07/21/2021: Lab Alert: Changes to CDC RT-PCR for SARS-CoV-2 Testing

Audience: Individuals Performing COVID-19 Testing

Level: Laboratory Alert

After December 31, 2021, CDC will withdraw the request to the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for Emergency Use Authorization (EUA) of the CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, the assay first introduced in February 2020 for detection of SARS-CoV-2 only. CDC is providing this advance notice for clinical laboratories to have adequate time to select and implement one of the many FDA-authorized alternatives.

Visit the FDA website for a list of authorized COVID-19 diagnostic methods. For a summary of the performance of FDA-authorized molecular methods with an FDA reference panel, visit this page.

In preparation for this change, CDC recommends clinical laboratories and testing sites that have been using the CDC 2019-nCoV RT-PCR assay select and begin their transition to another FDA-authorized COVID-19 test. CDC encourages laboratories to consider adoption of a multiplexed method that can facilitate detection and differentiation of SARS-CoV-2 and influenza viruses. Such assays can facilitate continued testing for both influenza and SARS-CoV-2 and can save both time and resources as we head into influenza season. Laboratories and testing sites should validate and verify their selected assay within their facility before beginning clinical testing.

Opt in to receive updates from the CDC Laboratory Outreach Communication System (LOCS).

Online resources:

- FAQ: CDC Distribution of COVID-19 Assays
- Guidance for SARS-CoV-2 Point-of-Care Testing

https://apps.who.int/flumart/Default?ReportNo=10

Year from 2021 | Week from 1 | Year to 2021 | Week to 48

Display report

Calendar week ISO 8601 | Surveillance site type All sites | View Report

1 of 1 | Find | Next

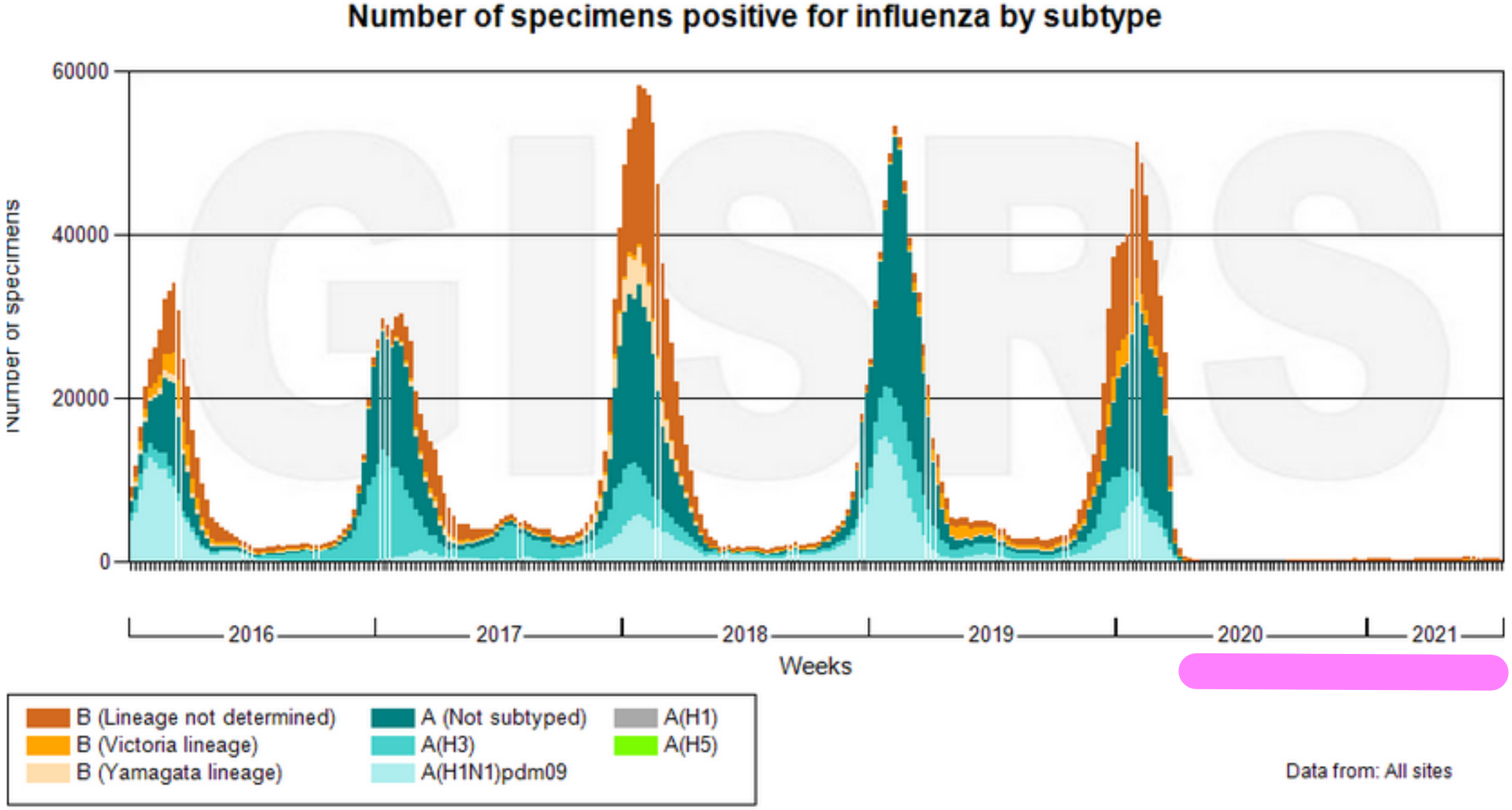
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 29/07/2021 07:40:16 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2021

JULY 8, 2021

Striking absence of flu and other 'usual suspects' during COVID-19 pandemic

by European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

Credit: CC0 Public Domain

Cases of flu and respiratory syncytial virus (RSV) fell significantly in both adults and children during the COVID-19 pandemic, according to new research being presented at the European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases (ECCMID) held online this year.

The PCR tests used samples from nasopharyngeal swabs to test for influenza A and B, RSV and SARS-COV-2. Samples from throat swabs were used in PCR tests for Group A Streptococcus (GAS), a bacterial throat infection that typically follows viral upper respiratory tract infections.

Ms Sarvepalli says that "it is likely that the number of cases of flu and other respiratory infections will rise back to normal in the coming years as SARS-CoV-2 becomes a seasonal virus.

More information: Siri S. Sarvepalli et al, Striking absence of "usual suspects" during the winter of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic 2020–2021, *Infection Control & Hospital Epidemiology* (2021). DOI: 10.1017/ice.2021.303

Provided by European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12801

European Journal of Clinical Investigation

ESCI EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL INVESTIGATION

Review | Free Access

Talking the talk, but not walking the walk: RT-qPCR as a paradigm for the lack of reproducibility in molecular research

Stephen Bustin, Tania Nolan

First published: 10 August 2017 | https://doi.org/10.1111/eci.12801 | Citations: 41

SECTIONS PDF TOOLS SHARE

parlano bene, ma razzolano male: tutti usano i test PCR ma nessuno corregge gli errori di procedura e di analisi dei dati, il che rende tali dati tecnicamente INUTILIZZABILI

Abstract

Poorly executed and inadequately reported molecular measurement methods are amongst the causes underlying the lack of reproducibility of much biomedical research. Although several high impact factor journals have acknowledged their past failure to scrutinise adequately the technical soundness of manuscripts, there is a perplexing reluctance to implement basic corrective measures. The reverse transcription real-time quantitative PCR (RT-qPCR) is probably the most straightforward measurement technique available for RNA quantification and is widely used in research, diagnostic, forensic and biotechnology applications. Despite the impact of the minimum information for the publication of quantitative PCR experiments (MIQE) guidelines, which aim to improve the robustness and the transparency of reporting of RT-qPCR data, we demonstrate that elementary protocol errors, inappropriate data analysis and inadequate reporting continue to be rife and conclude that the majority of published RT-qPCR data are likely to represent technical noise.

Coronavirus COVID19

Who Is Contaminating Coronavirus Testing Kits

April 7, 2020

In a most shocking development, several countries have reported that testing kits, protective equipment and medical devices sent to them to combat COVID-19 were itself found to be contaminated with Coronavirus. Meanwhile, in the US the lab authorized to make coronavirus testing kits itself was found to be contaminated with coronavirus. As secret services have launched a worldwide Intelligence War over Coronavirus related medical supplies, the widespread contamination of the coronavirus testing kits poses a serious concern.

- *EXCLUSIVE: Coronavirus Bioweapon – How China Stole Coronavirus From Canada And Weaponized It (watch here Visualizing The Secret History Of Coronavirus)*
- *Watch the exclusive interview of Bioweapons Expert Dr. Francis Boyle on Coronavirus Biological Warfare blocked by the Deep State*

STAR EXCLUSIVE

Ontario received 100,000 contaminated, unusable swabs for COVID-19 tests

By Kate Allen Science and Technology Reporter
Fri., April 10, 2020 | timer 2 min. read

A shipment of more than 100,000 testing swabs arrived in Ontario contaminated and unusable, the Star has learned, illustrating how even as the province strives to expand its COVID-19 lab-testing capacity it is still contending with global supply-chain havoc wrought by the pandemic.

The shipment of much-needed swabs, a critical component of the testing, was the first instalment of a big order procured by the federal government, with hundreds of thousands of more from the contaminated batch on the way. The contamination is believed to be mould.

