

COVID-19

La catastrofe provocata
dal virus che non c'è



Fabio Franchi

Fabio Franchi

COVID-19
La catastrofe provocata
dal virus che non c'è

Pubblicato in proprio

ISBN | 978-88-31699-05-1

Titolo | COVID-19 La catastrofe provocata dal virus che non c'è

Autore | Fabio Franchi

Copertina realizzata da Barbara Todisco

© ottobre 2020. Tutti i diritti riservati all'Autore

Questa opera è pubblicata direttamente dall'Autore e l'Autore detiene ogni diritto della stessa in maniera esclusiva. Nessuna parte di questo libro può essere pertanto riprodotta senza il preventivo assenso dell'Autore.

Trieste



Autore: Fabio Franchi, medico chirurgo, già Dirigente Medico Ospedaliero, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva ed in Malattie Infettive. La sua impostazione è di tipo tradizionale. Si è occupato nel corso del tempo, ed al di fuori della sua attività strettamente professionale, di alcuni argomenti controversi in medicina. Il suo riferimento è la EBM, cioè la Medicina

Basata sulle Prove.

Ha pubblicato nel 1996, assieme al prof Luigi De Marchi, il libro *“AIDS, la grande truffa”*, edizioni SEAM. Nel 2003, assieme al prof Euro Ponte ed al dr. Nicola Fiotti *“Fondamenti di Metodologia Clinica”*, Edizioni PMS. Nel 2019: *“Vaccinazioni di massa: successo o fallimento?”* Edizioni Youcanprint.

SINOSI

COVID-19: una pandemia programmata da tempo e causata da un virus che non ha neppure bisogno di esistere

I cinque punti distintivi delle tesi esposte sono:

- 1) La definizione di malattia è estremamente elastica, dotata di capacità “fagocitaria”. Infatti ingloba e prevale su ogni altra patologia (e pure l'assenza di patologie) se il test risulta positivo.
- 2) È realizzata con l'uso di test non validati e non standardizzati. In una parola: fasulli.
- 3) Vi è la mancanza della dimostrazione del nesso causale tra la positività al tampone (PCR, equiparata a presenza virale) e malattia (sia essa polmonite interstiziale bilaterale, che sindrome influenzale).
- 4) Vi è pure la mancanza di dimostrazione che il test positivo alla PCR individui un nuovo virus chiamato SARS-CoV-2.
- 5) Le statistiche sono pesantemente manipolate e gonfiate.

Indice

Glossario:.....	8
Avvertenze.....	9
Riassunto	10
Presentazione	11
Quali sono i presupposti che permettono di capire quanto è successo?	15
Quale fiducia possiamo riporre nella “comunità scientifica”? ..	18
PRIMA PARTE	22
La preparazione della popolazione	22
La creazione della COVID-19 e la sua accettazione.....	26
La teoria virale e le sue caratteristiche	28
Teoria virale come la conosciamo	28
Definizione operativa dell'OMS	30
Cosa si dà per scontato e cosa ci si deve aspettare dalla teoria virale (“nuova epidemia da nuovo virus”)?.....	32
Isolamento ed identificazione dell'agente patogeno	32
Test affidabili?	34
Positività in tutti (o quasi) i casi di COVID-19?	34
La relazione causale è stata dimostrata?	35
Ulteriori osservazioni.....	36
C'erano polmoniti anche prima dell'arrivo del “SARS-CoV-2”?	36
Le rianimazioni soffrivano perché sotto dimensionate anche gli anni scorsi?	37
Le DIC in pazienti con insufficienza respiratoria erano un fenomeno sconosciuto?	37

Le previsioni sulla cui base l'OMS ha emanato le sue raccomandazioni	38
Letalità elevata?	39
Diffusione pandemica: previsioni versus realtà	40
Analisi e discussione dei diversi grafici	41
Italia	42
Giappone	43
Svezia	44
Bielorussia	46
Inghilterra	47
USA	48
Spagna	49
Le statistiche riflettono la realtà?	50
La cronaca ci aiuta a capire	53
Statistiche gonfiate e manipolate	61
Strabilianti conferme sulla fallacità dei test.....	65
La questione del virus ingegnerizzato scappato al laboratorio .	68
Puntualizzazioni sui test (i "tamponi")	70
Allarme aumento CONTAGI.....	70
Gli esami anticorpali.....	74
CONCLUSIONE (sull'uso dei test)	77
Le mascherine di carnevale	77
La prova provata della presa per il naso (sulla utilità della vaccinazione antinfluenzale nel contesto dell'attuale pandemia)	80
SECONDA PARTE	84

“Pandemia” di COVID-19: analisi critica	84
Sommario	84
Abbreviazioni	85
Nota importante!	86
Premessa	87
La definizione di “caso” di COVID-19	87
Prove a supporto di una riclassificazione di malattie note	89
La dimostrazione di causa ed effetto	92
Le previsioni secondo la teoria virale	92
Considerazioni ulteriori sulle modalità di diagnosi.....	93
Confronto tra TAC toracica e “tampone”	94
Altri studi a supporto di quanto affermato.....	97
Premesse per la valutazione del significato dei test (sierologia e PCR)	98
Quattro sono le situazioni possibili	100
Esame dei test sierologici (anticorpali)	101
Ricapitolando	104
Stime di prevalenza in Italia	105
Esame del test (RT-PCR)	108
Come hanno proceduto nella preparazione del test(RT- PCR)	109
Cosa avviene nel laboratorio (tratto da David Crowe)....	110
I risultati anomali sono la regola	114
Isolamento virale (generalità)	115
Asseriti isolamenti del SARS-CoV-2	120
Ulteriore prove a dimostrazione dell’incertezza interpretativa	127

Considerazioni riassuntive sull'isolamento virale	135
Possibili significati del test.....	136
Come spiegare l'epidemia	137
Conclusione	138
Riconoscimenti	139
APPENDICE - 1	140
Confutazione delle tesi del prof Paolo Bellavite	140
Prosecuzione della discussione con il prof Bellavite	148
CONCLUSIONE (riguardo le contestazioni del prof Bellavite)	150
APPENDICE 2	152
Confutazione delle tesi della dott.ssa Loretta Bolgan	152
Bibliografia	155

Glossario:

Contagio: Trasmissione di una malattia da un individuo all'altro per contatto diretto o indiretto.

Letalità: tasso di decessi commisurato al numero di infettati.

Infezione: Penetrazione di microrganismi patogeni (batteri, miceti e virus) nell'organismo e loro moltiplicazione locale o sistemica. Non tutte le infezioni sono contagiose.

Mortalità: numero assoluto o relativo di decessi avvenuti per la determinata malattia in un tempo definito (anno) e in una determinata popolazione.

IgG: classe di anticorpi più tardivi e persistenti, assicurano la protezione di una durata. Sono specifici verso determinati antigeni (contro il morbillo, contro la rosolia, ecc).

IgM: classe di anticorpi più precoci che durano in circolo 3-5 mesi, costituiscono la prima linea di difesa. Specifici verso determinati antigeni.

Rt ed R0: Rt descrive il tasso di contagiosità dopo l'applicazione delle misure atte a contenere il diffondersi della malattia. R0 indica la trasmissibilità nella fase iniziale dell'epidemia.

