

Di seguito il testo integrale dell'esposto da me presentato. Se volete diffonderlo vi prego di attenervi fedelmente a quanto scritto in quanto nessun addendum o interpretazione potrà mai essere da me avallata o autorizzata.
Pierfrancesco Belli

ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA

C.A. DEL PROCURATORE CAPO

Io sottoscritto, Pierfrancesco Belli

pongo all'attenzione di codesta Ecc.ma Procura della Repubblica i fatti di seguito esposti - con dettagliata esplicazione della normativa tecnica sanitaria internazionale, europea e italiana - che, in base alla mia competenza professionale in tale campo, rappresentano comportamenti contrari alla legge, posti in essere dai vari organi interessati, con violazione e distorsione della governance in materia sanitaria, affinché voglia accertare e valutare la sussistenza di eventuali profili di rilevanza penale, in relazione ai fatti dedotti.

La presente narrazione descrive ruoli, compiti e provvedimenti adottati e non adottati da parte di **WORLD HEALTH ORGANISATION, UNIONE EUROPEA e ITALIA**

A) LA DISTORSIONE DELLA GOVERNANCE NEL CONTESTO PREPANDEMICO E PANDEMICO: WORLD HEALTH ORGANISATION, UNIONE EUROPEA, ITALIA

(Allegati in Cartella A)

1. WORLD HEALTH ORGANISATION

Il WHO è un istituto specializzato dell'Organizzazione delle nazioni Unite (ONU) per la salute, il cui obiettivo, così come precisato nella relativa costituzione (all.1), è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità. Esso ha un'organizzazione capillare sul territorio italiano attraverso 29 centri di collaborazione WHO, corrispondenti a centri di eccellenza, quali tra gli altri : INAIL; Ospedale Spallanzani; Istituto Superiore di Sanita'; Regione Friuli Venezia Giulia ecc.... (all.1 bis)

In particolare, emana regolamenti relativi alla nomenclatura delle malattie e delle cause di morte attraverso i sistemi internazionali di classificazione, che regolano, in regime ospedaliero, la filiera che va dalla codifica delle malattie, alla terapia, alla formulazione diagnostica, attraverso le regole del sistema di classificazione, fino alla certificazione della causa di morte, e che dovrebbero

rappresentare il mezzo di omogeneizzazione dei dati a fini epidemiologici a livello globale, allo scopo di garantire percorsi di cura omogenei nei vari Stati.

Il WHO provvede a:

- coordinare nella lotta contro le malattie infettive trasmissibili, attraverso anche la predisposizione di piani per la preparazione e la risposta alla pandemie;
- stabilire e mantenere i servizi di epidemiologia e statistica, in virtù di quanto contenuto nella Costituzione (all.1) e nel Regolamento Sanitario Internazionale del 2005 (all.2), nell'ambito della cooperazione internazionale con gli stati afferenti alle diverse regioni WHO;
- garantire, in base al suddetto Regolamento Sanitario Internazionale, un migliore coordinamento "tra gli stati aderenti per tutte quelle azioni di preparazione e risposta ad un'emergenza sanitaria pubblica di portata internazionale" (come anche riportato nella Decisione UE 1082/2013) (all.3);
- effettuare la sorveglianza epidemiologica.
In ordine a tale ultima attività, WHO e Bill e Melinda Gates Foundation (BMGF), attraverso il GPHIN (Global Public Health Intelligence Network) (all.4), un sistema elettronico di allarme rapido per la salute pubblica e che fa parte del GOARN (Global Outbreak Alert and Response) (all.5), monitorano i media internet, come notiziari e siti web, per rilevare e segnalare potenziali malattie o altre minacce per la salute in tutto il mondo. Sulla base di queste informazioni, desunte dall'analisi dei social media, viene costruita l'epidemiologia digitale, come riportato anche nella Comunicazione della Commissione Europea del 15/07/2020, lettera c) (all.6). Questo si riflette in una distorsione della valutazione epidemiologica, che non poggia più su efficaci modelli matematici e sull'oggettività dei dati statistici, eliminando così il controllo operativo diretto delle istituzioni .

Il WHO prevede una regolamentazione giuridica delle situazioni di emergenza, la quale rappresenta il pretesto per accelerare l'immissione in commercio dei vaccini sperimentali OGM. Tali procedure d'urgenza sono: Act Accelerator (all.7), EUL (all.8), R&D Blue Print (all.9), Human Challenge Studies (all.10) stabilite con gli enti regolatori internazionali, come EMA (European Medicine Agency) ed FDA (Food and Drug Administration).

Rispetto alla vigilanza sulle classificazioni delle malattie e sul coordinamento nella lotta contro le malattie infettive trasmissibili, il WHO è stato inadempiente:

- per quanto riguarda i sistemi di classificazione, non ha verificato l'omogeneità di applicazione a livello globale. Tale argomento verrà sviluppato successivamente (vedi titolo C) par. 1 e 2 sui cicli di cura).
- per quanto attiene l'aggiornamento e l'attuazione del piano pandemico non ha verificato che l'Italia avesse proceduto in tal senso. Nel mentre, si è dimostrato molto incisivo e rigoroso affinché venissero attuate le procedure d'urgenza per l'immissione in commercio di vaccini OGM sperimentali. Infatti, tali vaccini sono stati oggetto di immissione in commercio condizionata, cioè in presenza di dati clinici e non clinici incompleti, trascurando il controllo sulla valutazione di rischi / benefici, sicurezza, qualità, nocività, nell'ambito del ciclo produttivo del vaccino. (all.11) (all.3) (all.12) (all.13).

I compiti del WHO relativi al sopracitato controllo vengono richiamati dalla Direttiva UE 2001/83 (all.14). Tali compiti non vengono soddisfatti né da WHO nè, come vedremo, dall'Unione Europea.

2. UNIONE EUROPEA

La UE deve garantire un livello elevato di protezione della salute umana (Articolo III-278 (ex articolo 152 TCE- Trattato che adotta una costituzione per l'Europa) (all.15).Deve, in particolare:

- 1 prevenire le malattie ed affezioni umane;
- 2 provvedere all'eliminazione delle fonti di pericolo;
- 3 condurre la lotta contro i grandi flagelli - favorendo la ricerca su cause, propagazione e prevenzione;
- 4 provvedere alla sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero;
- 5 determinare misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali;
- 6 adottare misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.
- 7 adeguare il sistema di classificazione delle malattie.

Nel contesto pre pandemico, la UE, con Decisione n. 2119/1998 (all.16) determina, con riferimento a tutti gli Stati Membri, i propri compiti in materia di :

- sorveglianza epidemiologica e prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili a carattere transfrontaliero, nonché dei grandi flagelli;
- controllo ed adeguamento del sistema di classificazione della malattie per raggiungere uno stato di omogeneizzazione delle cure e dei relativi dati;
- qualità e sicurezza dei medicinali.

Tale Decisione viene abrogata dalla Decisione n. 1082/2013 (all.3), in quanto il Regolamento CE 851/2004 crea il Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC), conferendogli un mandato che comprende la sorveglianza, l'individuazione e la valutazione del rischio di minacce per la salute umana, derivanti dalle malattie trasmissibili e dai focolai di origine sconosciuta.

L'ECDC si è progressivamente fatto carico della sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili e del funzionamento del sistema di allarme rapido e di reazione.

La su citata Decisione n.1082/2013 (all.3) prevede, inoltre, già da allora, l'accelerazione dell'immissione in commercio di determinati medicinali/vaccini antinfluenzali per uso umano, in caso di necessità impellente, anche in assenza di alcuni dati clinici o non clinici. Sostiene, però, anche **l'opportunità di prevedere una procedura nel quadro della definizione di norme di qualità e sicurezza dei medicinali, che rimarrà, purtroppo, lettera morta, come vedremo adesso.**

In luglio 2020, in piena "pandemia", la UE emana il Regolamento n.1043/2020 (all.17), relativo alla sperimentazione e fornitura di medicinali/vaccini OGM (specificamente indicati come tali) per uso umano, destinati alla cura o alla prevenzione della malattia da coronavirus (COVID 19). In tale Regolamento, **sono dichiarati inapplicabili** alcuni articoli (all.18) relativi alla Direttiva 2001/18 (all.19) ed alla Direttiva 2009/41 (all.20), concernenti:

- la valutazione dei rischi, della sicurezza, della nocività e le notifiche relative alla valutazione dei rischi ambientali e gli effetti sulla salute umana da organismi geneticamente modificati (OGM);
- la clausola di salvaguardia degli Stati Membri, che consentirebbe ai medesimi in autonomia di ritirare farmaci/vaccini ritenuti pericolosi;
- le notifiche all'autorità competente (EMA), da parte dei produttori di vaccini , relative alla valutazione dei rischi ambientali e gli effetti sulla salute umana, da organismi geneticamente modificati (OGM);

Non è di poco conto neanche il fatto che nel Regolamento n.1043/2020 (all.17) non è stata considerata la Direttiva 2012/26 (all.21), che, se fosse stata applicata, avrebbe imposto una

regolamentazione secondo qualità e sicurezza di produzione di medicinali/vaccini in situazioni di emergenza.