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737159.2020.1757437

Expert Review of Molecular Diagnostics ›
Volume 20, 2020 - Issue 5

Enter keywords, authors, DOI, ORCID

Submit an article | Journal homepage

40,223
Views
274
CrossRef citations to date
0
Altmetric

Listen

Editorial

Real-time RT-PCR in COVID-19 detection: issues affecting the results

Alireza Tahamtan & Abdollah Ardebili

Pages 453-454 | Received 14 Mar 2020, Accepted 15 Apr 2020, Accepted author version posted online: 16 Apr 2020, Published online: 22 Apr 2020

Download citation | https://doi.org/10.1080/14737159.2020.1757437 | Check for updates

Full Article | Figures & data | References | Citations | Metrics

Reprints & Permissions | PDF

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20080911v4

Diagnosing SARS-CoV-2 infection: the danger of over-reliance on positive test results

Andrew N. Cohen, Bruce Kessel, Michael G. Milgroom

doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20080911

Abstract | Full Text | Info/History | Metrics | Preview PDF

Previous

Posted September 28, 2020.

Download PDF

Supplementary Material

Data/Code

https://www.f

Subject Area

Epidemiology

Subject Areas

All Articles

Addiction Medicin

Allergy and Immu

Anesthesia (67)

Cardiovascular M

Dentistry and Ora

Dermatology (70)

Abstract

Contrary to the practice during previous epidemics, with COVID-19 health authorities have treated a single positive result from a PCR-based test as confirmation of infection, irrespective of signs, symptoms and exposure. This is based on a widespread belief that positive results in these tests are highly reliable. However, evidence from external quality assessments and real-world data indicate enough a high enough false positive rate to make positive results highly unreliable over a broad range of scenarios. This has clinical and case management implications, and affects an array of epidemiological statistics, including the asymptomatic ratio, prevalence, and hospitalization and death rates, as well as epidemiologic models. Steps should be taken to raise awareness of false positives and reduce their frequency. The most important immediate action is to check positive results with additional tests, at least when prevalence is low.

COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless

01.07.2020 BPA News No Comments

Though the whole world relies on RT-PCR to "diagnose" Sars-Cov-2 infection, the science is clear: they are not fit for purpose

Lockdowns and hygienic measures around the world are based on numbers of cases and mortality rates created by the so-called SARS-CoV-2 RT-PCR tests used to identify "positive" patients, whereby "positive" is usually equated with "infected."

But looking closely at the facts, the conclusion is that these PCR tests are meaningless as a diagnostic tool to determine an alleged infection by a supposedly new virus called SARS-CoV-2.

UNFOUNDED "TEST, TEST, TEST,..." MANTRA

At the media briefing on COVID-19 on March 16, 2020, the WHO Director General Dr

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.04.20167932v4

Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment – a systematic review (Update 4)

T Jefferson, EA Spencer, J Brassey, C Heneghan

doi: https://doi.org/10.1101/2020.08.04.20167932

Abstract Full Text Info/History Metrics Preview PDF

Conclusion Prospective routine testing of reference and culture specimens are necessary for each country involved in the pandemic to establish the usefulness and reliability of PCR for Covid-19 and its relation to patients' factors. Infectivity is related to the date of onset of symptoms and cycle threshold level.

A binary Yes/No approach to the interpretation RT-PCR unvalidated against viral culture will result in false positives with possible segregation of large numbers of people who are no longer infectious and hence not a threat to public health.

Competing Interest Statement

Previous

Posted September 29, 2020.

Download PDF

Data/Code

https://www.f

Subject Area

Epidemiology

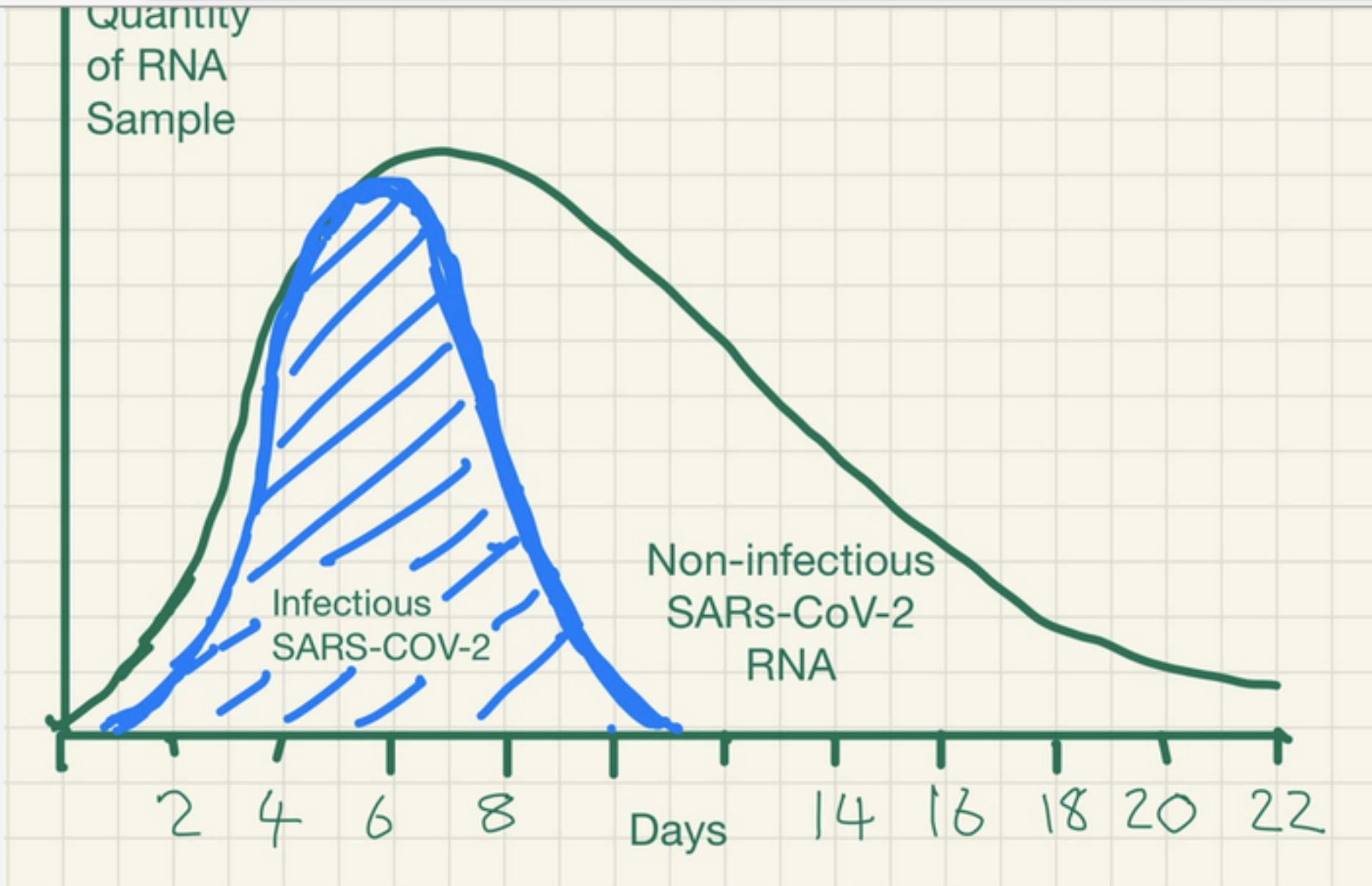
Subject Areas

All Articles

Addiction Medicin

Allergy and Immu

Anesthesia (67)



PCR detection of viruses is helpful so long as its limitations are understood; while it detects RNA in minute quantities, caution needs to be applied to the results as it often does not detect infectious virus.

What can we conclude?

These studies provided limited data of variable quality that PCR results per se are unlikely to predict viral culture from human samples. Insufficient attention may have been paid how PCR results relate to disease. The relation with infectiousness is unclear and more data are needed on this.

If this is not understood, PCR results may lead to restrictions for large groups of people who do not present an infection risk.

The results indicate that viral RNA load cut-offs should be used to understand who is

ELSEVIER journal homepage: https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine

Commentary

Country level analysis of COVID-19 policies

Joost Hopman[a,*], Shaheen Mehtar[b]

[a] Radboudumc Center for Infectious Diseases, Department of Medical Microbiology and Department of Quality and safety, Radboud University Medical Center, Geert Grooteplein 10, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, the Netherlands
[b] Infection Control Africa Network, Cape Town, South Africa

ARTICLE INFO

Article History:
Received 13 July 2020
Revised 15 July 2020
Accepted 27 July 2020
Available online 18 August 2020

Chaudhry and colleagues present data on country level analysis of health outcomes and COVID-19 policies [1]. Since the start of the COVID-19 pandemic there have been over 12.500.000 confirmed COVID-19 cases, including 565.000 deaths reported to WHO [2]. In both high- and low-resource settings infection prevention and control (IPC) and public health measures were implemented to halt the transmission of SARS-CoV-2 [3]. These measures were mainly based on evidence of previous influenza outbreaks and pandemics [4]. Furthermore the COVID-19 pandemic highlighted the importance of the W.H.O. IPC Core components and minimal IPC requirements [5]. In March and April 2020 it became evident that countries had failed in pandemic preparedness. Global shortages of personal protective equipment (PPE) developed and economies had to (partially) shut down because of restrictive public health measures. Social distancing, universal masking, ventilation and the built environment became central topics when countries restarted in the discussions while the world is awaiting the

associated with a lower number of detected cases per million. Countries with a higher median population age, prevalence of obesity, and a longer number of days to any border closure had significantly higher caseloads with the total number of reported cases per million (i.e. full or partial lockdown). Strikingly socioeconomic factors like unemployment rate and per capita GDP were associated with increased number of critical cases per million. By contrast, lower income dispersion scores were associated with a reduction in the number of critical cases. Increased death rate per million population was identified for the prevalence of obesity and per capita GDP. Variables that were negatively associated with increased COVID-19 mortality were reduced income dispersion within the nation, smoking prevalence, and the number of nurses per million population. Full lockdowns, border closures, and high rate of COVID-19 testing were not associated with reduced number of critical cases or overall mortality.