Avvertenze

Il peggioramento rapido della situazione nazionale ed internazionale e l'incalzare di una censura sempre più pesante mi portano a pubblicare questo libro in un modo un po' frettoloso, perciò troverete delle carenze e delle ripetizioni. Sono stati scelti solo alcuni argomenti che ritengo cruciali. La versione cartacea, che spero possa seguire, sarà più accurata e rifinita. Dopo il Riassunto e la Premessa, ho voluto separare la PRIMA PARTE, scritta in modo più discorsivo, dalla SECONDA PARTE in cui riproduco, con delle correzioni ed aggiunte, un lavoro che avevo reso pubblico in giugno (a sua volta una versione ampliata della mia prima dimostrazione che il SARS-CoV-2 non fosse stato isolato ¹).

Ad essa sono state aggiunte due appendici, in cui viene prolungata la discussione sull'isolamento, poiché erano state portate delle obiezioni da parte del prof Paolo Bellavite e dalla dottoressa Loretta Bolgan. Per una miglior comprensione diretta del testo, intenzionalmente non ho tolto dalla seconda parte e dalle appendici sezioni e ragionamenti già sviluppati, seppur in altro modo, anche nella prima.

Nella prima parte le note saranno a piè pagina, nella seconda parte invece si troveranno alla fine del documento.

¹ <http://www.sspp.it/covid-colpevole-senza-regolare-processo-ff/> 3 aprile 2020.

Riassunto

Il libro si sviluppa in due parti principali. La prima copre alcuni aspetti e caratteri generali, la seconda è più tecnica e riservata a chi voglia approfondire.

Viene fatto il tentativo di focalizzare il problema sotto una prospettiva più ampia.

Appare evidente che venga perseguito un programma globale, guidato dall'OMS, che a sua volta è guidata da privati ed influenzata dagli interessi delle Case Farmaceutiche e produttrici di kit diagnostici. Vengono identificati i veri obiettivi dell'operazione di assoggettamento delle popolazioni.

Negli anni passati vi è stata una sapiente preparazione del terreno.

L'attuale pandemia globale risulta costruita a tavolino, grazie ad una definizione che si presta ad improprie estensioni.

Dal punto di vista propriamente scientifico la teoria è falsificata sotto ogni aspetto.

Vi è alla base di tutta l'operazione l'utilizzo esteso di test non validati e non standardizzati.

Manipolazioni statistiche, rese evidenti dall'esame attento della epidemiologia, svelano come l'attuale diffuso timore sia infondato per i numeri comunque esigui e perciò non siano giustificati i provvedimenti adottati. Segue l'analisi dei grafici relativi ad alcune nazioni, a scopo esemplificativo.

La gravità della malattia spacciata per nuova risulta irrisoria dal punto di vista sociale nonostante le statistiche gonfiate.

Le misure di contenimento sono poco serie e sembrano avere una funzione educativa di soggiogamento.

Presentazione

Penso che il paragone più calzante di quello che ci sta succedendo l'abbia trovato John Ioannidis ancora nel marzo di quest'anno. L'insigne studioso, esterrefatto per le reazioni spropositate ai numeri esigui della epidemia montante, disse all'incirca così: *“è come un elefante che per paura del graffio di un gattino salta di lato e precipita in un burrone”*².

Quanto previsto sta avvenendo. Il martellamento propagandistico che ci ha perseguitato ogni santo giorno continua da nove mesi ormai. Non è successo solo a noi, ma in particolare a noi italiani.

Tocca affrontarlo ancora poiché, pur trattandosi dell'ennesima bufala mondiale, l'operazione ha avuto finora pieno successo. Quelle precedenti, per esempio l'avaria nel 2005, la suina nel 2009-2010, lo Zika come causa della microcefalia nel 2015-2016 - e che si sono risolte con flop clamorosi! -, sono stati realizzati dagli stessi operatori di oggi. Avremmo dovuto essere più prudenti e meno disponibili alla fiducia incondizionata. Purtroppo la popolazione generale (e soprattutto i giornalisti!) hanno la memoria di una cavalletta. La categoria medica e quella degli “scienziati” (nel loro complesso) sono complici attive. Quest'ultima montatura è riuscita pienamente nello scopo titanico di cambiare radicalmente e forse permanentemente le nostre vite, di compromettere gravemente numerose realtà sociali ed economiche. Il fatto che ciò si verifichi in quasi tutto il mondo conferma che si tratti di un complotto ben orchestrato ad altissimi livelli.

² Ioannidis J. A fiasco in the making? <https://bit.ly/3jOjUM8> 17 March 2020.

I suoi effetti peggiori devono ancora arrivare, la morsa si è solo apparentemente allentata nei mesi estivi del 2020, ed è pronta a stringersi ancora prossimamente.

Troppo pochi capiscono. La Cina ha ripreso in pieno sue attività commerciali come prima e con poche limitazioni. La grande distribuzione si è estesa a dismisura a spese dei piccoli. La maggioranza delle nostre attività produttive, ancora imbavagliate ed impacciate da mille legacci, saranno fatte fuori, velocemente. Le scuole è iniziata con premesse a tal punto insostenibili, che verrà chiusa a breve. Già alla fine della prima settimana, oltre 70 scuole erano state bloccate.

Le nostre libertà e diritti sanciti dalla Costituzione saranno tagliati sempre più grazie alla scusante di essere in una emergenza che non finisce mai.

Se c'è ancora qualche flebile speranza di venirne fuori, urge capire in fretta il disegno globale e sottrarsene.

Il disegno nella sua essenza è stato tracciato già anni fa da Attali e Rockefeller. L'han detto a chiare lettere, ed hanno mantenuto la parola.

Jacques Attali nel 2009 scrisse: *“Una piccola pandemia permetterà di instaurare un governo mondiale”*.³

³ Maurizio Blondet <https://bit.ly/338YFPp> Era il maggio 2009, e la pandemia che spaventava era quella della SARS, che diede tante speranze e poi invece risultò loffia. Jacques Attali, intervistato da L'Express, pontificò:

“La storia ci insegna che l'umanità evolve significativamente soltanto quando ha realmente paura: allora essa inizialmente sviluppa meccanismi di difesa; a volte intollerabili (capri espiatori e totalitarismi); a volte inutili (distrarsi); a volte efficaci (misure terapeutiche, che scartano se necessario tutti i principi morali precedenti). Poi, una volta passata la crisi, trasforma

Nel 2010, la Fondazione Rockefeller in un suo documento “Scenarios for the Future of Technology and International Development”⁴, anticipava una possibile epidemia con queste parole:

*“Nel 2012, la pandemia che il mondo aspettava da anni finalmente ha colpito. A differenza dell’H1N1 del 2009, questo nuovo ceppo influenzale – proveniente da oche selvatiche – era estremamente virulento e mortale. Anche le nazioni più preparate alla pandemia sono state rapidamente sopraffatte quando il virus si è diffuso in tutto il mondo, infettando quasi il 20% della popolazione globale e **uccidendo 8 milioni in soli sette mesi**, la maggior parte dei quali giovani adulti sani. La pandemia ha avuto anche un effetto mortale sulle economie: la mobilità internazionale delle persone e delle merci si è arrestata stridendo, debilitando industrie come il turismo e interrompendo le catene di approvvigionamento globali. Anche i negozi e gli edifici di uffici normalmente affollati a livello locale sono rimasti vuoti per mesi, privi di dipendenti e clienti.”*

Ancora: *“Durante la pandemia, i leader nazionali di tutto il mondo hanno mostrato la loro autorità e **imposto regole e restrizioni ermetiche**, dall'obbligo di indossare maschere per il viso ai controlli della temperatura corporea all'ingresso di spazi comuni come stazioni ferroviarie e supermercati. **Anche dopo che la pandemia è svanita, questo controllo e supervisione più autoritaria dei cittadini e delle loro attività si è mantenuto e si è persino intensificato.***

questi meccanismi per renderli compatibili con la libertà individuale ed iscriverli in una politica di salute democratica.”