In buona sostanza, la UE, oltre a non aver provveduto a garantire normativamente qualità e sicurezza di medicinali/vaccini OGM prodotti in emergenza, come avrebbe dovuto fare già in base alle precedenti Direttive/Decisioni su citate, con il suo esposto comportamento normativo ha privato gli Stati Membri della possibilità di attuare le misure che avrebbero consentito di rifiutare la distribuzione e la somministrazione di tali vaccini OGM in sperimentazione, in questo modo favorendo l'immissione in commercio e la somministrazione di vaccini pericolosi.

Nel Regolamento n.1043/2020 (all.17) viene poi richiamato il Regolamento n.726/2004 (all.12) - che definisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) - in quanto quest'ultimo - Regolamento n.726/2004 (all.12)- prevede la fornitura e la somministrazione di vaccini OGM attraverso l'uso compassionevole a soggetti sani (con ciò favorendo la realizzazione di utili per i produttori sia in fase pre pandemica che pandemica).

Il Regolamento n.726/2004 (all.12), proprio per i limiti contenuti in merito alla farmacovigilanza e alla sicurezza, viene modificato dal Regolamento n.1027/2012 (all.13) che, al par 3 contiene norme specifiche in materia di farmacovigilanza e di miglioramento della sicurezza dei medicinali per uso umano, che può essere conseguito meglio a livello di Unione; quest'ultima può intervenire in base al principio di sussidiarietà sancito dall'art. 5 del trattato sull'UE (pag. 469 e pag 471) (all.15). Inoltre, tale obiettivo viene perseguito in ottemperanza al principio di proporzionalità di cui allo stesso articolo 5.

Il Regolamento n.1043/2020 (all.17) che norma la produzione e somministrazione di vaccini OGM per COVID 19 non richiama neanche il Regolamento n.1027/2012 (all.13).

Quindi, la UE utilizza il Regolamento n.726/2004 (all.12) per sfruttare l'uso compassionevole per la somministrazione dei vaccini sperimentali OGM, mentre, al contrario, tutela l'interesse dei produttori di vaccini, eliminando le disposizioni relative a farmacovigilanza e miglioramento della sicurezza dei medicinali, contenute nel Regolamento n.1027/2012 (all. 13).

Il Regolamento n.507/2006 art. 4 lettera c) (all.11), stabilisce come l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata di medicinali/vaccini “*debba rispondere ad esigenze mediche insoddisfatte*”, cioè in assenza di terapie efficaci. La presenza di tali cure comporterebbe il venir meno di una delle condizioni fondamentali per la somministrazione dei vaccini OGM, che, pertanto, non avrebbero potuto ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio.

In questo modo, UE/EMA, attraverso:

- le procedure di accelerazione per l'autorizzazione all'immissione in commercio;
- il mancato controllo di qualità, sicurezza e nocività dei vaccini;
- la possibilità di presentare dati clinici e non clinici incompleti ;
- l'eliminazione della clausola di salvaguardia

ha determinato e favorito l'autorizzazione in commercio per la fornitura e la somministrazione di vaccini sperimentali OGM, pericolosi per la salute umana!!!

3. ITALIA

La Legge 138/2004 (all.23) istituisce presso il Ministero della Salute il “Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse ed al bioterrorismo” (CCM). In seno al CCM, viene costituito il “sottocomitato influenza e pandemia”(all.24) , che è stato dismesso dal CCM nel 2008, nonostante avesse il compito di realizzare i piani di prevenzione e risposta alle pandemie influenzali ed aggiornarli periodicamente. Con il Decreto 18 settembre 2008 (all.25), il CCM finanzia solo progetti ordinari (quali, ad esempio tossinfezioni alimentari), dimenticandosi di quelli straordinari (sorveglianza, prevenzione e azioni di risposta alla diffusione di nuovi agenti biologici trasmissibili, pandemie influenzali) (link progetti ordinari all.26), per i quali era stato costituito, mentre vengono introdotti i vaccini/vaccinazioni come forma di prevenzione. Ciò al fine di dimenticare sempre più nel tempo la necessità della prevenzione data dalla sorveglianza di agenti patogeni, per creare sempre più spazi di politica sanitaria alle vaccinazioni, che, però, necessitano delle “epidemie/pandemie” per essere commercializzati.

Il Ministero della Salute, attraverso il CCM e relativo sottocomitato avrebbe dovuto aggiornare il Piano Pandemico e prevedere esercitazioni a livello nazionale e regionale, ma ciò non è stato fatto per evitare sprechi economici (pag 8 Piano pandemico 2006) (all.27). D’altro canto, lo stesso Presidente della Repubblica Napolitano, nel 2012, in merito alla spending review, sosteneva che l’Italia doveva perdere parte della sua sovranità (all.28) per superare la crisi economica causata dagli sprechi sanitari, ad esempio con i finanziamenti a pioggia stanziati alla firma della Legge 138/2004 (all.23). Le stesse motivazioni di carattere monetario sono state fornite da Ranieri Guerra (Direttore generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute da ottobre 2013 al 2017. Attualmente Direttore vicario del WHO) in un’intervista rilasciata ai media al fine di discolarsi dall’accusa, da parte del dott. Zambon (all.28 bis), di falsificazione della data di aggiornamento del Piano Pandemico, aggiornamento che non era mai stato effettuato.

Il Piano Pandemico , non solo non è stato aggiornato, ma non è neppure stato attuato. L’attuazione del suddetto Piano Pandemico ,attraverso il processo di mitigazione della diffusione del contagio, un corretto studio epidemiologico basato su modelli matematici (come quelli adottati dagli esperti del Gruppo di Lavoro Epico, costituito presso il CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza Promozione della Salute) (all.29), in seno all’Istituto Superiore di Sanità, avrebbe evidenziato l’inconsistenza del rischio pandemico, rendendo insostenibili sia le confuse azioni sanitarie, sia le restrizioni che il governo, in violazione del principio di temporaneità dell’emergenza (all.30) sta prorogando ad oltranza con grave impatto sui diritti fondamentali costituzionalmente garantiti.

Il riordino dell’ Istituto Superiore di Sanità ha cancellato il CNESPS (all.29) ed insieme ad esso il gruppo Epico (all.29 bis).

I modelli matematici sviluppati dal Gruppo Epico sono stati sostituiti, ad opera di WHO, UE ed Italia, dall’accumulo dei dati, anche attraverso l’epidemiologia digitale basata sull’analisi dei social media. Tale forma di sorveglianza epidemiologica è riportata anche nel nuovo Piano pandemico, valido dal 2021 al 2023! (pag. 41 all.31)

Pertanto, l’Italia, anziché potenziare il Centro di epidemiologia dell’ISS ed aggiornare il modello matematico del Gruppo Epico, necessario per coordinare le azioni locali di governance del rischio infettivo, in caso di diffusione di focolai e di epidemie influenzali, si impegna fin dal 2005, con la finanziaria 2006 (all.32), ad impegnarsi in strategie vaccinali, comprensive di investimenti in bond vaccinali per 1 miliardo 632.7 milioni di dollari (all.33).

Gli scandali che nel corso degli anni hanno coinvolto l’ISS sono espressione dell’influenza corruttrice del privato nel pubblico, come i certificati falsi per i pace maker (all.34) e lo scandalo della Fondazione Sicurezza in Sanità (all.35). Inoltre, si segnala l’accordo earmarked con la Bill e

Melinda Gates Foundation, che dal 2011 al 2014 ha finanziato l'ISS con lo scopo di sviluppare nuove tecnologie vaccinali (all.36).

Il processo di dequalificazione della sanità pubblica ha trovato palese espressione nella scelta governativa di appaltare ad una organizzazione privata, la Fondazione Bruno Kessler (FBK) (all.37), la realizzazione dell'algoritmo per la valutazione del rischio infettivo delle singole regioni in base a differenti colorazioni.

La stessa Fondazione Bruno Kessler, insieme al Ministero della Salute, predispone i modelli previsionali ai quali è da ricondurre la soglia critica, come indicatore di risultato dei posti letto occupati in terapia intensiva ed area medica, fissata al 30%. L'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute relativo al 2017 (all.39 Premessa pagg.15, 17,19) evidenzia che il tasso di utilizzo delle terapie intensive nelle strutture di ricovero era intorno al 49% senza soglia critica e senza allarmi in condizioni di assistenza routinaria. Pertanto si può affermare che è stata scientemente fissata una soglia critica di occupazione vistosamente inferiore al normale tasso di occupazione in periodi non sospetti per pandemia al fine di alimentare il panico da "virus pandemico" nella popolazione. Scelta paradossale per un Paese che in emergenza sanitaria deve gestire 13 milioni 900 mila over 65enni, con un già scarso numero di posti letto in terapia intensiva già prima della "pandemia". Al contrario, il Governo avrebbe dovuto provvedere ad un aumento significativo dei posti letto. Non a caso, le competenze del "Gruppo Epico " di esperti in algoritmi e modelli matematici è stato smantellato con il pretesto della mancanza di finanziamenti, mentre lo stesso Ministero per gli stessi compiti ha preferito contrattualizzare la FBK, che da tempo lavora per Bill Gates e la Microsoft (all.40), nonostante la dichiarata mancanza di fondi!