Balancing public health measures between effectiveness and

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23744235.2020.1820076

Infectious Diseases ›
Volume 53, 2021 - Issue 1

Submit an article
Journal homepage

Enter keywords, authors, DOI, ORCI

1,607
Views
3
CrossRef citations to date
0
Altmetric

Listen

Original Articles

Prolonged SARS-CoV-2 detection and reversed RT-PCR results in mild or asymptomatic patients

Sung-min Kim, Yoon Jin Hwang & **Youngseok Kwak**

Pages 31-37 | Received 21 Apr 2020, Accepted 01 Sep 2020, Published online: 16 Sep 2020

Download citation
https://doi.org/10.1080/23744235.2020.1820076
Check for updates

https://academic.oup.com/cid/article/72/11/e921/5912603

Reaction-Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates

Rita Jaafar, Sarah Aherfi, Nathalie Wurtz, Clio Grimaldier, Thuan Van Hoang, Philippe Colson, Didier Raoult, Bernard La Scola

Clinical Infectious Diseases, Volume 72, Issue 11, 1 June 2021, Page e921, https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491

Published: 28 September 2020 **Article history**

PDF Split View Cite Permissions Share

TO THE EDITOR—The outbreak of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) was declared a pandemic on 12 March 2020 by the World Health Organization [1]. A major issue related to the outbreak has been to correlate viral RNA load obtained after reverse-transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) and expressed as the cycle threshold (Ct) with contagiousness and therefore duration of eviction from contacts and discharge from specialized infectious disease wards. Several recent publications, based on more than 100 studies, have attempted to propose a cutoff Ct value and duration of eviction, with a consensus at approximately Ct >30 and at least 10 days, respectively [2–5]. However, in an article published in *Clinical Infectious Diseases*, Bullard et al reported that patients could not be contagious with Ct >25 as the virus is not detected in culture above this value [6]. This limit was then evoked in the French media during an interview with a member of the French Scientific Council Covid-19 as a possible value above which patients are no longer contagious [7].

At the beginning of the outbreak, we correlated Ct values obtained using our PCR technique based on amplification of the E gene and the results of the culture [8]. Since the beginning of the pandemic, we have performed 250 566 SARS-CoV-2 RT-PCR for 179 151 patients, of whom 13 161 (7.3%) tested positive. Up to the end of May, 3790 of these samples, reported as positive on nasopharyngeal samples, were inoculated and managed for culture as previously described [8]. Of these 3790 inoculated samples, 1941 SARS-CoV-2 isolates could be obtained after the first inoculation or up to 2 blind subcultures. The correlation between the scanner values and the positivity of the culture allows us to observe that the image obtained with 10 times more isolates than in our preliminary work (1941 vs 129) does not change significantly (Figure 1). It can be observed that at Ct = 25, up to 70% of patients remain positive in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20%. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive. Our Ct value of 35, initially based on the results obtained by

https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext

THE LANCET
Respiratory Medicine

Log in Register Subscribe Claim

COMMENT | VOLUME 8, ISSUE 12, P1167-1168, DECEMBER 01, 2020

PDF [186 KB] Figures Save Share Reprints Request

False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs

Elena Surkova • Vladyslav Nikolayevskyy • Francis Drobniewski

Published: September 29, 2020 • DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30453-7 •

False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs

LA NUOVA Bussola Quotidiana
DIRETTORE RICCARDO CASCIOLI
FATTI PER LA VERITA'

COVID

«Medici di base impotenti. Ma ho continuato a curare»

ATTUALITÀ 05-11-2020

Luisella Scrosati

«La medicina territoriale è stata esclusa dai giochi e si è voluto creare una distanza tra noi e i pazienti, ma io ho continuato a curare e non ho avuto né un decesso, né un ricovero in terapia intensiva». La testimonianza di un medico di base di Bologna che rivela come il ministero «abbia disincentivato i pazienti dal ricorrere a noi medici di famiglia». Il mistero delle sovradiagnosi da Covid e dell'attendibilità dei tamponi.

E' sempre più chiaro che uno dei problemi maggiori nella gestione di questa emergenza sanitaria, riguarda la "messa in quarantena" dei medici di base. Viene loro chiesto di fare tamponi, ma vengono ostacolati nel fare il lavoro proprio di identificazione di una malattia in base alla sintomatologia dei pazienti, con conseguente cura. Di un malato, importa solo sapere se sia positivo e negativo al tampone; e nel caso di positività, si mette in atto tutto il carrozzone di identificazione dei contatti, isolamenti, etc. «La medicina territoriale è stata esclusa dai giochi e si è voluto creare una distanza tra noi e i pazienti», dice alla *Bussola* la dottoressa Maria Grazia Dondini, medico di Medicina generale di Monterenzio, in provincia di Bologna.

Tanzania: goat, paw paw, jackfruit test positive for coronavirus [Morning Call]

By Jerry Fisayo-Bambi Last updated: 06/05/2020

There has been a top and controversial sacking in Tanzania. Head of the country's national health laboratory in charge of coronavirus testing was suspended, a day after President John Magufuli questioned the accuracy of the tests.

On Sunday President Magufuli, who has consistently downplayed the effect of the virus shocked the world when he said animals, fruits and vehicle oil had been secretly tested at the laboratory. Now, take a read at some of the specific things he said had been tested. A papaya, a quail and a goat. All of them he says had been found to be positive to Covid-19.

Magufuli cast doubt on the credibility of laboratory equipment and technicians and questioned official data on the pandemic. He called for an investigation into what he suspected to be a "dirty game" in the laboratory. Where the kits had been imported from though, he would not say. So, the lab director here Nyambura Moremi has been fired. And a 10-person committee has been formed to investigate the laboratory's operations, including its process of collecting and testing samples. Presently, that is, as of the 5th of May, Tanzania has about 480 Covid-19 cases including 16 deaths.

Now there is so much to talk about in this story and generally on Tanzania's approach to coronavirus. This morning we'll take a quick look at the suspension of the lab director. With Jerry Bambi is Fatma Karume, a human rights activist from Dar es Salam

@jerrybambi1

Globalization | Swiss Epidemics Act

The COVID-19 PCR-Test – A Shot of Nanoparticles for Your Brain?

2020-11-14 Roger Burkhardt

Deutsch – Français – To see this article in another language, please open the German version and use Machine Translation (on the right or in the footer).

Table of contents ⇧

1. Summary
2. Important Updates
3. The Covid-19 PCR Test – A Shot of Nanoparticles for Your Brain?
4. Masks Do Not Stop the Virus
5. Masks Make Us Sick and Demented
6. Operation Moonshot: A Shot of Nanoparticles for Everybody's Brain – What Do the Leaked Documents Say?
7. What Are the Effects of These Nanoparticles In Your Brain?
8. Corona Quarantine Camps in Canada, Switzerland, Germany and Many Other Western Countries
9. Swiss Army Chief Paralyzes Army to Recruit and Arm Foreigners
10. Why many COVID-19 vaccinated people will die months after the mRNA-injection
11. Corona and the Ten Stages of Genocide by Genocide Watch

Dr. Henrion-Caude explains in the video from minute 33:16 to 37:35 that the swab used for a PCR test is inserted into the **nasopharynx** in order to extract cells from the **ethmoid** by rubbing. The ethmoid contains the thin, sensitive, fragile cribriform plate. This plate is perforated with fine holes. **These holes are traversed by nerve cells (neurons) of the olfactory nerve**. Thus the cribriform plate can be targeted to deliver nanoparticulated drugs and "vaccines" directly to the brain. The tip of the swab coated with nanoparticles hits exactly **the right spot** so that the nanoparticles can reach the inside of the brain.

https://www.youtube.com/embed/eAKohGNr_E4?start=1996

If the virus SARS-CoV-2 is able to penetrate masks and spread over distances of up to 5 feet / 1.5 meters (see point 3), why does a swab have to be inserted through the nose about 2 inches / 5 cm deep into the nasopharynx to take the cell sample for the PCR test? Because the swabs inject nanoparticles into the brain of the test victims?

https://www.youtube.com/embed/vnf_sHi3Orc

CORMAN-DROSTEN REVIEW REPORT

CURATED BY AN INTERNATIONAL CONSORTIUM OF SCIENTISTS IN LIFE SCIENCES (ICSLS) [NOV 2020 - JAN 2021]

Review report Corman-Drosten et al. Eurosurveillance 2020

This extensive review report has been officially submitted to Eurosurveillance editorial board on 27th November 2020 via their submission-portal, enclosed to this review report is a retraction request letter, signed by all the main & co-authors. First and last listed names are the first and second main authors. All names in between are co-authors. External [...]