⁴ Rockefeller Foundation and the Global Business Network. Scenarios for the Future of Technology and International Development (2010).

Le pandemie sono il pensiero fisso di certi miliardari: Bill Gates ne prevede una influenzale imminente nel 2015 ⁵, poi nel 2018 una futura con 33 milioni di morti ⁶ in sei mesi. Poi nel 2019, attraverso l'Event 201 ⁷, da lui finanziato, ne prospettò con assoluta sicurezza una con 65 milioni di morti in 18 mesi (da qui si intuisce il desiderio di prolungare la attuale per molto tempo ancora) Il refrain era sempre lo stesso: *“Non sappiamo quando arriverà, sappiamo solo che arriverà. Dobbiamo essere pronti”*. Ed è arrivata, quello era l'importante, mentre è del tutto influente il fatto che la letalità e la mortalità reali siano irrilevanti al confronto degli scenari menzionati. I medici ed i ricercatori hanno lasciato con deferenza che un esperto in informatica rubasse loro il campo e li guidasse prendendoli per il naso.

Per inciso, questo avviene in un'epoca in cui le malattie infettive virali non rappresentano affatto un problema di salute pubblica, per lo meno nel mondo sviluppato.

Insomma, la popolazione è stata preparata grazie ad un condizionamento ottenuto con questi mezzi e pure con film che hanno ripercorso gli stessi scenari.

⁵ Gates at Ted2015. La prossima epidemia? Non siamo pronti:
<https://bit.ly/2GagRip>

⁶ Bill Gates Innovation for Pandemics. N Eng J Med 2018; 378;22: 2058-60.

⁷ John Hopkins School for Public Health, the World Economic Forum and Bill & Belinda Gates Foundation. PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE A CALL TO ACTION (A global pandemic exercise).

Quali sono i presupposti che permettono di capire quanto è successo?

Cercherò di spiegarlo in un modo più chiaro possibile. Parlerò dell'aspetto più propriamente medico, tenendo ben presente che è solo una tessera del grande mosaico. Una sola tessera che però è la leva che sorregge tutta l'operazione.

A scanso di equivoci, il mio riferimento sarà costituito dal metodo scientifico o EBM (Evidence Based Medicine, o Medicina Basata sulle Prove), il che comprende il rispetto delle regole logiche.

Supporterò le mie affermazioni con un'ampia bibliografia e citazioni estese.

Partiamo dalla convinzione che una teoria deve essere ben definita, avere dei limiti precisi, deve permettere di fare delle buone previsioni. Deve essere falsificabile, perciò non deve essere vaga, il che permetterebbe così le eccezioni più disparate. In altre parole non deve essere buona qualsiasi cosa succeda (che è una caratteristica del discorso circolare, e che si situa al di fuori di quello propriamente scientifico). Eppure lo constatiamo ogni giorno: le notizie incalzanti e contraddittorie che arrivano in continuazione sembrano proprio avere la funzione di stupire, scompaginare e paralizzare le capacità critiche delle persone, oggetto di tale inusitato bombardamento mediatico, senza requie.

L'eccesso di informazioni - filtrate in modo strumentale - ha quello scopo. Paradossalmente ciò fa poca differenza con una mancanza di informazione.

Farò un esempio: su PubMed (database delle pubblicazioni scientifiche revisionate) sono stati pubblicati fino ai primi di settembre 52.000 lavori sulla COVID-19. Poniamo che uno voglia leggerseli tutti dedicando ad ognuno di essi 15 minuti, per sette

ore al giorno. Ci vorranno oltre cinque anni senza un giorno di riposo per portare a termine il compito, ed in quei cinque anni magari saranno pubblicate altre decine e decine di migliaia di altri lavori. È un compito inumano, semplicemente. Per confronto i lavori pubblicati su Zika, ritrovabili su PubMed sono stati 8.300 (dal 2015 al 7 settembre 2020). Sull'HIV/AIDS 368.000 in 36 anni, con una media di 10.200 all'anno.

Tale consapevolezza facilmente intimidisce lo studioso che aspiri ad approfondire la materia per conto suo e voglia avanzare qualche critica: di fronte ad una tale mole è facile temere di farsi sfuggire qualcosa di importante.

lo stesso John Maddox diceva ⁸ che un esagerato accumulo di dati si verificava a scapito di un approfondimento razionale di quelli utili, relativamente pochi. Era il 1988! Poi la situazione è peggiorata in modo quasi esponenziale: le riviste specialistiche e le pubblicazioni si sono moltiplicate.

Duesberg, nel suo libro racconta come il settore si sia sviluppato in modo abnorme. Era il 1996.

*“Un numero crescente di scienziati significa che molti più articoli vengono pubblicati su riviste scientifiche, con la posta in gioco di pubblicare o morire (publish or perish!) in costante aumento. Secondo un riassunto, “La prima rivista scientifica ... iniziò la pubblicazione nel 1665. Nel 1800 c'erano 100 riviste; nel 1900, 10.000 riviste; oggi [1969], più di 100.000.” Nel 1986, un totale illeggibile di quasi 140.000 articoli venivano pubblicati ogni anno solo da scienziati statunitensi, circa un terzo del totale mondiale.”*⁹

⁸ Maddox John. Finding wood among trees. Nature 1988; 355:11.

⁹ Peter Duesberg and Bryan J. Ellison *Inventing the AIDS Virus*. REGNERY PUBLISHING, INC. Washington, D.C. 1996 (pp 64-66). “Quando l'American Association for the Advancement of Science fu fondata nel 1848, contava

Da allora c'è stato ... il diluvio! Nel 2018 eravamo arrivati a 2 milioni di articoli pubblicati all'anno ed un numero non noto di riviste¹⁰.

La quantità è schiacciante. Facile in questa situazione decidere di farsi guidare dal mainstream, dalla "Comunità Scientifica".

461 scienziati come membri. Ha poi raggiunto i 36.000 membri durante la seconda guerra mondiale e ne ha già superati i 100.000 negli anni '60. Oggi vanta circa 135.000 membri ed è solo una delle tante associazioni scientifiche in crescita. L'Accademia Nazionale delle Scienze, di cui l'appartenenza ancora oggi è un onore unico riservato a pochi scienziati, iniziò nel 1863 con 50 membri. Quei ranghi sono aumentati oltre i 600 a metà degli anni '60 e ora si attestano a 1.650. Il numero totale di dottorati in scienze assegnati ogni anno è aumentato da meno di 6.000 nel 1960 a quasi 17.000 nel 1979. A metà degli anni Ottanta, i ranghi di PhDs e MDs, dottori in scienze o ingegneria erano aumentati a 400.000, una cifra che per decenni è cresciuta molto più velocemente dell'occupazione nazionale. Di conseguenza, "su otto scienziati che sono mai vissuti [nella storia del mondo], sette sono vivi oggi [nel 1969]"; statistiche simili sarebbero valide oggi. Né la pressione per un'ulteriore espansione è diminuita fino a tempi molto recenti, come evidenziato in una dichiarazione politica del 1990 dell'Associazione delle università americane che fa riferimento a una "imminente carenza di dottorato. Solo nell'ottobre 1995 la rivista Science per la prima volta iniziò a preoccuparsi per l'imminente eccesso di dottorati di ricerca americani.

Eppure non possiamo trovare tra loro gli otto moderni Galileos, Plancks, Einstein, Kochs, Pasteurs o Mendels che queste statistiche prevedono.