B) LA DISTORSIONE DELLA GOVERNANCE NEL CONTESTO DELLA METODOLOGIA SCIENTIFICA

(Allegati in Cartella B)

1- "LA PANDEMIA"

Perché possa essere dichiarata la pandemia (all.1), occorre il verificarsi di 3 condizioni:

- che un agente patogeno sconosciuto di origine animale abbia compiuto il salto di specie trasmettendosi all'uomo;
- che successivamente si sia verificata la trasmissione da uomo a uomo;
- che la diffusione abbia interessato più regioni WHO.

Al verificarsi di tali condizioni , il WHO provvede a:

- 1 dichiarare la pandemia (all.2) la cui definizione, un tempo, prevedeva la morte e la malattia grave che ora sono stati eliminati e sostituiti dalla diffusività dell'ipotetico ed invisibile virus pandemico;
- 2 far adottare dagli Stati Membri la procedura d'urgenza EUAL (Emergency Use Assessment And Listing Procedure (Eual) For Candidate Vaccines for Use in the Context of a Public Health Emergency)(all.3) per l' introduzione di vaccini per l'uso in un contesto di emergenza;
- 3 far adottare agli Stati le principali linee guida sulla gestione clinica del COVID19 (all.4);
- 4 decidere su come classificare le morti nei certificati ISTAT (linee guida) (all.5);
- 5 controllare le classificazioni delle malattie di ogni Stato con le quali si erogano le prestazioni, in questo caso contro COVID19;
- 6 determinare la fine della pandemia e dell'autorizzazione in emergenza ai produttori di vaccini e decretare la fine della procedura EUAL (all.3) per la vaccinazione di massa.

Come già evidente nel Regolamento 2020/521 (all.6), l'Europa ha vincolato l'emergenza sanitaria al finanziamento dei medicinali/vaccini dal 01/02/2020 fino al 31 gennaio 2022, contrariamente al

Decreto Legge n° 18 del 17 marzo 2020, che all'art. 6 richiama il DPCM del 31 gennaio 2020 con il quale è stato dichiarato lo stato di emergenza nazionale per un periodo di sei mesi (all.7). (prorogato, almeno fino ad oggi, al 31 luglio 2021)

Ad oggi, non è stato identificato l'animale sorgente dell'infezione (all.8), come ammesso anche dal WHO di recente attraverso un suo team di ricercatori che avrebbero svolto indagini in Cina (all.9). Tant'è che il WHO parla solo di "evidenza", cioè di semplice "narrazione" - alla popolazione globale, attraverso i media mainstream e gli organi istituzionali - della trasmissione da animale ad uomo, non supportata da un'effettiva evidenza scientifica. (vedi circolari ministeriali del 13-17 e 20 gennaio 2020) (all.10)(all.11)(all.12).

La dichiarazione di pandemia già solo per questo aspetto non ha fondamento.

Da parte del Direttore Generale del WHO vi è stata una dichiarazione solo informale di pandemia (*"we have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic"*) (all.2), nel mentre i documenti istituzionali la definiscono una epidemia (all.13).

Tra l'altro, non meno rilevante è il fatto che la dichiarazione di pandemia è stata effettuata attribuendo al virus definito come "sconosciuto" un gruppo di rischio biologico 2, che, di fatto, corrisponde ad un agente "conosciuto" (all.14) che prevede una gestione sanitaria di tipo ordinario; pertanto, non dovevano essere applicate le misure restrittive /straordinarie stabilite in caso di pandemia (corrispondente ad un gruppo di rischio biologico 4)!

Alla dichiarazione non si è accompagnata la comunicazione della relativa fase pandemica che sarebbe stata necessaria ai Paesi al fine di contrastare la pericolosità del supposto contagio utilizzando la corretta attivazione delle procedure sequenziali delle fasi determinate dal Piano Pandemico (all.15), che sono per definizione temporanee (all.15) (pagina 14, fasi temporanee) e consistono nell'attuazione di tutte quelle misure volte a mitigare la diffusione del contagio finalizzata al progressivo ritorno alla normalità. Invece, il piano pandemico non è stato volutamente attuato ed assistiamo ad una continua proroga dello stato di emergenza in violazione del principio della sua temporaneità (all.16). Infatti, le Istituzioni e i media hanno diffuso un terrorismo e paura mediatica relativa ad un virus molto diffusivo e mortale. Al contrario solo i tecnici del settore sanno che il Governo italiano e la UE hanno applicato un gruppo di rischio biologico 2 (all.14), la cui definizione è "virus con scarsa diffusione sulla comunità e con terapie e vaccini a disposizione"! A tale gruppo di rischio biologico non poteva essere imposto il vaccino come unica soluzione terapeutica, ma, d'altro canto, questa gravissima distorsione tecnica è servita a costruire il crescente terrorismo pandemico.

Inoltre non è mai stato stabilito il nesso casuale tra l'ipotetico virus, di cui sarebbe nota solo la sequenza genica, con la malattia che dovrebbe generare. L'unico mezzo a disposizione di una istituzione scientifica per poter affermare l'effettiva esistenza di un virus è l'isolamento virale, attraverso le conferme dei postulati di Koch. Ad oggi, nessuna istituzione scientifica internazionale è stata in grado di dimostrare che i postulati di Koch siano stati rispettati (all.17), dimostrando il necessario nesso di causalità tra il "virus" e la malattia che dovrebbe generare. Pertanto, anche i test PCR sono inattendibili al 100%.

C) LA DISTORSIONE DELLA GOVERNANCE NELLA PRATICA CLINICA: L' "ANTI - CICLO DI CURA " NELLA GESTIONE DEL MALATO A DOMICILIO E IN OSPEDALE

(Allegati in cartella C)

1. ALTERAZIONE DEL PROCESSO DI CURA NEL PERCORSO DOMICILIARE

A fine febbraio in fase di epidemia influenzale/simil-influenzale mediante Circolare Ministeriale (Ministero della Salute) (all.1) sono state consegnate ai medici del territorio (Medici di Medicina Generale) check list (all.2), il rispetto delle quali imponeva che tutta la sintomatologia respiratoria stagionale - caratterizzata da sempre da tosse, febbre, raffreddore, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, e da sempre considerata una “influenza / simil-influenza”, e trattata come tale, unitamente alle sue sovra infezioni batteriche, comunque senza comportare il ricovero in ospedali e, nella maggior parte dei casi, il ricorso alle terapie intensive - dovesse cambiare nome ed essere improvvisamente considerata “caso sospetto di COVID 19”.

Per effetto dell'imposizione diagnostica dettata dall'alto, attribuendo alla COVID 19 una genesi virale da virus sconosciuto ne conseguiva l'indisponibilità di cure/terapie efficaci. Ciò comportava l'impedimento al medico di condurre un iter diagnostico corretto “secondo scienza e coscienza” che potesse escludere ogni altra patologia curabile a domicilio, ad esempio con banali antibiotici, senza drammatiche conseguenze ed a basso costo. Per queste ragioni, come vedremo successivamente, la forzatura diagnostico-terapeutica, come da Linee Guida WHO (all.3), è stata indirizzata in ospedale verso le costosissime terapie antivirali e la ventilazione meccanica. Per sostenere la necessità di orientare il medico all'unica genesi virale delle infezioni respiratorie, si allega anche disposizione ASL Bologna (all.4) che dà indicazione ai medici del territorio di non inviare i pazienti a fare Rx torace perché strumento diagnostico utilizzato per la diagnosi delle polmoniti batteriche (all.5), impedendo il loro corretto trattamento con antibiotici ed escludendone a priori l'esistenza.

In sostanza, è stato cambiato nome all'influenza e improvvisamente, da un giorno all'altro, ne è derivato che:

- **ric conducendo tutta la sintomatologia respiratoria ad un virus sconosciuto veniva pretestuosamente escluso qualsiasi approccio terapeutico ;**
- **il paziente sintomatico doveva osservare l'isolamento domiciliare abbandonato a se stesso e questo comportava, in molti casi, in particolare nei pazienti anziani, un aggravamento della sintomatologia, con peggioramento del quadro infiammatorio e conseguenti sovra infezioni batteriche, come dimostrano anni di letteratura scientifica (all.5);**
- **in tali situazioni il paziente non curato a domicilio giungeva in ospedale in condizioni critiche, dove veniva riconfermato l'errore diagnostico ed indirizzato verso erranee terapie anti virali e ventilazione meccanica.**

2. ALTERAZIONE DEL PERCORSO OSPEDALIERO, VIOLAZIONE E DISTORSIONE DELLE DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA CODIFICA DELLE MALATTIE/DIAGNOSI NEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE ED ALL'OMOGENEITA'/QUALITA' DEI DATI

Per quanto riguarda l'approccio ospedaliero, il tampone ha sostituito il medico nella conferma diagnostica di COVID 19, escludendo a priori qualsiasi altra patologia e conseguentemente qualsiasi altra diagnosi e ciò ha determinato, come unica possibilità terapeutica, la gestione con anti virali (peraltro ad altissimo costo) ed, in casi di difficoltà respiratoria severa, ossigenoterapia e ventilazione meccanica, queste ultime come da Linee Guida WHO (all.3).