Retraction request letter to Eurosurveillance editorial board

This is the retraction-request letter sent to Eurosurveillance by the main & co-author's, written by Dr. Peter Borger, enclosed to the extended Review Report submission via the Eurosurveillance online-submission portal. Submission date was 27th November 2020. Nov 26th 2020, To: Editorial Board EurosurveillanceEuropean Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)Gustav III:s Boulevard 4016973 SolnaSweden Subject: [...]

il Giornale

DAL 1974 CONTRO IL CORO

MERCOLEDÌ 2 DICEMBRE 2020 | Quotidiano diretto da ALESSANDRO SALLUSTI | Anno XLVII - Numero 286 - 1,50 euro*

www.ilgiornale.it

AIUTI DI BENETTON A ZINGA

I SOLDI ALLA SINISTRA PROFUMANO, A DESTRA PUZZANO

di **Alessandro Sallusti**

Nel pieno del braccio di ferro tra il governo e la famiglia Benetton sulla revoca della concessione alla Società Autostrade la famiglia Benetton, tramite la società capofila Atlantia, ha donato 500mila euro al presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, per l'acquisto dei frigoriferi che dovranno stoccare i vaccini anti Covid. Lo ha rivelato ieri il quotidiano *Il Domani* ed è certamente una bella notizia che fa onore ai Benetton.

Ci chiediamo soltanto come sarebbe stata presa la cosa dai colleghi indignati permanenti, dai moralisti a tempo pieno, insomma da chi passa la giornata con il fucile puntato su qualcuno, se quell'assegno invece che essere consegnato nelle mani del segretario del Pd, azionista importante del governo, fosse finito in quelle del governatore della Liguria, o della Lombardia o del Veneto, terra di origine e di residenza dell'importante dinastia.

Nel merito verrebbe facile pensare male, ma sinceramente non lo facciamo, proprio come non lo abbiamo fatto quando Attilio Fontana ha ricevuto dai privati cospicue donazioni per allestire l'ospedale in Fiera, cosa che gli ha attirato l'attenzione della procura e il linciaggio mediatico – carta stampata e tv – dei soliti noti di cui sopra. Siamo alle solite: i soldi puzzano a prescindere se raccolti e gestiti da politici e amministratori del centrodestra, profumano di generosità se indirizzati a sinistra anche laddove si potrebbe configurare un conflitto di interessi. Così

ALLARME CONTAGI FANTASMA

DISASTRO TAMPONI

Irregolare un laboratorio su quattro: reagenti scaduti, tecnici abusivi e prezzi degli esami gonfiati

Natale Covid, linea dura fino all'Epifania

Reagenti scaduti, materiali per i tamponi mal conservati e tecnici di laboratorio abusivi. Le irregolarità riscontrate dai Nas nei centri di analisi anti Covid sono parecchie. Alcuni positivi non venivano comunicati alle Ats e non finiva nei bollettini ufficiali sull'andamento della pandemia. Intanto si conferma la stretta sul Natale. Dal 21 dicembre vietati gli spostamenti.

servizi da pagina **2** a pagina **7**

L'ANALISI

Dal «tutto chiuso» al «tutto aperto» senza mai pensare alla via di mezzo

di **Marco Zucchetti**

Sono passati nove mesi da quando il Covid ha fatto capolino a Codogno, ma ancora una politica matura di gestione della pandemia deve vedere la luce. Nove mesi non sono bastati per uscire dalla dicotomia binaria del «chiudere tutto» e del «liberi tutti». E come nel film *Ricomincio da capo*, ogni volta ci ritroviamo nella stessa condizione: i contagi salgono, è indispensabile prendere misure drastiche, così i contagi calano, si riapre più o meno tutto (...)

segue a pagina **3**

PREGLIASCO SI OFFRE «VOLONTARIO»

I virologi e gli effetti collaterali della vaccinazione in diretta tv

di **Andrea Bianchini** a pagina **7**

IL RETROSCENA

Riforma Mes, no di Berlusconi Stagione del dialogo già finita

https://vk.com/@davide_suraci-i-tamponi-covid-19-producono-fino-al-95-di-falsi-positivi-co

Davide Suraci
12 May at 10:20 am

I TAMPONI COVID-19 PRODUCONO FINO AL 95% DI FALSI POSITIVI : CONFERMATO DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ.

Analisi *(Aggiornata al 5 Maggio 2021)* del Dottor **Stefano Scoglio**.

Dopo aver dimostrato come le stesse autorità sanitarie Europee e Americane affermino che il virus non è mai stato isolato, come in un uno-due pugilistico, vedremo ora come le stesse autorità sanitarie, in primis il nostro Istituto Superiore di Sanità, ammettono che i tamponi Covid-19 sono del tutto inaffidabili. Ho già scritto alcuni post e articoli su come i tamponi e i test sierologici per il Covid-19 siano inaffidabili, di fatto senza alcun significato perché senza nessun vero legame con un presunto virus SARS-Cov2, che non è mai stato isolato.

Abbiamo anche visto come tale inaffidabilità sia stata addirittura certificata dalla Commissione Europea e dall'Istituto Superiore di Sanità, che nell'Aprile-Maggio scorso hanno pubblicato documenti dove affermavano che in Europa circolavano 78 tamponi diversi, di cui nessuno validato da organismi indipendenti, nessuno valutato o autorizzato preventivamente, e addirittura la stragrande maggioranza dei quali non dichiarava neppure quali sequenze geniche utilizzasse, e quindi potenzialmente contenenti qualsiasi cosa. A questo punto ho voluto approfondire la cosa, e ho scoperto ulteriori elementi, sia scientifici che legali.

I TAMPONI COVID-19 PRODUCONO FINO AL 95% DI FALSI POSITIVI : CERTIFICATO DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Con l'analisi più completa sui tamponi Covid-19

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D., B.Sc.

Ho già scritto alcuni post e articoli su come i tamponi e i test sierologici per il Covid-19 siano inaffidabili, di fatto senza alcun significato perché senza nessun vero legame con un presunto virus SARS-Cov2, che non è mai stato isolato.

Abbiamo anche visto come tale inaffidabilità sia stata addirittura certificata dalla Commissione Europea e dall'Istituto Superiore di Sanità, che nell'Aprile-Maggio scorso hanno pubblicato documenti dove affermavano che in Europa circolavano 78 tamponi diversi, di cui nessuno validato da organismi indipendenti, nessuno valutato o autorizzato preventivamente, e addirittura la stragrande maggioranza dei quali non dichiarava neppure quali sequenze geniche utilizzasse, e quindi potenzialmente contenenti qualsiasi cosa. A questo punto ho voluto approfondire la cosa, e ho scoperto ulteriori elementi, sia scientifici che legali.

La situazione normativo-regolatoria

Innanzitutto, va detto che i tamponi rientrano nella nuova normativa REGOLAMENTO (UE) 2017/746 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE.

Nella normativa precedente abrogata, in generale bastava l'apposizione del marchio CE, che è un marchio relativo soprattutto alla sicurezza; e solo per alcuni dispositivi diagnostici in vitro elencati nell'Allegato II, e aventi a che fare con i virus già conosciuti (HIV 1 e 2, HTLV I e II e dell'epatite B, C e D), si richiede la valutazione tecnica e di efficacia da parte di un Organismo Notificato, ovvero un organismo di validazione riconosciuto dalla EU. Ora, sappiamo dal Documento della Commissione Europea del 16 Aprile scorso che nessuno dei 78 modelli di test tampone in circolazione a quella data sono stati valutati o sottoposti a qualsiasi organismo di valutazione riconosciuto, e che addirittura ciò non sarebbe stato neppure possibile dato che quasi nessuno di quei 78 tamponi mette a disposizione una adeguata scheda tecnica, inclusa la specifica delle sequenze geniche utilizzate. Come è possibile? In fondo, il SARS Cov2 dovrebbe essere un virus anche più importante di quelli dell'epatite o dell'HIV, che non hanno mai portato alla chiusura dell'economia e della vita sociale di intere nazioni. E' possibile perché il Regolamento della Direttiva 98/79 CE elenca solo i virus suddetti, ed essendo il SARS Cov 2 un nuovo virus non è incluso.

Già, ma abbiamo appena visto che tale regolamento è stato abrogato dal regolamento del 2017, che a sua volta pone requisiti ancora più stringenti di quello precedente, richiedendo valutazioni preliminari di efficacia da parte di organismi di validazione riconosciuti per tutti i dispositivi diagnostici in vitro in cui rientrano anche i tamponi Covids-19. E allora perché sono stati autorizzati in commercio test tampone privi di qualsiasi validazione o anche solo valutazione preliminare, e addirittura privi delle specifiche sulle sequenze geniche utilizzate?

Perché l'Italia ha fatto scuola, e il motto "fatta la legge trovato l'inganno" è diventato motto europeo: **il Regolamento 2017/46 del 5 Aprile 2017 entrerà in vigore, per i dispositivi diagnostici in vitro, solo il 26 Maggio 2022!** E con questo i tamponi Covid-19 hanno goduto dell'interregno, non essendo inclusi, in quanto relativi a un virus nuovo, nel Regolamento del '98; e non essendo ancora sottoposti a un Regolamento del 2017 che li avrebbe messi tutti fuori legge, ma che non entrerà in vigore se non a metà del 2022!