Un numero crescente di scienziati significa che molti più articoli vengono pubblicati su riviste scientifiche, con la posta in gioco di pubblicare o morire (publish or perish!) in costante aumento. Secondo un riassunto, "La prima rivista scientifica ... iniziò la pubblicazione nel 1665. Nel 1800 c'erano 100 riviste; nel 1900, 10.000 riviste; oggi [1969], più di 100.000." Nel 1986, un totale illeggibile di quasi 140.000 articoli venivano pubblicati ogni anno solo da scienziati statunitensi, circa un terzo del totale mondiale."

¹⁰ Philip G Altbach and Hans de Wit. Too much academic research is being published. 07 September 2018. University World News.
<https://bit.ly/34xwNnq>

E così arriva la fregatura.

Quale fiducia possiamo riporre nella “comunità scientifica”?

Già nel 2005 il noto statistico epidemiologo John Ioannidis scriveva che gran parte degli studi pubblicati sono falsi e che il risultato di molti esperimenti non è replicabile.¹¹

Richard Horton gli fece eco nel 2015: *“metà della letteratura scientifica potrebbe essere falsa”*.¹²

Tale situazione marasmatica concernente le pubblicazioni scientifiche è stata ripresa anche dall'ex direttore di JAMA George Lundberg più recentemente¹³: *“Studi medici sciatti e risultati irriproducibili”*. *“Questo è un problema enorme; richiede un enorme cambiamento nei valori, nei processi e nelle ricompense e deve essere fatto. Il momento per iniziare è adesso”*.

¹¹ Ioannidis JPA. Why Most Published Research Findings Are False. PLoS Med 2005;2(8): e124.

¹² Richard Horton. Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? 11 April 2015. www.thelancet.com. Available from: <https://bit.ly/2GuSWLi>.

“Il processo contro la scienza è semplice: gran parte della letteratura scientifica, forse la metà, potrebbe semplicemente non essere vera. Afflitta da studi con campioni di piccole dimensioni, piccoli effetti, analisi esplorative non valide e flagranti conflitti di interesse, insieme a un'ossessione per perseguire tendenze alla moda di dubbia importanza, la scienza ha preso una svolta verso l'oscurità”.

¹³ George D. Lundberg. (Studi medici sciatti e risultati irriproducibili). Irreproducible 'Scientific' Results - Medscape - Mar 06, 2018. In questo articolo presenta il libro del reporter Richard Harris: *“Rigor mortis: Come la scienza sciatta crea cure inutili, schiaccia la speranza e spreca miliardi”* (Rigor Mortis: How Sloppy Science Creates Worthless Cures, Crushes Hope, and Wastes Billions).

Insomma non si può far conto ciecamente neanche sulle riviste più blasonate.

C'è poi l'aspetto poco tranquillizzante del "diritto di precedenza" per la pubblicazione che hanno gli studi foraggiati dalle Case Farmaceutiche ¹⁴.

Su questo punto il prof Peter C Gøtzsche, che faceva parte del direttivo della Cochrane Collaboration (venne defenestrato, dopo che Bill Gates aveva cominciato a finanziarla), scrisse un libro dal titolo molto eloquente: "Medicine letali e crimine organizzato" ¹⁵. Spiega come la letteratura medica venga massicciamente inquinata dagli interventi di Big Pharma.

E, per finire in bellezza, c'è pure il problema delle frodi. Se ne occupa in modo sistematico Bucci, nel libro sopra citato.

Le frodi scoperte sono innumerevoli, molte di più quelle che non vengono alla luce. Su questo aspetto potrei raccontare anch'io qualcosa, visto che ci ho messo anni (dal 2009 al 2014) per far ritirare alcuni studi fraudolenti con dati inventati da parte di un imbroglione seriale (Nobuto Yamamoto, autore di decine di lavori, quasi tutti ancora consultabili). Mi scontrai allora con i muri di gomma rappresentati dai direttori delle riviste interessate e dagli enti di controllo sull'etica nella scienza (COPE ed ORI). Per esempio dalla ORI mi risposero che non potevano occuparsene perché la pubblicazione di cui mi lamentavo non era finanziata dal loro governo. Io ribattei che Nobuto così aveva affermato e scritto, ed aveva pure citato il numero di grant. Niente da fare: poiché il grant citato gli era

¹⁴ Enrico Bucci Cattivi scienziati Add Editore, 2020, Torino.

¹⁵ Peter C. Gøtzsche. Medicine letali e crimine organizzato. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario. Vincitore del Primo Premio BMA 2014 della British Medical Association nella categoria Basis of Medicine. Fioriti Editore 2015.

stato sì dato, ma per un altro lavoro di anni prima e non per quello contestato, non potevano proprio intervenire ¹⁶. Allora ebbi qualche consiglio prezioso da parte del padre della Evidence Based Medicine, David Sackett, a cui mi ero anche rivolto, ma non portò risultati. La questione fu risolta solo quando intervenne un'associazione medica belga che aveva trovato in linea quel che avevo scritto ed aveva individuato altri imbrogli ancora ¹⁷. Per quel che ne so, pubblicamente da loro non son stato mai citato ¹⁸. Wikipedia attribuisce a loro tutto il merito di aver scoperto l'inganno. Meriterebbe scriverci un altro libro, tanto son divertenti le domande e le risposte che ebbi dai direttori delle riviste, da funzionari di alto rango e dai sedicenti "enti di controllo" per l'etica nella ricerca.

Una prova eclatante di questa preoccupante deriva si è avuta con la pubblicazione di un ampio editoriale ¹⁹ dedicato dalla prestigiosa *Science* (!) al professor Roberto Burioni, il paladino dei vaccini, e che non hanno ritirato neanche quando hanno saputo che il professore aveva consapevolmente tratto in inganno i suoi ascoltatori e lettori in diverse occasioni ²⁰.

Con l'arrivo della COVID-19, le riviste hanno inaugurato un nuovo modo di pubblicare, sarebbe a dire anche senza la revisione di esperti, per essere più veloci e tempestivi. Così però non forniscono neppure quella discutibile garanzia di controllo che fino all'anno scorso era il loro vanto: la *peer review* stessa!

¹⁶ Letter exchange ORI – Franchi <https://bit.ly/2Gnddlb>

¹⁷ Ana Ug. mail a Fabio Franchi 2013 <https://bit.ly/33GiMV8>

¹⁸ <https://www.anticancerfund.org/en/gcmf-story-exploitation-and-lies>

¹⁹ Science <https://bit.ly/2GEMJwd>.

²⁰ Franchi F. Letter to Science (31 gennaio 2020): <https://bit.ly/3IDMX5N>.

[NB John Travis, il direttore di Science, mi ha scritto che avrebbe fatto esaminare il caso ma poi non ne ho saputo più nulla.]

Prof Burioni sulla cecità da cecità morbillo: <https://bit.ly/2I3suZm>.

Insomma, c'è una grande necessità di ordine e pulizia. Quella che avrei la presunzione di ottenere con questo libro sullo specifico argomento. In parte è lavoro mio, ma sia ben chiaro che ad analoghe conclusioni sono arrivati altri, tra cui tengo a citare il prof Stefano Scoglio, qui in Italia. Diversi ricercatori all'estero hanno dato il loro contributo determinante. Posso affermare che ci sono arrivati indipendentemente gli uni dagli altri, il che avvalora di più le tesi esposte anche se forse genera un po' di competizione tra loro. C'è una spiegazione a questo fenomeno: quei ricercatori a cui faccio riferimento hanno potuto ottenere i loro risultati grazie al lavoro dirompente del prof Peter Duesberg e soprattutto di Eleni Eleopulos Papadopulos e Valendar Turner (Il gruppo di Perth) nei decenni scorsi. Sono molto orgoglioso di averli conosciuti ed aver avuto qualche collaborazione con loro (e pure avuto ampie discussioni). Approfitto dell'occasione per precisare, a scanso di equivoci, che non mi considero un vero ricercatore, più che altro ... un "simpatizzante", con la velleità di divulgare le tesi che ritengo più convincenti. Dopotutto si sa che la scienza è aperta, che ognuno ha il diritto di controllare quello che ci presenta.