A fine marzo 2020, vengono consegnate ai medici in ospedale Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) (all.6), redatte dal Ministero della Salute, in collaborazione con il Centro Collaboratore WHO Regione Friuli Venezia Giulia.

Questo perché il WHO ha accordato il riconoscimento di Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, alla Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia (all.7).

Le attività del Centro, riconosciute dal Ministero della Salute, sono effettuate sulla base di accordi espliciti con il WHO.

Il Centro collabora perché possa riportare al WHO i dati necessari da far rientrare nei risultati che lo stesso si prefigge di raggiungere in ordine al “ *monitoraggio completo della situazione sanitaria globale, regionale e nazionale, tendenze, disuguaglianze e determinanti, utilizzando standard globali, compresa la raccolta e l'analisi dei dati per affrontarne le lacune e la valutazione delle prestazioni del sistema.*” (all.7)

Per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), nella quale deve essere indicata la diagnosi principale di dimissione e quella secondaria, sono necessari codici di malattia desunti da sistemi di classificazione delle stesse, che a loro volta contengono regole per la compilazione.

Le Linee Guida Ministeriali sono volte in teoria a creare omogeneità dei dati nelle Schede di Dimissione Ospedaliera sul territorio nazionale, come riportato di seguito:

“Allo scopo di garantire la necessaria omogeneità nei criteri e nelle modalità di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera sul territorio nazionale e l'indispensabile uniformità di lettura dei dati epidemiologici nazionali, si forniscono le seguenti indicazioni per la codifica ICD-9-CM versione 2007 nella SDO della Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e delle patologie correlate.”

A mo' di esempio, si rileva che le Linee Guida del Ministero della Salute e del centro WHO Regione Friuli (all.6), riferite come sopra visto alla compilazione della SDO, impongono scelte distorte e sbagliate in aperta violazione delle regole del sistema di classificazione delle malattie, ICD-9-CM (all.8) ed il Ministero della salute nelle stesse Linee Guida lo ammette sorprendentemente, come risulta dagli esempi sotto riportati (all.6).

Esempi di tale ammissione:

“Codice 484.8 Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove

Nella classificazione ICD-9-CM, il codice 484.8 richiede di codificare per prima la malattia di base COVID 19, codificabile con il codice 078.89. Nel nostro caso questa regola si inverte, prevedendo l'inserimento del codice di polmonite nel campo di diagnosi principale, come indicato negli esempi di codifica riportati di seguito. “

3. Codifica di altre manifestazioni cliniche dell'apparato respiratorio in caso confermato per infezione da SARS-CoV-2

Lo schema di codifica prevede di abbinare il codice 078.89 al codice della malattia respiratoria.

Per quanto riguarda i criteri di scelta nel rango delle diagnosi, si conferma la regola generale che prevede l'indicazione in diagnosi principale della patologia che ha comportato il maggior consumo di risorse durante

l'episodio di ricovero.

Per quanto riguarda infine la codifica delle procedure terapeutiche eseguite durante il ricovero, si raccomanda, se del caso, l'uso dei codici ICD-9-CM inclusi nel gruppo 93.9 “Terapia respiratoria” e nel gruppo 96.7 “Altra ventilazione meccanica continua”.

La violazione si è tradotta, pertanto, nell'invertire la diagnosi principale con la diagnosi secondaria, creando ad hoc un falso rimborso economico, previsto per le prestazioni erogate per la sintomatologia respiratoria (antivirali, ventilazione meccanica....). Infatti, se la COVID19 fosse stata correttamente indicata in diagnosi principale, secondo le regole del sistema di classificazione ICD-9-CM, ciò non avrebbe consentito il suddetto rimborso, se si esclude il puro costo del tampone.

Ma il paziente viene dimesso o muore con la diagnosi principale, pertanto, nessun paziente è ufficialmente morto per COVID19, bensì per forme respiratorie formalmente codificate in modo aspecifico, cioè da causa non identificata, correlate alla COVID 19, **trattate volutamente e forzatamente con terapie incongrue (es. anti virali, ventilazione meccanica)..) che ne hanno favorito la morte.** Ciò confermato direttamente da più amministrazioni ospedaliere, attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (all.9) relativa all'anno 2020, dalle quali non risulta alcun soggetto dimesso con diagnosi di COVID19.

Tali Linee Guida Ministeriali, non visibili sin dall'inizio della“ pandemia” sul sito governativo, sono invece consultabili sui siti delle regioni, come delibere di giunta regionale.

Si evidenzia, però, che alcune regioni utilizzano, per la compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, criteri diversi (all.10), per cui non risulta garantita l'omogeneità dei dati, richiesta nelle suddette Linee Guida, presupposto necessario perché ne possa derivare un corretto studio epidemiologico.

La compilazione della SDO influenza particolarmente la predisposizione del certificato ISTAT di morte. A tal proposito, è interessante evidenziare l'iter distorto del percorso seguito.

Il 20 aprile 2020, WHO aveva redatto ed imposto agli Stati l'attuazione di linee guida ai fini della compilazione dei certificati di morte (all.11), in cui l'”*obiettivo è quello di evidenziare sistematicamente tutte le cause di morte per COVID19*” . Gli Stati devono indicare nella scheda ISTAT di morte la causa iniziale. Va evidenziato, a tal proposito, che, al fine della redazione del suddetto certificato, l' indicazione della causa iniziale viene rilevata dalla scheda di dimissione ospedaliera. Fino al DM n. 380/2000 (all.12), al numero 28 veniva indicata nella SDO, quale diagnosi principale di dimissione quella “*identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche*”. Con le modifiche apportate dal DM n. 261/2016 (all.13), sono state inserite le opzioni 28 bis, per la formulazione della diagnosi principale, e 29 bis, per quella secondaria. Entrambe le diagnosi di dimissione sono riferite alla diagnosi principale ed alla diagnosi secondaria rilevate all'ingresso o comunque preesistenti al ricovero e **non a quelle di fine ricovero**. Sembra già, che, in modo quasi predittivo, il DM n.261/2016 (all.13) introduca una normativa propedeutica all'utilizzo dell'attuale tampone che, eseguito all'ingresso in ospedale, conferma la diagnosi di COVID19: in tal modo condizionando l'approccio terapeutico ed escludendo qualsiasi altra morbosità /patologia.

In conclusione, schematizzando, per rispettare le Linee Guida del WHO (all.11), al fine di definire la causa di morte, si verifica che :

- nella compilazione della SDO, la COVID19 è inserita in diagnosi secondaria, al fine di ottenere il rimborso economico;
- nella compilazione del certificato ISTAT di morte, la COVID19, invece, è la causa di morte, rilevata dalla SDO come diagnosi secondaria.
- per la compilazione del certificato ISTAT di morte, il WHO impone di utilizzare universalmente il sistema di classificazione ICD10 (all.14), nel mentre l'Italia utilizza ICD9-CM (all.15).

Pertanto, l'Italia, dovendosi uniformare a questi standard imposti da WHO, è costretta a passare ad un'altra codifica di malattia di un altro sistema di classificazione. Il risultato è una gravissima mancanza di uniformità tra il percorso seguito per la compilazione della SDO e quello seguito per la compilazione del certificato ISTAT di morte. Attraverso questa manipolazione di dati, di cause degli esiti, che funge da “lavatrice” per pulire tutte le violazioni/distorsioni normative relative ai differenti sistemi di codifica delle malattie e delle diagnosi, l'Italia e tutti gli altri Paesi delle Regioni del WHO rispondono all'implicita richiesta del medesimo di favorire un “falso” standard

globale di omogeneità dei dati di mortalità. In buona sostanza, quindi, nella SDO nessuno risulta dimesso/deceduto per COVID 19, mentre a livello internazionale nei certificati di morte, predisposti sulla base delle Linee Guida del WHO (all.11), sono morti tutti per COVID19.

Inoltre, i Report predisposti dall'ISS sulla base dei dati raccolti sui decessi, evidenziano *“caratteristiche dei pazienti **deceduti positivi** all'infezione da Sars-Cov-2 in Italia”*, non menzionando la **vera causa** di morte, ma solo la positività al tampone, senza mai evidenziare il nesso causale tra la patologia e il SARS COV 2 (all.16).