La domanda che occorre porsi, e che non può non avere rilevanza anche giuridica, è: questi tamponi sono del tutto privi di valutazione e validazione, e sono in circolazione solo grazie al fatto che si è creato un vuoto normativo tra Regolamento del 1998, che limitava la lista dei virus solo a quelli conosciuti (ma che per analogia dovrebbe applicarsi anche ai nuovi emergenti) e Regolamento del 2017, che abroga quello del '98 ma non entra in vigore solo nel 2022; **se insomma questi tamponi Covid-19 sono utilizzati solo grazie ad una anomalia legislativa, e nel 2022 sarebbero del tutto illegali; è ammissibile che a tali tamponi, in vita per puro miracolo o distorsione giuridica, si affidino le sorti di intere nazioni e dell'intera economia mondiale?** Ovviamente no, non dovrebbe essere ammissibile, e se lo sarà, sarà solo perché la forma giuridica viene fatta prevalere sulla sostanza giuridica.

Veniamo però alla sostanza scientifica dei tamponi. Il primo argomento è che sono del tutto senza significato perché il virus non è mai stato isolato, e dunque non esiste nessun marker realistico che ne supporti l'azione. Questo è discorso che ho affrontato in dettaglio altrove; ma sembra che su questo punto le orecchie di chi dovrebbe intervenire tendono a restare chiuse (anche se noi continueremo a gridare la verità). Facciamo dunque finta che non sia questo il problema, che il virus sia stato isolato. Vedremo che anche da questo punto di vista, i tamponi restano del tutto inaffidabili e privi di significato.

La questione della mutazione del virus

Uno dei problemi fondamentali è la continua mutazione del virus. Come scrive lo stesso Istituto Superiore di Sanità (confermando quello che vado dicendo da sempre):

> "…il virus infatti può mutare e nuove sequenze nucleotidiche depositate nelle banche dati possono rivelare se queste mutazioni possano a loro volta rendere un particolare test meno efficace o **addirittura inefficace**…È importante puntualizzare che **per la diagnostica di questo virus emergente, con uno stato dell'arte in evoluzione**, **le reali prestazioni del dispositivo osservate possano differire rispetto a quelle determinate dallo studio iniziale delle prestazioni condotto dal fabbricante ai fini della marcatura CE**, in uno stato dell'arte precedente." [1]

[1] Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19, *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder ,* Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020, 23 Maggio 2020, p. 8

Come ho sempre sostenuto anch'io: se al GISAID, dove si raccolgono le sequenze geniche del SARS-Cov 2, ci sono oltre 70.000 sequenze diverse, e aumentano costantemente, **che valore ha un tampone messo a punto nel febbraio 2020 e utilizzato nel Luglio 2020, quando il virus era certamente modificato**?

Per capire ciò, basterebbe dire che la gran parte dei tamponi in circolazione sono stati strutturati (se lo sono stati) sul virus sequenziato dai Cinesi a Wuhan. Ma in Italia sono stati sia lo Spallanzani che il San Raffaele a fornire sequenziamenti genici diversi, ed entrambi, oltre a pseudo-isolare il virus con le stesse metodiche farlocche che ho descritto altrove[2], hanno subito messo in chiaro che si trattava di virus modificati rispetto a quello isolato in Cina[3]; e in uno studio organizzato da diversi centri medici italiani (Sacco, San Raffaele, etc.), quando hanno analizzato 59 campioni di liquido da pazienti Covid-19 da diversi centri del Centro e Nord Italia, hanno trovato una notevole mutazione, al punto da trovare :

> "*A mean of 6 nucleotide substitutions per viral genome was observed, without significant differences between synonymous and non-synonymous mutations, indicating genetic drift as a major source for virus evolution."*[4]
>
> *"Una media di 6 sostituzioni nucleotidiche per ogni genoma virale, senza differenze significative tra mutazioni sinonime e non sinonime, delineando così una deriva genetica come importante fonte dell'evoluzione del virus."*

Da questo studio si evince che non solo il virus muta da continente a continente, da nazione a nazione, ma addirittura da provincia a provincia, e di fatto da persona a persona! Ci sono dunque 7 miliardi di virus diversi che solo si assomigliano? Esiste un virus talmente magico da incorporare 7 miliardi di mutazioni? E soprattutto: a cosa serve, in questo quadro, un test tampone universale, che ha solo una o al massimo 3 sequenze geniche?

Come afferma lo stesso ISS, "…queste mutazioni possano a loro volta rendere un particolare test meno efficace o addirittura inefficace", e tuttavia nessuno, tra le autorità politiche o giuridiche, si preoccupa di verificare se i tamponi che sostengono e mantengono la pseudo-pandemia, siano o no corrispondenti alle innumerevoli mutazioni di questo super-virus!

La costante mutazione del SARS-Cov2, tale da renderlo di fatto irriconoscibile, è stata confermata anche a livello internazionale: un articolo americano, che include anche Robert Gallo tra gli autori, ha riscontrato decine di mutazioni crescenti nel tempo in parallelo con la presunta diffusione del virus

---

[2] https://www.byoblu.com/2020/09/12/lo-studio-in-esclusiva-su-byoblu-virus-mai-isolato-una-dittatura-basata-su-tamponi-non-convalidati-stefano-scoglio-candidato-premio-nobel-per-la-medicina-nel-2018/

[3] Capobianchi M.R. et al., *Molecular characterization of SARS-CoV-2 from the first case of COVID-19 in Italy*, Clin Microbiol Infect, 2020 Jul;26(7):954-956.

[4] Lai A. et al., *Molecular Tracing of SARS-CoV-2 in Italy in the First Three Months of the Epidemic,* Viruses 2020, 12, 798; doi:10.3390/v12080798.

dall'Asia all'Europa agli USA[5]; mentre un autore asiatico ha analizzato 85 diverse [6]sequenze genomiche SARS-Cov2 disponibili presso GISAID, e ha trovato ben 53 diversi ceppi SARS-Cov2 provenienti da varie aree della Cina, dell'Asia, dell'Europa e degli Stati Uniti.[6]

Insomma, **se il virus muta costantemente, allora il test tampone è inutile, perché va a cercare un virus sempre precedente** e sempre diverso rispetto a quello attualmente in circolazione. Basterebbe questo da solo per capire che **il tampone Covid-19 il test è completamente, al 100%, fallace!**

Questo è davvero ciò che accade nella realtà. Il "Drosten PCR Test" e il test dell'Institute Pasteur, i due test considerati i più affidabili (sebbene nessuno dei due lo sia stato convalidato esternamente), entrambi utilizzano un test del gene E, anche se il test di Drosten lo utilizza come test preliminare, mentre l'Institut Pasteur lo utilizza come test definitivo. Secondo gli autori del Drosten test, il test E-gene è in grado di rilevare tutti i virus asiatici, essendo così al contempo molto aspecifico (tutti i ceppi viruali) e limitato ad un'area geografica (Asia). Ancora, il test I**nstitute Pasteur, uno dei più adottati in Europa, utilizza il test E-Gene come test finale**, anche se è ormai noto che il virus (o virus) SARS-Cov2 che si ritiene circolino in Europa sarebbero diversi da quelli asiatici. E poi ad aprile, **l'OMS ha cambiato l'algoritmo "... raccomandando che da ora in poi un test può essere considerato positivo anche se solo il dosaggio del gene E** (che probabilmente rileverà tutti i virus asiatici!) dà un risultato positivo".[7] Insomma, **per OMS ed epigoni, tutto fa brodo pur di mantenere la tragica farsa della pandemia**!

La questione dei cicli (runs) della RT-PCR

Un'altro grave problema dei tamponi, che utilizzano la metodica della RT-PCR, è che l'affidabilità di tale metodica dipende dal numero di cicli (replicazioni) che vengono usati per trovare il virus SARS-Cov2. Prof. Stephen Bustin, una delle autorità mondiali di PCR, ha scritto in un recente articolo relativamente alla identificazione della presenza di SARS-Cov 2:

> "…the most widely used method is quantitative fluorescence-based reverse transcription polymerase chain reaction (RT-qPCR). Despite its ubiquity, there is a significant amount of uncertainty about how this test works, potential throughput and reliability."[8]

> "…il metodo più utilizzato è la Reazione a catena delle polimerasi quantitativa a trascrizione inversa basata sulla fluorescenza (RT-qPCR).

---

[5] Pachetti M. et al., *Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a!novel RNA-dependent RNA polymerase variant*, J Transl Med (2020) 18:179 https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6.

[6] Phan Tung, *Genetic diversity and evolution of SARS-CoV-2*, Infection, Genetics and Evolution, 81 (2020), 104260.

[7] Engelbrecht T, Demeter K., COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless, Jun 27 2020, p.21. https://off-guardian.org/2020/06/27/covid19-pcr-tests-are-sc

[8] Bustin S.A, Nolan T., *RT-qPCR Testing of SARS-CoV-2: A Primer,* Int. J. Mol. Sci. 2020, 21, 3004; doi:10.3390/ijms21083004, p. 1

Nonostante la sua ubiquità, c'è un significativo livello di incertezza su come funziona questo test, sulla sua potenziale produzione e affidabilità."