PRIMA PARTE

La preparazione della popolazione

Per capire, non c'è niente di meglio che tenere a mente come paragone un film uscito nel 2011, dal titolo evocativo: *"Contagion"*, interpretato da grandi attori tra cui Matt Damon e Kate Winslet. Il genere è definito *"catastrofico"*, e narra la storia di una pandemia per arginare la quale furono adottate misure tali da causare la *"disgregazione della società"*, così le espressioni usate dagli autori del film. Lo stesso di quello che sta avvenendo ora: *lockdown*, distanziamento sociale, blocco o limitazione delle attività produttive, mascherine, rincorsa al vaccino salvifico saltando i passaggi necessari al fine di averlo prima. Solamente che nella finzione cinematografica la letalità era del 30%, cioè di gran lunga superiore a quella attuale pur gonfiata; la malattia si comportava effettivamente come una malattia infettiva, **colpiva i bambini ed adulti indistintamente**. Gli esperti consultati per realizzare il film erano funzionari dei CDC, esattamente come funzionari dell'OMS e dei CDC sono quelli che nella realtà hanno collaborato per stabilire e decidere i piani pandemici globali ora attuati.

Insomma ora è stata ottenuta la disgregazione della società con la sola paura di un evento grave quanto quello immaginario, frutto della scenografia hollywoodiana. Nel film nei primi due mesi di pandemia ci furono 26 milioni di morti nel mondo. Nella farsa covidiana, pur ricorrendo a statistiche gonfiate, nei primi

due mesi se ne registrarono 35.000. Attualmente siamo arrivati ad 1 milione, entro la fine dell'anno è presumibile arrivino a 1,5 milioni, il che comunque è una piccola frazione delle morti totali (56 milioni nel 2017 ²¹). E tale piccola frazione è spesso sostitutiva di morti per altre cause, come si può constatare nel caso sotto esemplificato.

il Resto del Carlino BOLOGNA

Muore di Covid a 30 anni: è la vittima più giovane

Michele Grauso, finanziere, era in coma: un collega gli sparò accidentalmente

Pubblicato il 13 maggio 2020

Il povero giovane era in stato vegetativo da tre anni ²².

Una conferma della esiguità di questi numeri relativi alla pericolosità della COVID-19 si è avuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità stessa. In una sessione speciale del 5 ottobre a Ginevra, il dottor Michael Ryan, il Direttore delle Emergenze dell'OMS, ha dichiarato che la loro stima della diffusione della "infezione" nel mondo riguardava il 10% della

²¹ <https://ourworldindata.org/grapher/deaths-by-cause-category-stacked>

²² <https://bit.ly/2Srpnwf>.

"Morire a trent'anni (ancora da compiere) di Coronavirus.

Un destino crudele, quello di Michele Grauso, finanziere di 29 anni (i trenta li avrebbe compiuti ad agosto): era ricoverato in stato vegetativo in una struttura privata qui in città. Un coma da cui non era mai più uscito da quando nel 2017 un compagno per errore gli sparò alla testa, mentre si trovavano al centro di addestramento della Guardia di Finanza a Orvieto (Terni)."

popolazione ²³. Poiché nel mondo ci sono circa 7,8 miliardi di persone e il numero totale di morti poco sopra il milione (al momento della dichiarazione), è facile stabilire che la letalità presunta fosse dello 0,13%. Cioè simile a quella attribuita alle sindromi influenzali. Ricordiamo che anche in un articolo sul NEJM, pubblicato il 28 febbraio di quest'anno, lo stesso Anthony Fauci aveva scritto ²⁴: *“Ciò suggerisce che le conseguenze cliniche complessive del Covid-19 potrebbero in definitiva essere più simili a quelle di una grave influenza stagionale (che ha un tasso di letalità di circa lo 0,1%), [...]”*. Insomma, se non proprio “tanto rumor per nulla”, è pur sempre un cataclisma socio economico per un allarme ingiustificato.

Le misure adottate hanno portato ad una distruzione di ricchezza tali proporzioni che anche le conseguenze in termini di mortalità saranno ben superiori a quelle asseritamene causate dalla pandemia vera e propria (*“Dalla peste alla miseria”* ²⁵). Gli effetti iniziali già si vedono nella catena di fallimenti, nell'aumento della disoccupazione, nello sconvolgimento dell'assistenza sanitaria ²⁶ che ha avuto la conseguenza di trascurare le altre patologie. La scuola è iniziata sapendo benissimo che le regole adottate faranno sì che esploda al comparire dei primi, comunissimi, vaghissimi sintomi (raffreddore, mal di testa, irritabilità, ecc.). Già la prima settimana 400 scuole avevano uno o più “casi”, con il loro

²³ Kit Knightly. WHO (Accidentally) Confirms Covid is No More Dangerous Than Flu
Head of Health Emergencies Program “best estimates” put IFR at 0.14%.
<https://bit.ly/3o6ESsm>

²⁴ Fauci A et al. Covid-19 — Navigating the Uncharted. February 28, 2020. DOI:
10.1056/NEJMe2002387

²⁵ Economist. From plague to penury. The pandemic is plunging millions
back into extreme poverty. 20 September 2020. <https://econ.st/2SE6qGU>.

²⁶ Laura Della Pasqua. Persi per COVID 1,4 milioni di test tumorali. La verità
19 settembre 2020.

corredo di quarantene e tamponi, e oltre 70 erano già state chiuse. Già durante il primo lockdown uno studio aveva dimostrato come 6 bambini su 10 avessero accusato una regressione ²⁷. Molto peggio sarà da aspettarsi con il prolungamento delle misure folli, a cui accenneremo in seguito.

²⁷ Luisiana Gaita. Impatto psicologico del lockdown su bambini, studio del Gaslini: 'Ansia e regressione per 6 minori su 10. Malessere legato a quello dei genitori'. <https://bit.ly/3laFnzb> .

"L'indagine sull'impatto psicologico della pandemia nelle famiglie, promossa dall'Irccs Gaslini di Genova e guidata dal neurologo Lino Nobili, mostra come i più piccoli abbiano risentito dell'emergenza: problematiche comportamentali, disturbi del sonno o mancanza d'aria sono alcuni dei sintomi, spesso legati al malessere dei genitori. La sottosegretaria alla Salute Zampa: "Non poter andare a scuola, non poter correre o giocare in un parco li ha certamente penalizzati"

La creazione della COVID-19 e la sua accettazione

Sono rimasto allibito per l'accettazione generalizzata e passiva del un nuovo dogma. È stato approvato non solo da parte dei ricercatori e medici allineati (quasi tutti), ma anche da parte di molti che, pur contestandone alcuni aspetti secondari, non osano toccare gli assunti fondamentali della costruzione farlocca.

Questo è un fenomeno strano, poiché coinvolge coloro che si erano dedicati ad approfondite dissertazioni sui vaccini e sui nessi causali con gli eventi avversi. Hanno assunto nel passato una posizione metodologica corretta, ma ora sembrano accettare volentieri delle zone rosse invalicabili alla discussione. È un peccato perché discutere pretendendo che il dogma non venga toccato, non può ovviamente risolverlo e contribuisce a mantenerlo.