Ancora, per quanto concerne, in particolare, i suddetti sistemi di classificazione, va sottolineato che l'Italia, seguendo pedissequamente le disposizioni del WHO Collaborating Centre del Friuli (all.7) (all.17), che gestisce i sistemi di classificazione delle malattie a livello internazionale, ha scientemente mantenuto un vecchissimo sistema di classificazione, l'ICD-9-CM, che avrebbe dovuto essere abbandonato da anni per essere sostituito dall'ICD-10, come richiamato da diversi riferimenti normativi italiani ed europei (all.18) (all.19) (all.20) (all.21) (all.22) (all.7) e del quale non è neppure stato fatto l'aggiornamento biennale, come risulta dal Decreto 18 dicembre 2008 (all.23). Quest'ultima **violazione normativa** viene addirittura ammessa in un documento istituzionale del 2013, che riporta la prefazione del Ministro Lorenzin (all.24): *“La scansione temporale e il confronto tra gli Stati Uniti e l'Italia illustrano la nostra manifesta irregolarità dell'aggiornamento e, a quattro anni di distanza dal 2009, dobbiamo registrare il mancato rispetto di quanto sancito dall'art. 3 del DM 18 dicembre 2008, secondo cui il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (leggasi ICD-9-CM, ndr) ed il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento sono aggiornati con periodicità biennale a decorrere dal 1° gennaio 2009”*.

Il mancato passaggio al sistema di classificazione delle malattie ICD-10 per i pazienti cronici ha comportato per l'Italia il mantenimento del gravissimo handicap che consiste nell'aumento del 50 % circa in più delle cause di morte per malattie respiratorie di origine batterica (all.25) (nel contesto attuale trattate come virali perché attribuite a SARS COV 2!), favorendo così la falsificazione dei processi amministrativi, in quanto l'obsoleto sistema di classificazione ICD-9-CM in uso in Italia offre l'opportunità di slegare la sintomatologia respiratoria dalla malattia cronica di base, per far sì di attribuirla a qualsiasi altra causa, ad esempio, come nello specifico, alla COVID 19. In questo modo sono state escluse a priori tutte le corrette cure che sarebbero dovute essere prescritte fin dal domicilio ai cittadini, al fine di utilizzare la *“vigile attesa ”* che si traduce nell'isolamento domiciliare, per poi portarli in ospedale in condizioni critiche e sottoporli all' “unica cura istituzionalmente e politicamente imposta” e cioè quella anti COVID19.

Al contrario, se l'Italia non avesse violato le norma per forzare il mancato passaggio al sistema di classificazione delle malattie ICD-10, che sarebbe stato garanzia di correttezza per quanto attiene le codifiche e le diagnosi per le polmoniti batteriche attribuite a complicanze di malattie croniche di base, sarebbe stato avviato un corretto processo diagnostico terapeutico in capo al medico. Attraverso tale processo, il medico avrebbe dovuto prima formulare la diagnosi sulla *“specificità del caso concreto ”*, di cui all'art. 5 della Legge 8 marzo 2017 n°24 Gelli-Bianco (all.26) per ogni singolo paziente, e, conseguentemente, prescrivere la terapia più indicata, e non certo indirizzare il percorso di cura verso un'unica coercitiva e standardizzata soluzione decisa preventivamente, premeditadamente a tavolino dai big della finanza e della politica globale .

Analogamente, lo stesso tampone impedisce al medico la valutazione della *“ specificità del caso concreto”*, perché impone la diagnosi unica e quindi ancora una volta si verifica la violazione dell'articolo 5 della sopracitata Legge n°24 Gelli-Bianco dell'8 marzo 2017 (all.26).

D' altro canto, il quadro clinico presentato dai governi Conte e Draghi, per i quali i decessi sono tutti addebitabili al COVID19, risulta quantomeno distorto in quanto è ben noto dalla letteratura scientifica (all.5) che il 70 % delle polmoniti risultano essere di origine batterica e come tali dovrebbero essere trattate con antibiotici, peraltro a basso costo ed evitando decessi. **Da febbraio 2020, le infezioni batteriche sono sparite insieme alla comune influenza!!!**

In ottobre 2020, per effetto del Decreto Ministeriale 28 ottobre 2020 (all.27), viene assegnato un codice specifico alla malattia COVID19, inserendolo nel sistema di classificazione ICD-9-CM. Sono state, inoltre, create codifiche per sottocategorie di quelle che vengono ufficialmente definite “*manifestazioni cliniche di COVID19*”, la diagnosi della quale può essere fatta anche indipendentemente dal risultato del tampone. In tal modo, viene ufficializzata l’attribuzione della sintomatologia respiratoria a COVID19. Peraltro, le codifiche sia del codice specifico per COVID19 (043) che dei sottogruppi di sintomatologia respiratoria sono state inserite nell’elenco sistematico del sistema di classificazione delle malattie ICD-9-CM (all.15) e vanno a riempire vuoti presenti nella cronologia numerica, vuoti (da 042 a 045 pag 439) che sembrano essere stati lasciati premeditadamente per poi essere riempiti con l’avvento delle “preannunciate pandemie” da sindromi respiratorie.

Questo aggiornamento delle codifiche, a tutti gli effetti, nel caso ci fossero ancora dubbi in merito, ufficializza il legame tra la sintomatologia respiratoria e la diagnosi di COVID19, addirittura indipendentemente dalla conferma del tampone, standard precostituito dal WHO, la cui inattendibilità diagnostica fa sospettare che il suo utilizzo sia volto alla realizzazione di altri fini, indirizzando in forma ancora più tassativa verso il trattamento con antivirali ed escludendo a priori ogni altra causa e relativa terapia.

Ciò è l’effetto dell’ingegnerizzazione di un “anti-ciclo di cura” che doveva distorcere il percorso di cura per generare morte e non salute. I media e le istituzioni, utilizzando il panico sociale da loro stessi creato, hanno convinto la popolazione che la causa dei decessi a domicilio ed in ospedale fosse dovuta ad un virus mortale la cui genesi animale, da loro stessi ampiamente diffusa sin dall’inizio, mai è stata dimostrata. Pertanto, i decessi in ospedale non sono per COVID19, ma per “*polmoniti aspecifiche*” , che "magicamente " vengono poi trasformate in morti da COVID19 nei certificati ISTAT voluti e imposti da WHO. Così è stata costruita ad hoc l’epidemiologia della morte da COVID19, come pretesto necessario per poi arrivare all’uso compassionevole (all.28) per la vaccinazione globale.

Contestualmente, la manipolazione normativa che sottende l’”anti ciclo di cura” ha anche prodotto una truffa amministrativa ai danni dei cittadini e del Servizio Sanitario Nazionale sulle prestazioni erogate in ospedale, finora più che comprovata per l’anno 2020.

3. AUTOPSIE

La disincentivazione all’esecuzione delle autopsie (all.29) è da ritenere riconducibile alla volontà di nascondere la reale causa di morte. Ricordiamo che in occasione dell’influenza spagnola del 1918 sono state fatte routinariamente le autopsie e le cause di decesso sono state ricondotte a polmoniti batteriche (all.30) da *haemophilus influenzae* (all.5).

Analogamente, in generale, tutte le pandemie sono state attribuite a sovrainfezioni batteriche, come riportato universalmente dalla letteratura scientifica (all.5).

Se ciò non bastasse a dimostrare la malafede del WHO nel forzare la causa virale delle pandemie, occorre ricordare che uno dei suoi documenti ufficiali attribuisce la genesi dell’influenza spagnola

ad un virus H1N1(all.31). Ciò è totalmente inverosimile in quanto, ammesso e concesso che all'epoca fossero stati rispettati tutti i passaggi dei postulati di Koch, per isolare il virus, non sarebbe poi stato possibile tecnicamente averne conferma fotografica, perché la tecnica della microscopia elettronica è stata inventata decenni dopo la pandemia della spagnola (all.32).

4. RISCHIO BIOLOGICO

Ad ogni agente patogeno viene attribuito un gruppo di rischio biologico. Per sostenere il falso quadro pandemico, non potevano essere poste in essere le azioni conseguenti al gruppo di rischio 2 (*agente biologico del gruppo 2: un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche*), pur dichiarato ufficialmente a livello istituzionale, ma si rendevano necessarie le più rigide azioni e misure restrittive, richieste per la gestione di un gruppo di rischio 4 (*agente biologico del gruppo 4: un agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche*)(all.33) sulla popolazione, adottate, cosa ancora più grave, con Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Sia le istituzioni che i media mainstream si sono impegnati nell'”informare” sulla pericolosità del virus sconosciuto, sulla sua alta diffusività e mortalità, come se il gruppo di rischio biologico fosse 4, per permettere la costruzione ad arte di un distorto percorso di cura che ha generato morti, impedendo ogni approccio terapeutico tradizionale, che lo stesso WHO raccomandava invece per la gestione di SARS nel 2003 (all.34), come l'utilizzo di antibiotici e steroidi per il trattamento delle complicanze respiratorie polmonari.

I media analogamente hanno attuato una campagna di terrore ad esso corrispondente. Questo è tanto più grave considerando che SARS COV 2 è stata equiparata dall'ICTV (Comitato Internazionale sulla Tassonomia dei Virus) (all.35) a “sorella” di SARS e MERS (all.35).

L'impatto di tali azioni e misure è stato devastante sul Paese Italia, con conseguenze ed esiti negativi in tutti i campi: sociale, economico, culturale/educativo, oltre che ovviamente sanitario.

