" entro il 19 luglio.

CRITICITÀ 6: Opinioni divergenti a rischio: l'ombra della censura

Pag.44 e 45, ANNEX 1, Capacità fondamentali

Il (RSI) del 2005 / International Health Regulations (IHR 2005) include ora il testo che segue, introdotto come novità e fedelmente riprodotto sotto. Questa sezione non era presente nel testo precedente del RSI.

A. Requisiti delle Capacità Essenziali per Prevenire, Sorvegliare, Prepararsi e Rispondere

4.2 A livello intermedio di risposta della sanità pubblica (**d'ora in avanti il "livello Intermedio"**), **laddove applicabile, ogni Stato Parte deve sviluppare, rafforzare e mantenere le capacità essenziali per:**

- (a) Confermare lo stato degli eventi segnalati e supportare o attuare ulteriori misure di controllo; e
- (b) Valutare immediatamente gli eventi segnalati e, se considerati urgenti, segnalare tutte le informazioni essenziali al livello nazionale. Ai fini del presente Allegato, i criteri per gli eventi urgenti includono un grave impatto sulla salute pubblica e/o una natura insolita o inattesa con alto potenziale di diffusione; e
- (c) **Coordinarsi con il livello Locale e supportarlo nella prevenzione, preparazione e risposta a rischi ed eventi di sanità pubblica, anche in relazione a:**
 - (i) **Sorveglianza (monitoraggio e raccolta dati);**
 - (ii) **Indagini sul campo;**
 - (iii) **Diagnostica di laboratorio, incluso l'invio di campioni;**
 - (iv) **Attuazione di misure di controllo;**
 - (v) **Accesso a servizi e prodotti sanitari necessari per la risposta;**
 - (vi) **Comunicazione del rischio, inclusa la gestione di disinformazione e notizie false;**
 - (vii) **Assistenza logistica (ad esempio, attrezzature, forniture mediche e altro materiale rilevante, e trasporti)**

Si evidenzia, altresì, che il punto 4.3 (i) a pagina 45 dello stesso allegato recita: "comunicazione del rischio, inclusa la gestione della disinformazione e della falsa informazione". Questo rappresenta il secondo riferimento esplicito da parte dell'OMS alla lotta contro la disinformazione.

Commento tecnico:

Il **punto (vi)** relativo alla comunicazione del rischio, inclusa la gestione di disinformazione e notizie false, solleva serie preoccupazioni e appare particolarmente pericoloso per il nostro Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità si arroga la facoltà di definire cosa costituisca "notizia falsa"

e "disinformazione", senza però specificare le basi e le metodologie con cui questa valutazione verrebbe condotta.

Questa eccessiva discrezionalità lascia ampi margini di interpretazione e, se paragonata a quanto accaduto durante la pandemia di COVID-19, assume contorni allarmanti. Il fatto che l'OMS si autoproclami un "ministero della verità" è in netto contrasto con i principi democratici fondamentali.

È cruciale ricordare che il principio inserito in un allegato di questo genere va direttamente ad impattare contro diritti inalienabili: l'articolo 11 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e l'articolo 21 della Costituzione Italiana tutelano la libertà di espressione e di informazione. Un popolo, per essere libero e consapevole, deve avere accesso a una pluralità di informazioni, spettando poi al singolo cittadino il diritto e la responsabilità di discernere ciò che ritiene giusto o meno. Ricordiamo anche l'articolo 33 della Costituzione italiana, che garantisce la libertà di esercitare la Scienza e il suo insegnamento.

Il concetto che i diritti fondamentali debbano rimanere al di sopra di qualsiasi legge che tenti di violarli è un pilastro del diritto moderno, sia a livello nazionale che internazionale.

La **Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea** ha lo stesso valore dei Trattati UE e rappresenta una fonte di diritto primario. In caso di conflitto, il diritto dell'UE e i suoi principi fondamentali prevalgono sulle fonti secondarie come è classificato il regolamento sanitario internazionale.

Il **Regolamento Sanitario Internazionale (RSI)**, pur essendo uno strumento giuridico internazionale legalmente vincolante per gli Stati membri dell'OMS, è da considerarsi una fonte di **diritto secondario** o, più precisamente, una fonte pattizia (derivante da accordi tra Stati) nel sistema del diritto internazionale.

Di fronte a esso, i **diritti fondamentali** sanciti dalla **Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea** (che ha lo stesso valore dei Trattati UE e rappresenta una fonte di diritto primario dell'Unione) e dalle **Costituzioni nazionali** (come quella italiana, che è la fonte suprema del diritto interno) godono di una **supremazia gerarchica**.