Mi spiegherò meglio in seguito, devono essere capite bene le implicazioni.

Rifiutarsi di stabilire prima di tutto la fondatezza della teoria virale e del nesso causale significa essere disposti a basare tutti i ragionamenti che da quelli derivano su basi di sabbia.

Hanno fatto così anche il professor Roberto Volpi e il dottor Eugenio Serravalle nel loro libro *“Coronavirus - COVID 19 - No! Non è andato tutto bene”*. Non vi si trova un accenno, una citazione ai lavori iniziali che avrebbero determinato la impostazione poi accettata senza scrutinio in tutto il mondo. Eppure non è difficile trovarli, essendo tutto iniziato ufficialmente nel dicembre 2019. Attribuiscono al test PCR una specificità del 100% e sensibilità superiore al 99%. Neanche le Case Produttrici degli stessi hanno vantato tanto. Qualche riga più in sotto scrivono: *“nei casi asintomatici è possibile che il risultato sia negativo, anche in presenza del virus, ed è per*

questa ragione che alcuni sostengono che il test non deve essere effettuato sugli asintomatici". E questo non sta proprio a significare che la sensibilità è scarsa? Il che rapidamente corregge quell'impropobabile *"oltre 99% di sensibilità"*. Il dott. Serravalle cita l'impegno del prof Andrea Crisanti a Vò, ma non ha fatto a tempo a leggere il lavoro dello stesso, perché pubblicato successivamente al suo libro. Lì il prof Crisanti spiega che i sintomatici negativi erano il 77% nella prima tornata di test ed il 90% nella seconda ²⁸. E la sensibilità quale sarebbe allora? Se avessero avuto occasione di considerare quel che andavo spiegando fin da febbraio, forse avrebbero evitato di scrivere così.

Analoga disposizione d'animo nell'accettare la versione ufficiale riguarda il professor Paolo Bellavite e la dottoressa Loretta Bolgan (di cui discuterò in una sezione a parte, visto che hanno argomentato).

Dunque: io capisco che la questione della dimostrazione dell'esistenza del virus sia psicologicamente ostica. Se si tenta di togliere un virus ad un virologo o una PCR ad un laboratorista, è naturale aspettarsi come minimo una sdegnata reazione di opposizione, quasi come tentare di togliere l'osso dalle fauci di un pastore tedesco. Non posso assolutamente capire però che sia stata evitata la discussione sul ruolo da protagonista dello stesso, di cui è data per scontata l'esistenza.

Peccato, perché la loro autorevolezza ed influenza sarebbe stata molto utile nel contrastare la propaganda covidiana. Sarà per la prossima pandemia.

²⁸ Lavezzo E. et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature 584, 425–429 (2020).

La teoria virale e le sue caratteristiche

La tesi che ritengo del tutto coerente e che mi pare semplice da dimostrare è che la teoria infettiva della COVID è falsificata sotto ogni singolo aspetto.

Prima di iniziare bisogna riassumere quello che ci si può aspettare dalla teoria virale e poi confrontarlo con la realtà. Per moltissimi è un esercizio superfluo, mi rivolgo perciò a chi non la conosca bene.

Teoria virale come la conosciamo

Il virus arriva con la sua carica infettante nell'organismo ospite attraverso la porta d'entrata (prime vie respiratorie). È il contagio, che colpisce soggetti di qualsiasi età e genere che non siano protetti per aver già avuto contatti con il microrganismo nel passato. Segue una fase di moltiplicazione senza che vi siano sintomi e senza possibilità di infettare gli altri. Dopo 5-14 giorni inizia la fase pre sintomatica in cui la contagiosità è alta (durata 1-2 giorni). Nel contempo cominciano a formarsi gli anticorpi specifici, inizialmente della classe IgM (anticorpi precoci) e progressivamente, a basso titolo, le IgG. Inizia la malattia con un corredo di sintomi più o meno caratteristici. Alta la contagiosità, con possibilità di isolamento virale. Dopo 3-7 giorni la malattia si risolve e l'individuo resta protetto dalla stessa malattia per molti decenni se non per tutta la vita. La contagiosità scema e sparisce dopo 4-7 giorni dall'inizio della malattia, il virus viene spazzato via. Le IgM restano in circolo per 3-5 mesi, le IgG permangono a lungo termine. La immunità cellulo- mediata ha un ruolo importantissimo, tanto è vero che anche i soggetti con agammaglobulinemia (assenza di anticorpi) superano bene le infezioni virali acute. È previsto che una quota variabile di malattie sia paucisintomatica od asintomatica. Raramente la

malattia si risolve con complicazioni gravi o con il decesso. Molto raramente si sviluppa un'infezione cronica. Gravità e cronicità derivano il più delle volte da uno stato di immunodeficienza. Le riaccensioni dell'Herpes simplex e zoster sono dovute alla persistenza del virus nell'ospite allo stato latente e dal suo risveglio in particolari situazioni di depressione immunitaria (stress, altro), dando luogo a malattia localizzata (erpete labiale, zoster).

Nella COVID-19 inizialmente era previsto che:

- a) una quota di infetti non presentasse malattia (asintomatici, circa 70 su 100);
- b) una quota presentasse una sindrome influenzale (circa 30 su 100) e
- c) una parte di questi (20 su 30) una polmonite bilaterale interstiziale di maggiore o minore gravità.
- d) La letalità fosse alta (con oscillazioni tra il 2,5 ed il 14%).

Son percentuali solamente indicative perché diverse da statistica a statistica, da luogo a luogo, da periodo a periodo. Quel che è importante capire è che ci si dovrebbe aspettare che le proporzioni vengano almeno grossolanamente mantenute, soprattutto tra casi positivi al tampone ("contagiati") e numero di decessi (o ricoverati in terapia intensiva). Infatti sono questi i parametri che ci dicono quanto è pericolosa la malattia ed il grado della sua importanza sociale. Un virus poi non dovrebbe comportarsi in modo molto differente in una zona o l'altra del globo o di una macroregione nell'ambito di simili condizioni socio-economiche. Un'alta letalità è essenziale per poter sostenere la ragionevolezza delle pesantissime misure adottate per contenerlo. Posso anticipare che tale altissima letalità non c'è stata e non c'è.

Definizione operativa dell'OMS

Il perno della definizione è la positività del test tramite PCR (Reazione Polimerasica a Catena) ²⁹. Introduce un nuovo concetto nella medicina e cioè che la salute possa essere definita malattia. Infatti la diagnosi di COVID (la D finale sta per Disease) è stabilita a prescindere dalla presenza o meno di sintomi o segni quando il test risulti positivo. Non è così, per esempio, nella definizione riguardante l'AIDS, tale sindrome

29

updated in Public health surveillance for COVID-19, published 7 Au

Suspect COVID-19 case

A. A person who meets the clinical **AND** epidemiological criteria:

Clinical criteria:

Acute onset of fever **AND** cough;

OR

Acute onset of **ANY THREE OR MORE** of the following signs or symptoms:

fever, cough, general weakness/fatigue, headache, myalgia, sore throat, coryza, dyspnoea, anorexia/nausea/vomiting, diarrhoea, altered mental status

AND

Epidemiological criteria:

Residing or working in **an area with high risk of transmission of virus**: closed residential settings, humanitarian settings such as camp and camp-like settings for displaced persons; anytime within the 14 days prior to symptom onset;

OR

Residing or travel to an **area with community transmission** anytime within the 14 days prior to symptom onset;

OR

Working in **any health care setting**, including within health facilities or within the community; anytime within the 14 days prior to symptom onset.