E' stato aprioristicamente stabilito che per la supposta malattia da Sars Cov 2 non dovesse essere disponibile alcuna possibilità terapeutica, affidando al vaccino l'unica soluzione possibile per uscire dalla sedicente pandemia. La volontà di negare i fatti è confermata dal ricorso presentato dal Ministro Speranza ed AIFA ed accolto dal Consiglio di Stato, contro l'ordinanza di sospensione emanata dal TAR Lazio, che il 4 marzo 2021 aveva stabilito che i medici potessero “*prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza*” (all.36). Rispetto a questa decisione, il Presidente della FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici) ha la grave responsabilità di non aver fatto rispettare uno dei principi cardine del codice deontologico del medico.

Quotidianamente, si incrementa il numero di medici che hanno gestito e stanno gestendo i pazienti a domicilio senza dover ricorrere a ricoveri ospedalieri. Si allega documento di 3 Medici di Medicina Generale che, dati verificabili, hanno trattato i loro pazienti a domicilio, per un totale di circa 5000 assistiti, senza aver riportato alcun decesso (all.37) .

A seguito della decisione del Consiglio di Stato si è tornati alla tachipirina e vigile attesa a domicilio, con un percorso obbligato che ha prodotto morti evitabili ed è stato ed è propedeutico ad offrire il vaccino come unica soluzione possibile.

Il distorto “ciclo di cura” ha permesso che a giugno 2020, attraverso la Direttiva UE n.739/2020 (all.38), il gruppo di rischio sia stato elevato a 3.(Il gruppo di rischio 3 è così definito: *un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche*).

Si è potuti arrivare ad una tale attribuzione, in quanto il distorto ciclo di cura, che è stato studiato scientemente ed attuato prima a domicilio e poi in ospedale, ha costituito lo strumento utilizzato per creare malattie gravi e morte, nel mentre l'utilizzo sistematico ed indiscriminato del tampone , inattendibile al 100% (vedi sopra!), è servito per produrre e giustificare l'alta diffusività del virus sulla popolazione. Malattia grave/morte e diffusività hanno giustificato il passaggio dal gruppo di rischio biologico 2 al gruppo di rischio biologico 3.

D'altro canto, l'appartenenza di SARS COV 2 al gruppo di rischio biologico 3 non può tecnicamente consentire la vaccinazione obbligatoria e per giunta di massa (in base alla Road Map europea) (all.39), sfruttando l'uso compassionevole, tramite utilizzo di farmaci/vaccini sperimentali OGM, previsto nel caso in cui non siano disponibili terapie efficaci. Il gruppo di rischio biologico 3, al contrario, contempla per sua definizione la disponibilità di cure appropriate

A proposito della Road Map europea (all.39), questa è stata preparata nel 2018, prevedendo già nel 2019 contratti di appalto congiunto (pubblico /privato) per acquisti e fornitura di vaccini in previsione di una pandemia e conseguente passaporto vaccinale entro il 2022.

D) LA DISTORSIONE E VIOLAZIONE DELLE NORME NELLA PRODUZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI OGM

(Allegati in Cartella D)

1. IL PENSIERO DELL'UNICA SOLUZIONE: IL VACCINO

Al fine di comprendere il percorso normativo che dovrebbe portare a giustificare la vaccinazione obbligatoria come unica soluzione per sconfiggere il “virus pandemico”, è necessario rappresentare le ragioni insite nella relativa normativa europea ed italiana.

La Direttiva 2000/54/CE (all.1), “*relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici durante il lavoro*”, stabilisce i relativi gruppi di rischio a cui potrebbero essere esposti i lavoratori.

In tale Direttiva si evidenzia che non risulta assegnato il gruppo di rischio alla famiglia dei coronaviridae (coronavirus). Nell'intero testo viene ripetutamente menzionata la condizione che il datore di lavoro fornisca ai dipendenti **vaccini efficaci ed immediatamente disponibili**, qualora riscontri un rischio per la loro sicurezza e salute, nonché viene stabilito un codice di condotta di cui all'Allegato VII, da rispettare , da parte dello stesso datore di lavoro, in merito alla vaccinazione, nel caso in cui esista un vaccino efficace e i soggetti non siano già risultati immuni all'agente patogeno.

Dopo anni dall'esordio delle epidemie di SARS e MERS, con Direttiva UE 2019/1833 (all.2), il 24 ottobre 2019, viene assegnato il gruppo di rischio 3 a SARS e MERS ed il gruppo di rischio biologico 2 alla famiglia dei coronaviridae, fino ad allora mai classificate.

Anche nella suddetta Direttiva viene ribadito il concetto di “ **vaccino efficace e disponibile**” e in aggiunta si parla di vaccino **registrato nella UE**. Il famoso allegato VII viene richiamato per

quanto concerne il codice di condotta da tenere da parte del datore di lavoro per procedere alla vaccinazione dei lavoratori, con le condizioni riportate sopra.

Le due normative sopra citate appaiono, quanto specificatamente ai contenuti concernenti la vaccinazione, sostanzialmente in armonia tra loro. Infatti, in entrambe viene richiesta quale *condicio sine qua non* che sia presente un vaccino efficace, disponibile e registrato nella UE, da non somministrare ai soggetti già immuni all'agente patogeno.

La Direttiva n.739/2020 del 03/06/2020 (all.3), avrebbe dovuto, come risulta dal titolo, apportare modifiche solo all'Allegato III, in ordine all'inserimento nel medesimo allegato di SARS COV 2 nell'elenco degli agenti biologici, attribuendogli, per quanto sopra esposto in ordine alla presenza di malattia grave/morte e diffusività, il gruppo di rischio biologico 3, analogamente al gruppo di rischio di SARS e MERS.

In realtà, di fatto non menziona più e quindi elimina, quanto ai vaccini, i seguenti requisiti :

- **efficacia;**
- **immediata disponibilità ;**
- **registrazione nella UE;**
- **non somministrazione ai soggetti già immuni.**

Al par 6 nella stessa Direttiva si sostiene che per SARS COV 2 non sono disponibili né vaccini né cure efficaci, pertanto ci dovremmo trovare in un contesto emergenziale corrispondente al gruppo di rischio biologico 4, invece, gli si attribuisce il gruppo di rischio biologico 3 corrispondente ad agente biologico per cui sono disponibili terapie e vaccini efficaci.

Basterebbe soltanto il contenuto del paragrafo 6 a far crollare l'intero castello posto in essere dalla UE e dal Governo Italiano, in quanto in virtù dell'applicazione del rischio biologico 3 non ci sarebbe dovuta essere la frenetica corsa alla soluzione di somministrare obbligatoriamente vaccini OGM mai sperimentati sull'uomo, data, per definizione del **gruppo di rischio biologico 3, la disponibilità di terapie e profilassi (vaccini)**. Senza considerare che nella realtà le misure e le azioni restrittive adottate dal governo hanno avuto un impatto economico, culturale/educativo, sociale oltre che sanitario, con violazione dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

Al par. 10 viene evidenziato che la *".... Commissione potrebbe riesaminare, se necessario, la classificazione nei gruppi di rischio stabilita tramite l'adozione della presente direttiva"*., facendo ipotizzare un passaggio al gruppo di rischio biologico 4. Ciò sovverte il principio di mitigazione del rischio e i principi base del Risk Assessment, in quanto non è concepibile che, se oggi per "un virus" abbiamo la disponibilità di terapie e profilassi efficaci, domani per lo stesso "virus" non siano più disponibili.

In ottemperanza alla Direttiva 2000/54 CE (all.1) e alla Direttiva UE n.2019/1833 (all.2), il Decreto Legislativo n. 81/2008 (all.4) in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, emanato in attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123, richiama più volte i suddetti requisiti in merito ai vaccini (efficacia, immediata disponibilità, non somministrazione ai soggetti immuni).

In particolare, al Capitolo III riguardante la sorveglianza sanitaria, l'articolo 279 sulla prevenzione e il controllo, al comma 2° si riferisce alla **disponibilità di vaccini efficaci** da somministrare a quei lavoratori che **non sono già immuni** all'agente biologico.

Inoltre all'art. 286 sexsies, misure di prevenzione specifiche, al comma 1, lettera g) menziona e applica criteri di selezione dei soggetti ai quali somministrare il vaccino, evidenziando che debba trattarsi di vaccini efficaci.

Si evince da tutto l'impianto della suddetta normativa sia europea che italiana, la necessità che il vaccino sia efficace e nella disponibilità degli organi istituzionali, al momento in cui ci sia l'indicazione alla sua somministrazione a soggetti non immuni. A tal proposito, si allega delibera Regione Emilia Romagna (all.5) che impedisce l'esecuzione di test sierologici pre e post vaccino anti SARS COV 2, quindi escludendo aprioristicamente la possibilità di verificare lo stato immunitario.

Totalmente in contrasto con il suddetto quadro normativo, è il Decreto Legge n. 44/2021, convertito in legge 28 maggio 2021 n. 76 (all.5 bis), inerente l'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari perché sostituisce all'efficacia del vaccino la sperimentaltà dello stesso ed ancor di più ne obbliga la somministrazione anche a soggetti già immuni, in totale violazione del Decreto Legislativo su citato.