Probabilmente questo è dovuto anche e soprattutto alla questione dei cicli di PCR che vengono normalmente effettuati coi tamponi. In una intervista al compianto David Crow, prezioso ricercatore canadese, Bustin afferma:

"…the cycle number per se is not a good measure…most instruments, when you get above a cycle number of 35, then you start worrying about the reliability of your result…so, you want to be sure that your results are within the 20 to 30 cycles…"

"…il numero di cicli di per sé non è una buona misura…la maggioranza degli strumenti, **quando sali oltre il numero di 35 cicli, cominci a preoccuparti sull'affidabilità dei tuoi risultati**…quindi, vuoi assicurarti **che i tuoi risultati siano prodotti dai 20 a un massimo di 30 cicli**…".

E dato che la maggioranza dei tamponi sale fino e oltre i 40 cicli, Crow domanda a Bustin:

"…if you get up to 40 cycles, you could get a ghost, the PCR could string bases together casually…"

"…se sali a 40 cicli, potresti produrre un fantasma, la PCR può iniziare a raccordare assieme basi nucleotidiche in modo casuale…"

E Bustin risponde: "I would be very unhappy about 40 cycles…";

"Sarei molto scontento a 40 cicli…". [9]

Vediamo quindi quanti cicli vengono normalmente usati nei tamponi. Forse vi ricordate della recente polemica, alimentata dal dr. Remuzzi del San Raffaele, per cui i tamponi che trovano il virus solo con un'alto numero di cicli si riferiscono a casi di bassissima viralità, considerata non infettiva:

"Remuzzi riferisce che la positività nei tamponi dello studio del Mario Negri emergeva solo dopo 34-38 cicli di amplificazione. Ma più si amplifica, più il segnale si fa debole e incerto, facendo pensare a tracce di Rna virale ormai residuali e inattive. Niente infezione, insomma."[10]

Quest è in accordo con ciò che sostiene il Prof. Bustin: sopra i 35 cicli, l'affidabilità del tampone crolla, e al massimo, per salvare la baracca, si può sostenere che si

---

[9] David Crow, The Infectious Myth: https://infectiousmyth.podbean.com/e/the-infectious-myth-stephen-bustin-on-challenges-with-rt-pcr/

[10] Luca Carra, *Debolmente positivi: realtà o illusione?,* Internazionale, 23 Giugno 2020.

tratta di presenza di virus talmente debole da non essere più infettivo. La sostanza non cambia: **che il virus venga creato dalla PCR come un "fantasma", come sostengono Crow e Bustin, o che esso sia senza nessuna carica virale, perché si conti una a utilizzare questi risultati da tampone per terrorizzare la gente e prorogare vari tipi di lockdown?**

E che i tamponi utilizzino normalmente sopra i 35 cicli di PCR è confermato da questa tabella che riporta una serie di diversi tamponi e la media del loro numero di cicli :

Azienda	Nome prodotto	Numero prodotto	Gene		Cycle threshold
altona Diagnostics	RealStar® SARS-CoV-2 RT-PCR Kit 1.0	821003/ 821005	E	1–10	35.45
			S	1–10	35.99
CerTest Biotec S.L.	VIASURE SARS-CoV-2 Real Time PCR Detection Kit	VS-NC0112L VS-NC0212L	ORF1ab	10–50	35.16
			N	1–10	35.46
DAAN Gene Co. Ltd of Sun Yat-Sen University	Detection Kit for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) RNA (PCR-Fluorescence	DA0930-DA0932	ORF1	1–10	38.76
			N	1–10	36.97
BGI Health (HK) Co. Ltd	Real-time Fluorescent RT-PCR kit for	MFG030010	ORF1	1–10	32.43
Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise	Wantai SARS-CoV-2 RT-PCR Kit	WS-1248	ORF1ab	1–10	36.20
			N	1–10	37.12
Bioneer Corporation	AccuPower® SARS-CoV-2 Real-Time RT-PCR Kit	SCV-2122	E	10–50	35.85
			RdRP	10–50	36.18

KH Medical Co. Ltd	RADI COVID-19 Detection Kit	RV008	S	1–10	37.94
			RdRP	10–50	36.74
bioMérieux SA	ARGENE® SARS-COV-2 R-GENE®**[b]**	423720 (CE-IVD) 423717 (RUO)	N	10–50	36.44
			RdRP	10–50	32.44
EUROIMMUN AG	EURORealTime SARS-CoV-2**[c]**	MP 2606-0425	ORF1ab/N	1–10	37.88
Boditech Med. Inc.	ExAmplar COVID-19 real-time PCR kit (L)	UFPK-4	E	10–50	34.9
			RdRP	50–100	33.46
GeneFirst Ltd	The Novel Coronavirus (2019-nCoV) Nucleic Acid Test Kit	MPA-COVID19	ORF1	1–10	35.45
			N	1–10	36.72
PerkinElmer Inc.	PerkinElmer® SARS-CoV-2 Real-time RT-PCR Assay**[c,d]**	SY580	N	1–10	39,43
			ORF1	1–10	38,99
Primerdesign Ltd	Coronavirus COVID-19 genesig®	Z-Path-COVID-19-CE	RdRP	1–10	36.7
QuantumDx	QuantuMDx SARS-CoV-2 RT-PCR	Q22003	Orf1, N, S	1–10	36.8
R-Biopharm AG	RIDA®GENE SARS-CoV-2	PG6815RUO	E	1–10	37.99

Questa tabella riprende i primi 16 dei 22 tamponi analizzati e testati da FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics), un organizzazione spesso indicata anche dalle autorità sanitarie come un affidabile strumento per la valutazione degli

strumenti diagnostici. Come si vede dalla tabella da me ricostruita (per la tabella completa vedi: https://www.finddx.org/covid-19/sarscov2-eval-molecular/), a parte un paio di casi al limite, tutti gli altri utilizzano più di 35 cicli, a volte anche vicino ai 40. **E si consideri che queste sono le medie, il che significa che nel 30-35% dei casi si sale oltre i 40 cicli.**

E la cosa è confermata anche per il test Xpert Xpress di Cepheid, che la FDA americana ha ritenuto così importante e affidabile da emettere un'autorizzazione di emergenza[11], saltando tutti i passaggi di verifica. Ebbene, anche questo test così importante, adotta un numero di cicli eccessivo:

Tabella 3. Concordanza del test Xpert SARS-CoV-2 con i risultati attesi per concentrazione del campione

Concentrazione target	Numero di concordanti/numero di analizzati	Media Ct di E	Media Ct diN2	% concordanza [IC 95%]
2x LoD	20/20	35,4	38,4	100% [83,9% - 100%]
3x LoD	5/5	34,2	37,2	100% [NA*]
5x LoD	5/5	33,9	37,0	100% [NA*]
Negativo	30/30	NA	NA	100% [88,7% - 100%]

La media riferita al gene E, che è comunque aspecfifico e tipico di tuti i coronavirus, è attorno ai 34-35 cicli; ma la media riferita al gene N2, che dovrebbe essere più specifico del SARS-Cov2 (vedremo che non è così neppure per questo gene), si attesa **attorno a 37-38 cicli**!

Questo significa che nella maggioranza dei casi i tamponi danno o risultati fantasma, o se anche "beccano" il virus, lo trovano in uno stato talmente indebolito da non costituire più nessun pericolo. Questo significa anche che dunque **non c'è più nessuna motivazione per terrorizzare con lo spettro dei positivi asintomatici**, perché come minimo si tratta di individui incapaci di infettare alcunché. Ma la verità, come stiamo per vedere, è che i tamponi producono risultati senza nessun significato, risultati fantasma o comunque non indicativi della presenza del SARS-Cov 2 .

La questione della cross-reattività, o mancanza di specificità.

Prendiamo i tre più importanti modelli di test-tampone, utilizzati da molti dei tamponi circolanti, quello della OMS, quello tedesco-europeo del gruppo di Drosten, e quello del CDC americano. Quello della OMS, come abbiamo già visto altrove, è talmente a rischio di aspecificità (ovvero di cogliere col tamponi virus o particelle simil-virali diverse dal SARS-Cov2) che in uno dei suoi 3 primers (le sequenze geniche con cui si va alla ricerca del virus) c'è addirittura una sequenza genica tipica del DNA umano, quella del cromosoma 8:

[11] Kubina R, Dziedzic A, *Molecular and Serological Tests for COVID-19. A Comparative Review of SARS-CoV-2 Coronavirus Laboratory and Point-of-Care Diagnostics,* Diagnostics 2020, 10, 434; doi:10.3390/ diagnostics10060434, p. 6

Primers and probes

Name	Sequences (5'-3')	Length (bases)	PCR product size	Ref.
RdRp gene / nCoV_IP2				
nCoV_IP2-12669Fw	ATGAGCTTAGTCCTGTTG	17	108 bp	1
nCoV_IP2-12759Rv	CTCCCTTTGTTGTGTTGT	18		
nCoV_IP2-12696bProbe(+)	AGATGTCTTGTGCTGCCGGTA [5']Hex [3']BHQ-1	21		
RdRp gene / nCoV_IP4				
nCoV_IP4-14059Fw	GGTAACTGGTATGATTTCG	19	107 bp	1
nCoV_IP4-14146Rv	CTGGTCAAGGTTAATATAGG	20		
nCoV_IP4-14084Probe(+)	TCATACAAACCACGCCAGG [5']Fam [3']BHQ-1	19		
E gene / E_Sarbeco				
E_Sarbeco_F1	ACAGGTACGTTAATAGTTAATAGCGT	18	125 bp	2
E_Sarbeco_R2	ATATTGCAGCAGTACGCACACA	20		
E_Sarbeco_P1	ACACTAGCCATCCTTACTGCGCTTCG [5']Fam [3']BHQ-1	20		

1/ National Reference Center for Respiratory Viruses, Institut Pasteur, Paris.
2/ Corman et al. Eurosurveillance[1]

Qui il rischio di far venire il tampone positivo anche senza nessun virus presente è ovviamente molto alta, visto che tutti gli esseri umani possiedono quella sequenza CTCCCTTTGTTGTGTTGT come parte del loro corredo genico.