B. A patient with **severe acute respiratory illness** (SARI: acute respiratory infection with history of fever or measured fever of $\geq 38^{\circ}\text{C}$; and cough; with onset within the last 10 days; and requires hospitalization)

*La definizione internazionale di caso prevede che venga considerata caso confermato una persona con una conferma di laboratorio del virus che causa COVID-19 a prescindere dai segni e sintomi clinici

<https://www.ecdc.europa.eu/en/case-definition-and-european-surveillance-human-infection-novel-coronavirus-2019-ncov>

comporta la presenza di immunodepressione ed una o più malattie opportunistiche, mentre è prevista anche l'infezione "asintomatica da HIV". Ora no, con la COVID si va dritti dritti alla categoria "malattia". In più, la stessa definizione prevede che il caso sospetto presenti:

- a) sintomi importanti quali malattia respiratoria acuta grave ed oltre 38°C, oppure
- b) due sintomi, cioè tosse e febbre (37,5°C o più), oppure
- c) un complesso di tre sintomi scelti tra 14 (tra cui alcuni vaghi e molto comuni, come diarrea, cefalea, astenia, alterazione dello stato psichico, febbricola, rinite) il che si traduce in 364 combinazioni diverse³⁰.

Dato che malato potrà essere anche chi sia sano ed asintomatico, potrà essere legittimamente sospettato anche uno che abbia "*fame occasionale e stanchezza serale*". Una situazione così - al contempo ridicola e grottesca - poteva essere immaginata solo nel contesto di un cartone animato come quello dei Simpson ...! Guarda caso, è avvenuto proprio così³¹!

Degno di nota è che nelle prime definizioni operative dell'OMS³² veniva data importanza alla sintomatologia respiratoria grave, a soggetti con sintomi che erano stati *a stretto contatto* con soggetti affetti. Solo successivamente è stata introdotta quella lunga teoria di sintomi banali, che sembra avere la funzione di inglobare più "clienti" possibile.

³⁰ Schema di combinazione dei sintomi (alcuni esempi tra i 364 possibili): <https://bit.ly/3kNTKsW>

³¹ I Simpson. "*L'epidemia micioria*".

https://www.youtube.com/watch?v=sCkytVOT4_I

³² Definizione OMS ed ISS gennaio 2020. <https://bit.ly/3cCKLrK>

Cosa si dà per scontato e cosa ci si deve aspettare dalla teoria virale (“nuova epidemia da nuovo virus”)?

Tre cose essenziali:

- A)** che il test riveli la presenza del nuovo virus con certezza,
- B)** che il test sia positivo in quasi tutti i casi di polmonite interstiziale ricoverati con sospetto diagnostico di COVID-19, se non altro nel corso della pandemia, in particolare nei mesi di febbraio, marzo ed aprile di quest'anno.
- C)** che sia dimostrata la correlazione causale,

Nessuno di questi tre requisiti è stato soddisfatto, come vedremo.

Isolamento ed identificazione dell'agente patogeno

Non è stato realizzato. Si intende che non è stata seguita una corretta procedura per l'isolamento virale (come dettagliato nella seconda parte). In parole semplici, i ricercatori cinesi hanno creduto di aver identificato in una sequenza nucleotidica, trovata tra milioni di altre in colture di materiale biologico di alcuni pazienti, e da loro considerata come peculiare del nuovo SARS-CoV-2. Non hanno cioè eseguito il primo necessario passaggio: provare che quella catena nucleotidica appartenesse ad un nuovo virus, separato e purificato da altro materiale in quantità adeguata per poter essere studiato. Che sia necessario questo passaggio iniziale viene affermato anche dal professor

Ariberto Fassati ³³: *“Il virus non deve essere solo sequenziato, ma anche isolato fisicamente”*. Quella sequenza nucleotidica è stata depositata, messa in una banca dati accessibile dal web ed a disposizione degli altri ricercatori. Su quella si sono costruiti i test molecolari, da quella hanno fatto derivare i reagenti, gli anticorpi per i test sierologici ed antigenici. Su quella hanno costruito i prototipi dei vaccini (in lizza pare ora ce ne siano 180).

Data la ovvia importanza ed implicazioni, uno pretende la massima serietà e accuratezza senza che vengano operati comodi salti logici ed operativi.

Due ricercatori, T. Engelbrecht e K. Demeter, hanno pubblicato il 27 giugno 2020 un elaborato che analizza da un altro punto di vista la questione dell'isolamento e confermano che non c'è stato. In più riportano le risposte che hanno ricevuto dagli autori di 4 rilevanti lavori scientifici alla domanda se le foto dei virus raffigurati corrispondessero a virus isolati e purificati:

“Ma nessun team ha potuto rispondere a questa domanda con “sì” - e Nota Bene, nessuno ha detto che la purificazione non era un passaggio necessario. Abbiamo ricevuto solo risposte come “No, non abbiamo ottenuto una micrografia elettronica che mostra il grado di purificazione” ³⁴.

³³ Gioia Locati: *“Il lockdown? Sono più efficaci disciplina e igiene”*. intervista al prof Ariberto Fassati, MD PhD della Division of Infection & Immunity, School of Medical Sciences, University College London. 08/08/2020. <https://bit.ly/33LTDIZ>

³⁴ Torsten Engelbrecht and Konstantin Demeter. COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless . Bulgarian Pathology Association. <https://bit.ly/34U60IA>

Test affidabili?

Come si può immaginare da quel che è scritto nella sezione precedente, non vi può essere certezza del significato dei test, poiché essi derivano da un isolamento che non è stato eseguito. È così per varie ragioni. Infatti, anche ammesso che rivelino la presenza di un nuovo virus, la presenza stessa non implica che possa causare la malattia. Si sa benissimo che sulle nostre mucose e sulla pelle vi è una moltitudine di germi che non provocano patologie se non in casi molto rari. Il test PCR non è adatto a determinare la quantità iniziale della sequenza amplificata, purché è un processo che comporta comunque errori in più o in meno ed anche questi vengono amplificati. In un capitolo successivo daremo ampia dimostrazione di quel che succede.

Positività in tutti (o quasi) i casi di COVID-19?

Se c'è una nuova epidemia attribuita ad un nuovo virus, è naturale aspettarsi che il nuovo virus sia presente in tutti o quasi i casi della nuova malattia. Così non è avvenuto, anche se molti credono sia così. Questa aspettativa è evidente in un articolo relativo ad un caso avvenuto ad Albenga ³⁵, dove una studentessa è deceduta per polmonite interstiziale ed i tamponi erano tutti negativi (*“è giallo: il tampone ha escluso il virus”*). Non è l'unica. Molti casi “strani” ³⁶ anche a Crema nel luglio

³⁵ Luca Rebagliati. Albenga, studentessa di 17 anni muore di polmonite. Ma è giallo: il tampone ha escluso il virus. Il Secolo XIX. 20/04/2020. <https://bit.ly/2S69V8H>.

³⁶ Borghetti. Polmoniti anomale nel cuore dell'estate». La Provincia. Città di Crema. 9 luglio 2020. <https://bit.ly/36H5bPr>.

2020; così il radiologo Borghetti: «*Quindici casi in due settimane, ma non si tratta di Covid. Nel territorio qualcosa di strano, ma gli studi considerano solo altre province*» Così successe anche al medico eroe di Wuhan, Lin Wenling, che ebbe numerosi test negativi prima dell'ultimo positivo il giorno del decesso ³⁷. Casi sporadici? No. Molto comuni, come descritto più estesamente nella seconda sezione. Basti dire che una quota consistente di soggetti ricoverati con sospetta malattia COVID-19 erano negativi al test, sia a Wuhan in Cina, sia a Bergamo e Brescia, come riportato da ricercatori italiani ³⁸. La quota di negativi al test non era del 5%, scarto accettabile, ma del 30-50%! Ne erano al corrente fin da subito, medici e ricercatori, ma si son ben guardati dal dare fiato a tale informazione cruciale.