Questo significa che:

1. **Principio di Non Derogabilità:** Nessuna norma di rango inferiore, sia essa un regolamento internazionale o una legge nazionale ordinaria, può violare o derogare i diritti fondamentali riconosciuti dalle Costituzioni e dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE.
2. **Controllo di Costituzionalità/Legalità:** In Italia, la Corte Costituzionale ha il compito di verificare che le leggi italiane (comprese quelle che danno attuazione a trattati internazionali) siano conformi alla Costituzione. Analogamente, le Corti di Giustizia europee (come la Corte di Giustizia dell'Unione Europea) possono giudicare la conformità delle norme dell'UE con la Carta dei Diritti Fondamentali.
3. **"Controlimiti":** Nel diritto italiano, esiste il concetto dei "controlimiti", ovvero quei principi fondamentali della Costituzione che agiscono come barriera invalicabile anche per le norme di diritto internazionale o dell'Unione Europea che godono di primazia. In altre parole, anche se una norma internazionale è vincolante, non può entrare in contrasto con i principi supremi e i diritti inviolabili della Costituzione italiana.

Pertanto, qualsiasi disposizione o modifica al RSI (o a qualsiasi altro strumento internazionale) che implichi una limitazione di diritti fondamentali come la libertà di espressione, di

informazione, o la libertà scientifica, si troverebbe in potenziale conflitto con le norme di rango superiore del diritto nazionale ed europeo. Questo è un punto cruciale per difendere le libertà individuali e collettive di fronte a normative internazionali.

Invece di concentrarsi sulla "lotta alla disinformazione" con strumenti opachi ed asserzioni apodittiche, perché non si propone, come suggerito dal Ministro Kennedy, la creazione di una piattaforma aperta e libera, in cui gli studi ed i dati scientifici tutti possano essere pubblicati senza censura, permettendo alla verità basata sull'evidenza scientifica di emergere autonomamente?

Ancora una volta, questa clausola evidenzia la persistente volontà di scarsa trasparenza da parte di un'organizzazione che dovrebbe invece fare della chiarezza e dell'apertura i suoi pilastri fondamentali.

È lecito domandarsi su quali fondamenti tale organizzazione si eriga a detentrica della verità, soprattutto alla luce del suo rifiuto di comparire dinanzi alla Commissione Parlamentare Italiana d'inchiesta Covid, come reso noto dal **suo presidente Marco Lisei** nel corso dell'anno corrente.

Giova ricordare che gli sforzi della Commissione Europea, sotto la presidenza di Ursula Von Der Leyen, mirano a **sostituire il diritto di voto individuale degli Stati membri dell'UE in seno all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con un unico diritto di voto concentrato in capo all'Unione Europea**. Questo è un passaggio fondamentale: se attuato, significherebbe che le posizioni nazionali verrebbero filtrate e consolidate in un'unica voce europea, riducendo la capacità dei singoli Stati di esprimere liberamente e autonomamente le proprie posizioni in un foro internazionale così cruciale come l'OMS. Ciò comporterebbe una chiara diminuzione dell'influenza diretta di ciascun paese membro sulle decisioni globali in materia di salute.

Un punto ancora più critico è rappresentato dal **Regolamento (UE) 2022/2371 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 novembre 2022** sulle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero. **Gli Stati membri dell'UE**, nel dare il loro consenso a questo Regolamento, sembrano aver agito "**ultra vires**", ovvero **oltre i limiti delle loro competenze costituzionali nazionali**. Ciò implica una **violazione delle rispettive Costituzioni nazionali**, poiché hanno trasferito all'Unione Europea, e in particolare alla Commissione Europea, competenze essenziali e, di fatto, la **sovranità nel settore sanitario** (come indicato nell'allegato n. 5). Questo passaggio di poteri è estremamente problematico perché erode la capacità dei Parlamenti e dei governi nazionali di decidere autonomamente su questioni che toccano direttamente la salute dei propri cittadini.

Il Regolamento UE 2022/2371 rivela intenzioni ancora più ampie e preoccupanti:

- Il **punto (34) delle premesse** contiene la chiara intenzione dell'Unione Europea di **combattere la cosiddetta "disinformazione"**. Questo viene inteso nel senso di "informazioni verificate" determinate a livello centrale come l'unica verità. Tale approccio solleva seri interrogativi sulla libertà di espressione e di informazione, aprendo la porta a meccanismi di controllo e censura che potrebbero limitare il dibattito pubblico e la pluralità di voci.
- Il **punto (43) delle premesse** del medesimo Regolamento esprime l'intenzione di **regolamentare il sistema sanitario a livello centrale nell'UE**, includendo persino la formazione del personale sanitario. Questo significa un'ulteriore centralizzazione che potrebbe omologare le politiche sanitarie e formative degli Stati membri, riducendo la flessibilità e la capacità di adattamento alle specifiche esigenze nazionali o regionali, e limitando il ruolo dei professionisti locali nella definizione dei percorsi di cura e informazione.

In sintesi, queste azioni e regolamenti delineano un quadro in cui la sovranità nazionale in materia sanitaria e la libertà di informazione rischiano di essere significativamente compresse a favore di un'autorità centrale europea, sollevando seri dubbi sulla compatibilità con i principi democratici e costituzionali degli Stati membri.

In conclusione, ci rivolgiamo direttamente al Ministro della Salute Orazio Schillaci e al Presidente del Consiglio Giorgia Meloni: alla luce delle susseguite riflessioni, Li preghiamo di respingere detti emendamenti, totalmente opachi, in spregio ai precisi criteri di trasparenza dell'azione pubblica e ricchi di ricadute così insidiose.