Il CDC americano utilizza invece altre sequenze geniche, relative al gene N del virus, quello del suo nucleocapside. Questa scelta di focalizzarsi sul gene N, nelle sue due versioni N1 e N2, è dovuto al fatto che il gene E "… also detects SARS-related coronaviruses"[12] ("rileva anche altri SARS-coronavirus"). Questo mostra come il tampone OMS possa, in aggiunta a legarsi al genoma umano, identificare altri coronavirus scambiandoli per il SARS-Cov 2.

Ma che garanzie ci sono che i geni N1 e N2 siano invece più specifici? Tutti i coronavirus hanno un nucleo-capside, e dunque geni del tipo N. Il CDC sostiene che il gene N2 è specifico del SARS-Cov2; ma anche su questo non c'è accordo, dato che per alcuni ricercatori non è così:

> "…we found out that only one of them (RdRP_SARSr-P2) was **almost specific for the new coronavirus** and **the other introduced probes would detect the other types of coronaviruses**. In this regard, the false-positive test results may extend for COVID-19"[13]

> "…abbiamo trovato che solo uno di loro (il gene RdRP-SARSr-P2) è quasi specifico per il nuovo coronavirus, mentre le altre "sonde" (sequenze geniche) rilevano anche altri tipi di coronavirus. Sotto questo aspetto, **i risultati con falsi positivi possono ampliarsi in rapporto al Covid-19."**

---

[12] Wagginer J et al., *Triplex Real-Time RT-PCR for Severe Acute Respiratory Syndrome* Coronavirus 2, Research Letter, Volume 26, Number 7—July 2020.

[13] Kakhki RK et al, *COVID-19 target: A specific target for novel coronavirus detection,* Gene Reports 20 (2020) 100740.

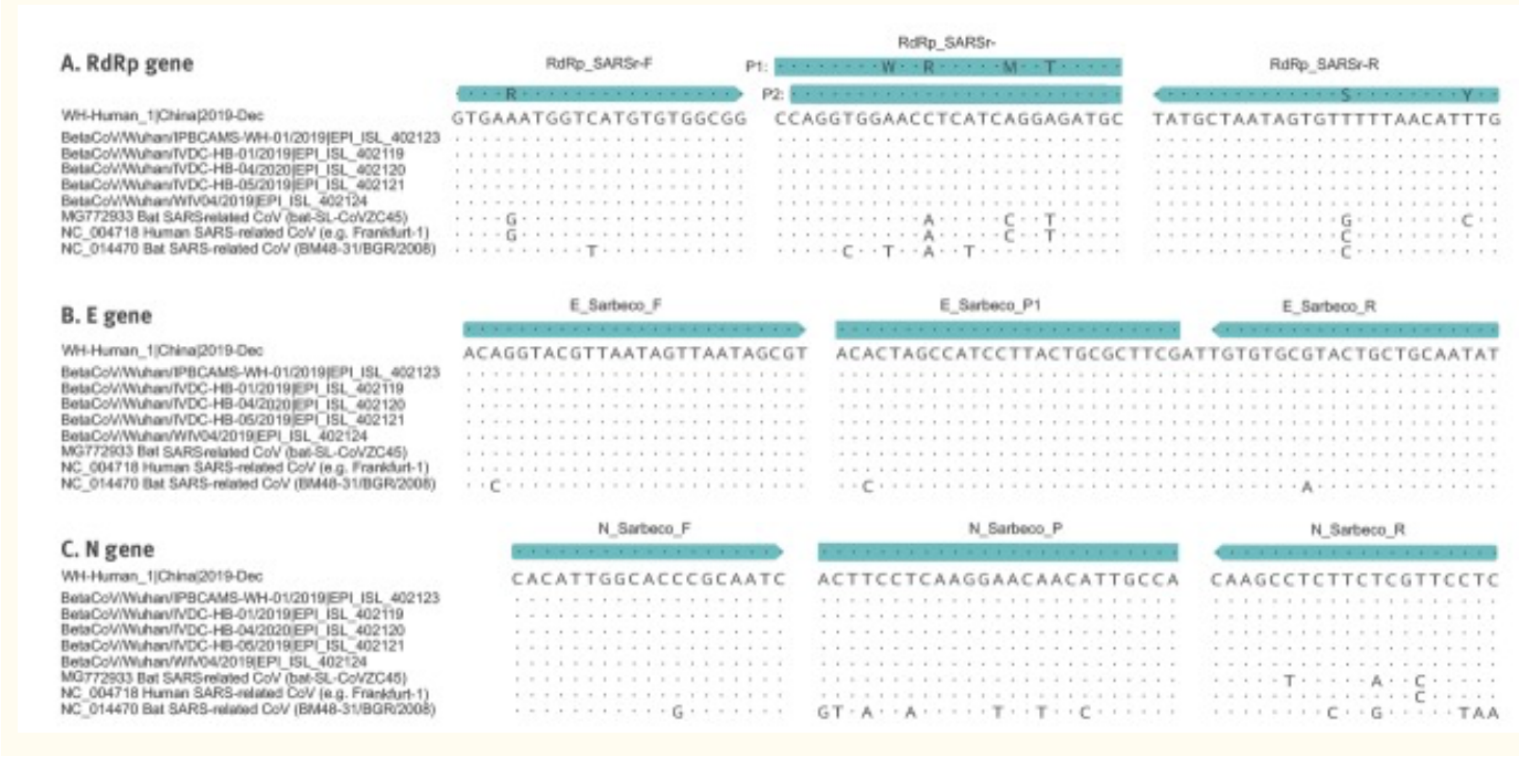
Ciò significa che non c'è alcuna sicurezza neppure sulla specificità del gene N2 usato dal modello della CDC, specie se si considera che appunto i geni N sono tipici di tutti i coronavirus. E si noti come gli autori, anche per il gene che ritengono specifico, lo definiscono "quasi" specifico, nel senso che anche quello non è completamente specifico!

E quando veniamo al test di Drosten, il test-tampone europeo, le cose diventano anche più evidenti. Innanzitutto, vediamo qui in modo apertamente dichiarato, che questi isolamenti e definizioni del virus sono tutte elaborazioni al computer, senza nessuna presenza fisica del virus:

> "The present report describes the establishment of a diagnostic workflow for detection of an emerging virus in the absence of physical sources of viral genomic nucleic acid."[14]

> "Il presente documento descrive la realizzazione di un processo diagnostico per il rilevamento di un virus emergente **in assenza delle fonti fisiche degli acidi nucleici genomici virali**".

Quindi qui l'astrazione dei tamponi dall'effettivo virus è dichiarata apertamente, e appare evidente anche dalla tabella delle sequenze geniche utilizzate dal gruppo di Drosten:



[14] Corman V et al, *Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR*, Euro Surveill. 2020 Jan 23; 25(3): 2000045, p.10.

Come si vede, il tampone di Drosten utilizza tutti e 3 i geni, E, N e RdRP. Ma se confrontiamo la sequenza genica del SARS-Cov 2 con quella del SARS-Cov originario (al penultimo posto nella lista), vediamo che:

- il gene E del SARS-Cov 2 è identico al 100% a quello del SARS-Cov1, e probabilmente a quello di tutti i SARS coronavirus (nella penultima riga non ci sono variazioni di lettere);
- Il gene N ha una sola variazione, una C invece di una T, al 15° posto della sequenza del Reverse primer. Questa è una variazione di appena 1/64esimo, ovvero di appena l'1.5%. Le possibilità di confusione e cross-reattività (rilevare un SARS virus diverso dal SARS-Cov2) è molto elevata.
- Il gene RdRP è l'unico che ha 5 variazioni su 64, di nuovo non una grande differenza, anche se meglio degli altri due (e per questo gli autori sopra lo hanno definito "quasi" specifico).

Insomma, in totale abbiamo una differenza di soli 6 nucleotidi su 214, una percentuale di appena il 2.8%. E per questo anche quando autori indipendenti hanno testato l'efficienza del test Drosten hanno concluso che il test dimostrava:

> "…a lot of cross-reactions with Coronavirus BtRs-BetaCoV (MK211374- MK211378), SARS coronavirus Urbani (MK062179-MK062184), Bat coronavirus (KY770858-KY770859), SARS coronavirus (AH013708-AH013709), and others".

> "…**elevata cross-reattività con i Coronavirus** BtRs-BetaCoV (MK211374- MK211378), SARS coronavirus Urbani (MK062179-MK062184), Bat coronavirus (KY770858-KY770859), SARS coronavirus (AH013708-AH013709, e con altri."

E anche il gene RdRP, che dovrebbe essere più specifico

> "…covers many coronavirus isolates, including Bat SARS-like Coronavirus (MG772904-MG772932), Rhinolophus pusillus Coronavirus (KY775091), Bat SARS-like Coronavirus (MG772903) and many others".