Se il contrasto che ne deriva vuole essere giustificato dal fatto che le normative trattate sinora non si riferiscono mai a situazioni di emergenza pandemica, pur essendo state preannunciate pandemie da tanti anni , sembra piuttosto lampante che vi sia stata una volontà di non regolamentare uno stato di emergenza pandemica, allo scopo di adottare misure straordinarie finanziarie-sanitarie e disposizioni normative secondo interessi che vanno ben oltre la tutela della salute umana, anzi con il pretesto della stessa vanno ad impoverire la popolazione ed arricchire l'élite finanziaria.

Il contesto di distorsione e violazione delle norme sopra descritto, mentre ai più potrebbe sembrare frutto di inefficienza, incompetenza o di semplici dimenticanze dei decisori scientifici, politici e degli organi di stampa, in realtà nasconde un disegno programmatico teso al controllo globale .

2: IL C.D. USO COMPASSIONEVOLE DEI VACCINI

L'Aifa in una sua nota (all.6) dichiara: *“È previsto il ricorso al cosiddetto “uso compassionevole” (nota Aifa riferimento D.M. 7 settembre 2017) per un medicinale sottoposto a sperimentazione clinica, al di fuori della sperimentazione stessa, in pazienti affetti da malattie gravi o rare o che si trovino in pericolo di vita, quando, a giudizio del medico, non vi siano ulteriori valide alternative terapeutiche, o nel caso in cui il paziente non possa essere incluso in una sperimentazione clinica o, ai fini della continuità terapeutica, per pazienti già trattati con beneficio clinico, nell'ambito di una sperimentazione clinica almeno di fase II conclusa.*

Il medicinale in questione deve essere oggetto di una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio o essere sottoposto a sperimentazione (art. 83°, comma 2, del Regolamento CE n.726/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 Marzo 2004).

In base alla normativa vigente, è prevista la possibilità di impiegare, per malattie rare e tumori rari, medicinali per i quali siano disponibili anche solo i risultati di studi clinici sperimentali di fase I, che ne abbiano documentato l'attività e la sicurezza; in tali casi, la richiesta deve essere fondata sul prevedibile beneficio in base al meccanismo d'azione e agli effetti farmacodinamici del medicinale”.

Asserendo che il vaccino rappresenta l'unica soluzione possibile, era necessario individuare la strategia per poterlo somministrare quando ancora in fase di sperimentazione e ciò è stato fatto attraverso “l'uso compassionevole”.

L'uso compassionevole è normato in Italia dal Decreto Ministero della salute del 7 settembre 2017 (all.7) ed in Europa dal Regolamento n.726/2004 (all.8). Quest'ultimo, al paragrafo 33, fa riferimento all'uso compassionevole di nuovi medicinali nell'ambito della legislazione degli Stati membri, inoltre, all'art. 83, par 2, l'uso compassionevole è rivolto ad un "gruppo di pazienti" con malattia cronica o gravemente invalidante. Anche il suddetto Decreto Ministeriale (all.7) fa riferimento ad una "popolazione target". All'art 4 lo stesso Decreto afferma che la richiesta e la responsabilità relativa alla somministrazione del medicinale è in capo ai medici e non allo Stato che impone la vaccinazione di massa. A ciò si aggiunge che i medicinali in fase di sperimentazione clinica devono essere forniti gratuitamente dallo sponsor/casa farmaceutica (art. 5, Decreto Ministero della Salute 7 settembre 2017 (all.7); art.19, Direttiva 2001/20 CE (all.9)).

L'8 aprile 2020, viene emanato il Decreto Legge n. 23 (all.10) dove sotto traccia, essendo finalizzato a normare l'accesso al credito, troviamo l'art. 40 che consente la somministrazione di farmaci sperimentali a partire dalla fase di sperimentazione clinica I (fase per la quale non sono disponibili dati relativi a sicurezza ed efficacia) ed al par 7 sottolinea che *" dall'applicazione del decreto non derivano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica"*.

Peraltro, l'adesione alle sperimentazioni cliniche è di natura volontaria (rapporto ISS Covid 19 3/2021 (all.11); nota EMA 21 dicembre 2020 (all.12); Regolamento UE 536/2014 (all.13), art 2, DPR n. 439/2001 (all.14), richiamato dal Decreto del 08/04/2020 (all.10), ARS Toscana 26/04/2021 (all.15)

Da quanto sopradetto si evidenzia che:

a- la forzatura alla vaccinazione di massa se da un lato non trova alcun fondamento dal punto di vista clinico/epidemiologico, non è neppure sostenibile dal punto di vista normativo, non potendo essere esteso in modo generalizzato l'uso compassionevole dei farmaci sperimentali;

b- i soggetti sani non risultano essere i candidati all'uso compassionevole di medicinali .

Analogamente a quanto fatto con le sperimentazioni sui prigionieri nei campi di concentramento nazisti, oggi con il COVID19 siamo noi i nuovi prigionieri cioè le nuove cavie. Pur essendo perfettamente sani siamo costretti a subire queste sperimentazioni cliniche con vaccini OGM mai prima usati sull'uomo ed ad oggi vietati in agricoltura e veterinaria in Italia. Lo stesso ISS ammette come vengano utilizzate le stesse metodiche di sperimentazione umana utilizzate nei campi di concentramento nazisti, consistenti nell' ammalare i sani. Tali studi vengono chiamati Human Challenge Studies (all.16). Dal Report ISS 18/02/2021 (all.16): *"Mediante gli HCS sono state studiate diverse patologie, fra le quali influenza, colera, dengue, malaria (Roestenberg et al., 2018). Si stima che dalla seconda guerra mondiale a oggi siano stati coinvolti nei HCS circa 40.000 volontari nei Paesi sviluppati (High Income Countries), rispetto ai 400 dei Paesi in via di sviluppo (Low- and Middle-Income Countries), dove queste patologie sono endemiche (Jamrozik et al., 2020). Gli HCS sono studi segnati anche da "esperimenti infami", come la somministrazione del virus dell'epatite a bambini con disabilità mentali nella Willowbrook State School, New York, negli anni '50 e '60 (Roestenberg et al., 2018), o anche gli esperimenti sui prigionieri di guerra durante la seconda guerra mondiale nei programmi di ricerca tedeschi e giapponesi (Jamrozik et al., 2020); proprio dal processo di Norimberga contro i medici nazisti, autori di alcuni degli esperimenti più atroci nei campi di sterminio, sono nati il Codice di Norimberga (NMT, 1946) e poi la Dichiarazione di Helsinki della WMA e successive modifiche e integrazioni (WMA, 1964) per la regolamentazione della ricerca sugli esseri umani, più sopra richiamati"*.

Lo stesso WHO fa riferimento in un suo documento del 2016 (all.17) agli Human Challenge Studies, lasciando intendere, da un lato come sia stato violato il codice di Norimberga, e dall'altro che le sperimentazioni naziste di fatto non sono mai cessate ;

c- si palesa una truffa amministrativa ai danni dello Stato (evidente complice di questo progetto) poiché i vaccini sperimentali dovevano essere forniti gratuitamente dalle case produttrici;

d- non è neppure sostenibile l'obbligatorietà vaccinale, essendo la partecipazione alle sperimentazioni su base volontaria;

Peraltro, la produzione dei vaccini sperimentali OGM è stata fatta stravolgendo e compattando sia i tempi che le modalità tradizionali delle fasi di sperimentazione clinica (all.16), a danno della sicurezza, qualità ed efficacia dei vaccini stessi.

Nel Regolamento 1043/2020 (all.18), sono stati disapplicati articoli di Regolamenti e Direttive UE che avrebbero garantito una effettiva sicurezza, qualità ed efficacia dei vaccini. L'effetto di tali mancate applicazioni normative è rappresentato anche dagli eventi tromboembolici, in molti casi fatali, di cui CEPI (partner privato- produttori di vaccini) era a conoscenza già dal mese di maggio 2020 (all.19), quindi prima della pubblicazione del Regolamento n.1043/2020 (all.18) e ICMRA (all.20), che avrebbe dovuto regolamentare EMA (Agenzia dei Medicinali Europea) proprio sui processi di sicurezza e qualità di produzione dei medicinali, ha ammesso l'esistenza di tali gravi effetti tromboembolici in un documento di ottobre 2020 (all.21) più di 2 mesi prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini OGM e della loro somministrazione di massa. Sicuramente questo "grave vulnus" può essere anche attribuito al fatto che l'ente "terzo" ICMRA (all.20) che avrebbe dovuto regolamentare l'EMA (Agenzia dei Medicinali Europea) cioè l'ente che avrebbe dovuto essere regolamentato, sono la stessa persona identificata nel professore Guido Rasi (all.22). Ci ritroviamo come sempre, anche in UE, al solito problema del conflitto di interessi, nel quale il controllore ed il controllato si identificano sempre nella stessa persona e che ha portato l'Italia ai disastri sanitari degli ultimi 20 anni.