La responsabilità di dette decisioni, che saranno rese vincolanti per il Popolo tutto e per tutte le future generazioni, ricadrà interamente sulle Loro spalle. È fondamentale che sappiano che il Popolo italiano, una volta informato, risponde con un fermo ed unico **"NO" a questa scarsa trasparenza e all'ambiguità di leggi future**, che incideranno profondamente sulla nostra salute e sulla nostra libertà.

La chiarezza non è un'opzione, ma un dovere imprescindibile.

A partire dall'inizio del 2020, in seguito alla "emergenza da Sars-Cov-2", le nostre istituzioni (dai Sindaci al Governo, financo al Presidente della Repubblica), hanno accettato con passività e fatto propria una "prassi" spesso completamente illegittima, bypassando regolamenti già presenti nel nostro ordinamento e idonei ad affrontare qualsiasi emergenza, sia in ambito locale che nazionale, obbedendo così pedissequamente ad indicazioni provenienti da un organismo sovranazionale (l'OMS), spesso contraddittorie e palesemente inefficaci (fatti sui quali la Commissione d'Inchiesta parlamentare sta ora indagando).

Ci si riferisce nella fattispecie al Codice della Protezione Civile, di cui al Decreto Legislativo n.1 del 2 gennaio 2018, il quale, nel pieno rispetto dei principi costituzionali ed applicando le norme previste dal Testo Unico Enti Locali, stabilisce specifiche procedure per la gestione di qualsiasi caso di emergenza interna al nostro paese, anche di tipo sanitario, anche qualora sia necessario disporre test clinici, isolamento di singoli individui o di gruppi di individui, limitazioni alla circolazione di persone e merci, necessità di soccorso della popolazione civile.

Ciò avrebbe consentito una gestione reale, organizzata e autonoma dell'emergenza pandemica da parte delle nostre istituzioni, con l'assunzione di responsabilità da parte di ciascuna delle parti coinvolte, a partire dai Sindaci, in ossequio al ruolo di autorità sanitaria locale (ex Art.50 TUEL).

Infatti, se le nostre istituzioni avessero gestito l'emergenza con provvedimenti legittimi, non avremmo assistito alla sequela di pronunciamenti della Giustizia in favore dei ricorrenti alle sanzioni ricevute per violazioni delle restrizioni dei noti DPCM, piuttosto che alle sospensioni dei lavoratori per mancato rispetto dell'obbligo vaccinale: fatti che, oltre ad aver determinato una irreparabile perdita di fiducia da parte di molti cittadini verso le istituzioni politiche e sanitarie del nostro paese, hanno comportato anche notevoli costi a carico dello Stato.

Così come altre per voci di costo per dispositivi di protezione individuale piuttosto che per i distanziamenti nelle scuole, ecc., tutti provvedimenti rivelatisi inutili allo scopo e spesso funzionali ad interessi privati.

Pertanto, si richiama con forza il Governo a riaffermare l'autonomia e l'efficienza dei sistemi di gestione delle emergenze interni al nostro paese, sistemi che, nel tempo, hanno più volte dato dimostrato la loro efficacia, di gran lunga superiore rispetto al caos a cui abbiamo assistito nel periodo 2020/2021 con strascichi che si avvertono ancora oggi.

Inoltre dobbiamo rispettare e far rispettare con ogni mezzo le **norme del diritto internazionale** e i principi della **Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea**, per i quali abbiamo lottato e ci siamo battuti negli anni. È cruciale ricordare che la **scienza si fonda sulle prove scientifiche**. Queste non possono e non devono mai essere **censurate o manipolate**, come purtroppo è avvenuto durante la pandemia di COVID-19.

Con ossequio.

Milano, 27.05.2025

L'analisi eseguita e condivisa dalle seguenti Associazioni / Comitati

Ancona Nuova

Apri il cassetto

Arbitrium Pronto Soccorso Giuridico

AsSis

ADV Albero della Vita

Associazione Culturale Rinascita Italica

Associazione Le Verità Nascoste

Atto Primo Salute Ambiente Cultura ODV

Associazione Libera Italia

Arcapacis

CLN Resistenza

Corvelva

CO.S.AR COMITATO SANITARI AREZZO

Comilva

Comitato Immuni per sempre

Comitato L'Altra Verità

Comitato Liberi di muoversi

Comitato Nazionale Psicologi per l'Etica, La Deontologia e le Scienze Umane

Comitato Medico Fare Ordine - FARO

Condav ETS

Coordinamento Comitati Guariti Covid

Danni Collaterali

Diritti Umani e Salute

E.A.V. (Osservatorio Legale Effetti Avversi da vaccini)

Eunomis

FederSolidAli

FISI

FARO

Il coraggio dell'Anima

IDU PLVDA-APS

ITAli

I Guardiani del Cielo

MiCiA

Nuovo Mondo Aps

OSA polizia

1Life

Persone in Cammino (associazioni danneggiati Vaccino Covid - 19)

Popolo Unito

Resistenza Radicale

SIM (Società italiana di Medicina)

Sindacato d'Azione

Trilly La Gente come noi APS

U.I.F. (Unione Italiana Forense)