> "…copre **molti altri isolati di coronavirus**, inclusi Bat SARS-like Coronavirus (MG772904-MG772932), Rhinolophus pusillus Coronavirus (KY775091), Bat SARS-like Coronavirus (MG772903), **e molti altri**."[15]

Insomma, tutti i principali test-tamponi mancano di specificità, e sono affetti da un elevata cross-reattività, ovvero producono un elevata quantità di falsi positivi. Questa verità, che dovrebbe porre immediatamente fine alla follia della pseudo-pandemia spinta da questi tamponi farlocchi, è da ultimo, *last but not least*, apertamente confermata dallo stesso Istituto Superiore di Sanità, organismo del governo italiano.

---

[15] Kakhki RK et al, *COVID-19 target: A specific target for novel coronavirus detection,* Gene Reports 20 (2020) 100740.

ISS del Governo Italiano: in questa situazione epidemica, i test-tampone danno fino al 91% di falsi positivi!

Nel documento **Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder**, del 23 Maggio 2020, l'Istituto Superiore d Sanità fa una analisi già approfondita dei dispositivi test-tampone in circolazione, sottolineando la tensione esistente tra **sensibilità**, la capacità di rilevare quanto più RNA virale possibile, e la **specificità**, ovvero la necessità che tale RNA virale si riferisca solo al virus che si sta cercando, in questo caso il SARS-Cov2.

> "Un test molto sensibile nel rilevare il bersaglio di interesse ha maggiori probabilità di rilevare anche bersagli correlati ma distinti che non sono di interesse, vale a dire che può essere meno specifico."[16]

L'ISS spiega poi che tale tensione è modulata da un altro fattore, ovvero quello di "**prevalenza**". In ambito epidemiologico, la prevalenza descrive la **percentuale di popolazione affetta da una certa patologia**. Nel caso di una patologia presuntivamente virale come il Covid-19, la prevalenza indica quanti malati attuali di Covid-19 ci sono sul totale della popolazione.

Perché questo dato è importante in rapporto alla affidabilità dei test-tampone? Perché maggiore è la percentuale di popolazione affetta, maggior è la circolazione del virus, e quindi maggiore è la probabilità che il test-tampone rilevi effettivamente quel virus anziché altri, riducendo così il gap tra sensibilità e specificità.

L'ISS riprende una tabella che considera l'effetto della prevalenza sull'efficacia dei tamponi. La tabella è stata pubblicata da FIND, autorevole organizzazione internazionale già vista sopra; e così, il dato che emerge dalla tabella FIND, accettato e riproposto dal'ISS, ha valore non solo per l'Italia, ma per tutto il mondo.

Scrive l'ISS a introduzione della Tabella:

> "Nella tabella che segue, tratta dal documento Rapid diagnostic tests for COVID-19[17], viene mostrato con un esempio numerico come la **capacità di identificare correttamente i positivi (colonna PPV)** sia correlata sia alla **sensibilità e specificità** del test, sia alla **prevalenza** del marcatore nella popolazione target, esemplificata da quattro coorti di

[16] Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19, *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder ,* Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020, 23 Maggio 2020, p. 6.

[17] FIND, *Rapid Diagnostic Tests for Covid-19*: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/05/FIND_COVID-19_RDTs_18.05.2020.pdf

1.000 individui con quattro diversi valori di prevalenza: 2%, 5%, 10% e 30%. “

Quindi, la capacità del test di rilevare correttamente la presenza del virus dipende da 3 fattori, tutti considerato nella tabella, ovvero **sensibilità** e **specificità**, ma alla luce della prevalenza; e la Tabella prende in considerazione 4 livelli di **prevalenza**: 2%, 5%, 10% e 30%. Prima di vedere la Tabella, vediamo a quale dei quattro gruppi appartiene la situazione Italiana (e di riflesso anche quella degli altri paesi, in cui il livello di prevalenza non si discosta molto da quello italiano). Quello che segue è la situazione Covid-19 in Italia al 25 Settembre 2020:

Il numero da considerare è quello degli attuali positivi, ovvero **47,718, che rappresenta appena lo 0.079% della popolazione italiana**, assai distante persino dal livello più basso del 2%. Anche se volessimo esagerare, e prendere in considerazione il totale dei casi che ci sono stati dall’inizio a oggi, avremmo che il numero di 306,235 è pari allo 0.5% della popolazione italiana. Utilizzare questo secondo numero è statisticamente del tutto errato, ma l’ho fatto per sottolineare come neppure prendendo tutti i casi Covid-19 ufficiali (cioè CON Covid e non PER Covid) emersi dall’inizio della pseudo-pandemia ad oggi, si arriverebbe neppure lontanamente al 2% della popolazione. Vediamo finalmente la Tabella:

Cohort	Pre-test probability (prevalence)	Sensitivity	Specificity	Cases	Non-cases	True positive (TP)	False negative (FN)	True negative (TN)	False positive (FP)	PPV	NPV
High performance											
1,000	2.0%	95%	98%	20	980	19	1	960	20	49.2%	100%
1,000	5.0%	95%	98%	50	950	48	2	931	19	71.4%	100%
1,000	10.0%	95%	98%	100	900	95	5	882	18	84.1%	99%
1,000	30.0%	95%	98%	300	700	285	15	686	14	95%	98%
Mid performance											
1,000	2.0%	85%	90%	20	980	17	3	882	98	14.8%	100%
1,000	5.0%	85%	90%	50	950	43	8	855	95	30.9%	99%
1,000	10.0%	85%	90%	100	900	85	15	810	90	48.6%	98%
1,000	30.0%	85%	90%	300	700	255	45	630	70	78%	93%
Low performance											
1,000	2.0%	75%	85%	20	980	15	5	833	147	9.3%	99%
1,000	5.0%	75%	85%	50	950	38	13	808	143	20.8%	98%
1,000	10.0%	75%	85%	100	900	75	25	765	135	35.7%	97%
1,000	30.0%	75%	85%	300	700	225	75	595	105	68%	89%

Il numero decisivo è il PPV, ovvero la capacità del test di rilevare effettivamente il virus. I numeri che ci interessano sono quelli legati al livello del 2%, che nel caso dell'Italia è in realtà molto più basso, assestandosi attorno allo 0.1%. Questo significa che i numeri di questa Tabella sono addirittura ottimisti, anche al livello del 2%, e più avanti faremo anche la proiezione della Tabella sul livello dello 0.1%.

Intanto, qui vengono considerati 3 modelli di tampone: quelli ad alta performance, a media performance, e a bassa performance. Al livello di prevalenza del 2%, questi sono i livelli di veri e falsi positivi dati dai tamponi:

Livello	Veri positivi	Falsi positivi
2% Alta performance	49.2%	**50.8%**
2% Media performance	14.8%	**85.2%**
2% Bassa performance	9.3%	**90.7%**

Quindi, nella migliore delle ipotesi, i tamponi danno il 50% di falsi positivi, e nella peggiore delle ipotesi danno quasi **il 91% di falsi positivi**! Mediamente, possiamo dire che i tamponi danno l'85,2% di falsi positivi!

In tutti i casi, l'Istituto Superiore di Sanità certifica che i tamponi sono del tutto inaffidabili! Ci sarà qualche politico che avrà voglia di ascoltare questa verità ufficiale, che più ufficiale non si può?

Qual'è il numero più probabile tra il 50% e il 91% di falsi positivi? Avendo visto in precedenza la inaffidabilità delle sequenze geniche dei principali tamponi, e soprattutto il fatto che tutti utilizzano più di 35 cicli di PCR, e dunque che i tamponi non possono che essere a bassa performance, **il numero più realistico è il 91% di falsi positivi**! Ma **se anche fossero una via di mezzo, ad esempio il risultato della "media performance" dell'85%, le cose non cambierebbero**. I tamponi sono del tutto inaffidabili, lo afferma lo stesso Istituto Superiore di Sanità e un'organizzazione autorevole internazionalmente come FIND: **cosa si aspetta a far cessare la tragica farsa dei tamponi e dei positivi asintomatici?**

E qui veniamo all'ultima considerazione, anche se non sarebbe neppure necessaria. I numeri che abbiamo visto si riferiscono al livello di prevalenza del 2%; ma in Italia oggi il livello è dello 0.1%. Un adeguato aggiustamento statistico richiederebbe un lavoro ad hoc. Ma se consideriamo che nel passaggio dal 30% di prevalenza al 2% (riduzione di 15 volte) i valori si riducono dal 95% al 49.3%, ovvero di circa la metà (50%); possiamo ragionevolmente valutare che passando dal 2% allo 0.1% (riduzione di 20 volte), i valori subiscano come minimo lo stesso dimezzamento. Questo significa che il range dei **falsi positivi passa dal 50.3 al 75% nella migliore delle ipotesi**; e **dal 90.7 al 95% circa nella peggiore delle ipotesi**.

Una ragione ancora più convincente per gridare con forza: BASTA CON LA TRUFFA DI QUESTA FALSA PANDEMIA, che genera una prevalenza di appena lo 0,1% (mentre i modelli parlano di prevalenze fino al 30%!); e che si regge su tamponi che, **secondo l'autorevole opinione di FIND ripresa dallo ISS italiano, producono fino al 95% di falsi positivi**!