Per quanto attiene il rischio trombotico dovuto a vaccino anti COVID 19, è noto sia ad EMA, che ad AIFA ed agli assessorati regionali (vedi circolari regionali di giugno 2021) (all.23) (all.24) (all.25). Nonostante gli eventi trombotici legati ai vaccini, le amministrazioni regionali e le Aziende ASL inducono i medici a continuare a vaccinare ed EMA continua a sostenere che il rapporto rischio /beneficio rimane positivo (all.29) (all.30).

I controlli sulla sicurezza dei vaccini OGM durante la sperimentazione clinica, CEPI li affida al suo partner "Brighton Collaboration" (all.26) il cui standard è prodotto con CEPI e si chiama SPEAC (Safety Platform for Emergency Vaccines) (all.19). I controlli sulla sicurezza sono in sostanza fatti da organizzazioni private volontarie finanziate da Big Pharma, dove troviamo sempre i finanziamenti e rapporti di collaborazione con Bill Gates (all.27) (all.28) (all.28 bis pag 8) (all.28 ter), (all.28 quater).

Con il pretesto pandemico vengono somministrati vaccini OGM e per i quali l'unica preoccupazione di UE è, prima del rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio negli stati membri, la "valutazione del rischio ambientale", trascurando totalmente il rischio per la salute umana (vedi Regolamento 1043/2020 (all.18)).

Concludendo, in estrema sintesi, sono venuti meno, da parte di WHO, UE e Italia, ciascuno nel proprio ambito di competenza:

- coordinamento;
- vigilanza e controllo, in ordine a:
 - 1 classificazione delle malattie e codifica delle stesse, al fine di ottenere omogeneità dei dati, all'interno di ogni Stato e complessivamente tra tutti i Paesi membri, necessaria per ottenere un corretto studio epidemiologico;
 - 2 qualità, sicurezza ed efficacia del ciclo produttivo dei farmaci;

- 3 qualità, sicurezza ed efficacia del ciclo produttivo dei vaccini;
- 4 aggiornamento ed attuazione del piano pandemico (Italia, in particolare).

Al contrario, da parte di WHO e della UE, sono stati adottati tutti quei provvedimenti che hanno consentito ai produttori di vaccini OGM di immetterli in commercio senza controlli di qualità, sicurezza ed efficacia.

L'Italia, a sua volta, con il distorto ciclo di cura, c.d. anticiclo di cura, e il distorto sistema di codifica delle malattie/diagnosi nel sistema di classificazione delle malattie, ICD-9-CM, tuttora in uso anche se obsoleto, nonché con l'instaurazione del primo lock-down, è stata la prima nazione a creare morti e a diffondere il panico da "virus"!!

Alla luce di quanto sinora esposto, risulta inequivocabilmente lampante che WHO, UE e Italia hanno posto in essere scientemente un sistema normativo sanitario che, lentamente e inesorabilmente, ha completamente stravolto quello preesistente, attraverso sostanzialmente la distorsione e la violazione delle norme sulla governance in tale materia.

Già da 15 anni a questa parte, WHO, la letteratura scientifica internazionale e Bill Gates avevano pronosticato pandemie da virus sconosciuti, che avrebbero fatto deflagrare i sistemi sanitari ed economici dei singoli Paesi.

L'emergenza pandemica ha costituito il pretesto per togliere sovranità agli Stati sovvertendo le regole, per cui gli stessi Stati e Big Pharma si associano contro i cittadini, privandoli di libertà, salute e diritti! Sulle basi di comuni sintomi influenzali è stata narrata l'invenzione di un virus sconosciuto che solo grazie alla vigile attesa, tamponi e distorte cure ha causato morti, per essere comunicato ai popoli inconsapevoli come una malattia mortale e diffusiva. Ciò con la scientifica volontà di costruire un'epidemiologia di morte per mezzo di cure sbagliate, al fine di obbligare i cittadini a vaccinarsi come fossero malati terminali per i quali si ricorre alla somministrazione di vaccini - ricorrendo all'uso compassionevole -, che la stessa UE ha fatto sì, con l'appoggio incondizionato dell'Italia, che fossero pericolosi per la salute!!!

(ALLEGATI CARTELLA A)

(ALLEGATI CARTELLA B)

(ALLEGATI CARTELLA C)

(ALLEGATI CARTELLA D)

LEGENDA

ARS Toscana: Agenzia Regionale Toscana

AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco

ASL: Azienda Sanitaria Locale

BMGF: Bill e Melinda Gates Foundation/Fondazione Bill e Melinda Gates

CCM: Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffusive ed al bioterrorismo

CEPI: Innovative Global Partnership between Public, Private, Philanthropic, and Civil Society Organisations / Partnership Innovativa Globale tra Pubblico, Privato, Filantropico e Organizzazioni della Società Civile

EMA: European Medicines Agency/ Agenzia Europea dei Medicinali

EUAL: Emergency Use Assessment And Listing Procedure/ Valutazione Dell'Uso in Emergenza ed Elenco delle Procedure

EUL: Emergency Use Listing / Elenco degli Usi di Emergenza

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunisation

GOARN : Global Outbreak Alert and Response/ Allerta e Riposta ad un Focolaio Globale

GPHIN : Global Public Health Intelligence Network / Rete di Intelligence dell' Sanità Pubblica Globale

FBK: Fondazione Bruno Kessler

FDA: Food and Drug Administration/ Agenzia per gli Alimenti e i Medicinali

FNOMCEO: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici

ICD: Classificazione Internazionale delle Malattie

ICMRA: International Coalition of medicines Regulatory/ Coalizione Internazionale della Autorità di Regolamentazione dei medicinali

ICTV: International Committee on Taxonomy of Viruses/ Comitato Internazionale sulla Tassonomia dei Virus

ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica

ISS: Istituto Superiore di Sanità

OGM: Organismi Geneticamente Modificati

PPP: Partenariato Pubblico Privato

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera

SPEAC: Safety Platform for Emergency Vaccines / Piattaforma di Sicurezza per Vaccini in Emergenza

UE: Unione Europea

WHO /OMS: World Health Organization / Organizzazione Mondiale della Sanità

Ill.mo Signor Procuratore,

auspico il suo autorevole intervento per fare luce e porre argine alla più scandalosa truffa a danno dell'umanità mai perpetrata in ogni tempo.

E' palese la manipolazione delle coscienze attraverso il terrorismo mediatico-scientifico con sistematica tacitazione di ogni voce non allineata.

Così come palese appare l'interesse dei grandi gruppi finanziari al mantenimento dello "status quo" ed al suo perdurare nel tempo.

Dichiaro la completa disponibilità a fornire sin d'ora ogni chiarimento che la S.V. ritenesse utile per ogni azione che il Suo ufficio metterà in opera ai fini dell'accertamento della VERITA'.

Chiedo, ai sensi dell'articolo 408, del codice di procedura penale, di essere informato in merito ad un'ipotetica richiesta di archiviazione della presente *notitia criminis*.


Con deferenza

Firenze, 05/07/2021

Pierfrancesco Belli

(ALLEGATI CARTELLA A)

(ALLEGATI CARTELLA B)

(ALLEGATI CARTELLA C)

(ALLEGATI CARTELLA D)

LEGENDA

ARS Toscana: Agenzia Regionale Toscana

AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco

ASL: Azienda Sanitaria Locale

BMGF: Bill e Melinda Gates Foundation/Fondazione Bill e Melinda Gates

CCM: Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse ed al bioterrorismo

CEPI: Innovative Global Partnership between Public, Private, Philanthropic, and Civil Society Organisations / Partnership Innovativa Globale tra Pubblico, Privato, Filantropico e Organizzazioni della Società Civile

EMA: European Medicines Agency/ Agenzia Europea dei Medicinali

EUAL: Emergency Use Assessment And Listing Procedure/ Valutazione Dell'Uso in Emergenza ed Elenco delle Procedure

EUL: Emergency Use Listing / Elenco degli Usi di Emergenza

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunisation

GOARN : Global Outbreak Alert and Response/ Allerta e Riposta ad un Focolaio Globale

GPHIN : Global Public Health Intelligence Network / Rete di Intelligence dell' Sanità Pubblica Globale
FBK: Fondazione Bruno Kessler
FDA: Food and Drug Administration/ Agenzia per gli Alimenti e i Medicinali
FNOMCEO: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici
ICD: Classificazione Internazionale delle Malattie
ICMRA:International Coalition of medicines Regulatory/ Coalizione Internazionale della Autorità di Regolamentazione dei medicinali
ICTV:International Committee on Taxonomy of Viruses/Comitato Internazionale sulla Tassonomia dei Virus
ISTAT:Istituto Nazionale di Statistica
ISS: Istituto Superiore di Sanità
OGM: Organismi Geneticamente Modificati
PPP: Partenariato Pubblico Privato
SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
SPEAC: Safety Platform for Emergency Vaccines / Piattaforma di Sicurezza per Vaccini in Emergenza
UE: Unione Europea
WHO /OMS: World Health Organization / Organizzazione Mondiale della Sanità