Evidentemente ci devono essere altre cause (non identificate) che agiscono dove il virus-tampone risulta negativo. E quelle stesse potrebbero essere presenti anche laddove è positivo.

La relazione causale è stata dimostrata?

Infatti il tampone positivo non è necessario né sufficiente per la COVID-19. Non è necessario perché è frequentemente negativo (= “virus assente”) nei casi sintomatici (anche quelli con la polmonite interstiziale). Non è sufficiente a provocare una malattia perché è frequente il riscontro di positività (= “virus presente”) in sani asintomatici. In un lavoro iniziale, gli autori ammettono che il loro studio non soddisfaceva i postulati di Koch

³⁷ James Galagher. Are Coronavirus Tests flawed? 13 February 2020. <https://www.bbc.com/news/health-51491763>

³⁸ F.Q. Coronavirus, il presidente del 118: “Casi Covid-like: polmonite interstiziale ma tampone negativo”. Pregliasco: “Preoccupano” Il Fatto Quotidiano 17/05/2020. <https://bit.ly/3n0zoPe>

³⁹. Non si ritengono adeguati i postulati di Koch? Non ha neppure importanza visto che nessun altro criterio ragionevole viene soddisfatto. E neanche il comune buon senso.

Ulteriori osservazioni

C'erano polmoniti anche prima dell'arrivo del "SARS-CoV-2"?

Non sembra proprio una malattia nuova. Quadri del tutto sovrapponibili c'erano anche prima. Ecco alcuni esempi. Ci furono 235 casi di polmonite registrati in numerosi Comuni delle Province di Brescia e di Mantova a partire dall'inizio di settembre 2018 sono stati studiati dall'ISS ⁴⁰; altri 878 casi di polmonite "senza un perché" furono registrati nel dicembre 2018 a Brescia ⁴¹. Molti casi di polmoniti interstiziali nella Bergamasca anche nel dicembre 2019-febbraio 2020, prima dell'arrivo del SARS-CoV-2 ⁴².

³⁹ Zhu N et al. A novel Coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:727-33. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.

"Sebbene il nostro studio non soddisfi i postulati di Koch, ...

⁴⁰ Maria Cristina Rota, Giovanni Rezza et al. Epidemia di polmoniti in Lombardia: la situazione attuale e le indagini in corso. 13 settembre 2018. <https://www.epicentro.iss.it/infettive/EpidemiaPolmoniti2018>

⁴¹ Federica Pacella. Polmonite a Brescia, 878 malati senza un perché. 11 dicembre 2018. <https://bit.ly/312NOVN>.

⁴² Marco Birolini. Coronavirus. L'ombra del virus si allungò sulla Bergamasca già a fine 2019 (L'Avvenire, 8 aprile 2020): <https://bit.ly/2GSwQlp>

Le rianimazioni soffrivano perché sotto dimensionate anche gli anni scorsi?

È così. Anche negli inverni scorsi ci sono state difficoltà per la carenza di posti letto nelle rianimazioni ⁴³, oggetto di feroci tagli negli anni passati ⁴⁴, ⁴⁵, ⁴⁶

Le DIC in pazienti con insufficienza respiratoria erano un fenomeno sconosciuto?

Molti pazienti ricoverati con diagnosi di COVID in rianimazione per polmonite bilaterale ed insufficienza respiratoria sono morti per coagulazione nelle vene polmonari. Questo fenomeno è stato evidente dopo che sono state effettuate le autopsie, inizialmente fortemente sconsigliate dal Ministero della Salute. In seguito a ciò sono state adottate misure atte a scongiurare la complicazione (con eparina in una fase non così tardiva). Si è

⁴³ Simona Ravizza Milano terapie intensive al collasso per l'influenza: già 48 malati gravi molte operazioni rinviate. 10 gennaio 2018.

<https://bit.ly/2HEag0i>

⁴⁴

VITTORIO VENETO



"Tagliati 20 posti letto all'ospedale di Vittorio Veneto, e la rianimazione sparisce"

La denuncia del candidato sindaco di Rinascita Civica, Alessandro De Bastiani

[Roberto Silvestrin](#) | 0 commenti |

26/03/2019

⁴⁵ Natale Salvo. La senatrice denuncia : Ospedali già in crisi ogni anno per l'influenza. 27 Marzo 2020. <https://bit.ly/2GlbY0h>

⁴⁶ Coronavirus quali paesi europei hanno più posti di terapia intensiva 20 marzo 2020. <https://bit.ly/3lvpl9H>

trattato di un fenomeno nuovo e peculiare della COVID? No, in letteratura era già segnalato ⁴⁷, ⁴⁸, ⁴⁹

Le previsioni sulla cui base l'OMS ha emanato le sue raccomandazioni

Le indicazioni dell'OMS erano dirette ad ogni Paese. Tutti avrebbero dovuto fare come la Cina. Se così fosse stato fatto, ora le autorità sanitarie mondiali e locali potrebbero dire che senza lockdown sarebbe stato molto peggio. Purtroppo per loro ci sono state nazioni che non lo hanno attuato ed il risultato è stato molto diverso dalle loro aspettative. Per esempio per la Svezia, il gruppo di esperti dell'Imperial College of London (molto ascoltato e finanziato dalla Fondazione Gates) aveva previsto un minimo di 80.000 morti se non ci fosse stato il lockdown. E il lockdown non vi fu, ed il numero di morti attuale è ancora sotto i 6000. È un numero inferiore in termini assoluti e relativi rispetto alle nazioni che lockdown l'hanno adottato. Nella stesso modo è andata in Giappone dove l'emergenza, con misure molto blande, è durata molto poco e così in Bielorussia, dove si sono rifiutati di attuare il lockdown. La situazione per l'OMS è ancora più imbarazzante dopo che il presidente Lukashenko ha dichiarato di aver subito tentativi di corruzione

⁴⁷ A N Whitaker, I Bunce, E R Graeme. Disseminated intravascular coagulation and acute renal failure in influenza A2 infection. Med J Aust. 1974 Aug 10;2(6):196-201.

⁴⁸ Shohei Fukunaga et al. A case of acute kidney injury and disseminated intravascular coagulation associated with influenza B viral infection. CEN Case Rep. 2015 May;4(1):95-100.

⁴⁹ Yan Yang , Hong Tang. Aberrant coagulation causes a hyper-inflammatory response in severe influenza pneumonia. Cell Mol Immunol . 2016 Jul;13(4):432-42.

molto gravi perché attuasse quelle indicazioni per il suo Paese⁵⁰. Il fallimento dell'ipotesi virale legata all'epidemia è così smentita in modo clamoroso ed incontrovertibile.

L'esistenza di episodi corruttivi ad alto livello (Fondo Monetario Internazionale) rinforza la convinzione che si tratti di un complotto mondiale ad alto livello.

Letalità elevata?

Fin dall'inizio si sapeva che l'età media dei deceduti era molto elevata (oltre gli 80 anni). Tale media in Italia si è mantenuta anche con le successive osservazioni. Tale età si discosta poco dalla aspettativa di vita (83 anni) che è molto elevata anche la presenza, tra le vittime, di malattie concomitanti⁵¹. Due terzi ne aveva 3 o più. Quelli senza alcuna patologia preesistente erano solo il 3,8% e non viene precisata la loro età. Quindi c'è la concomitanza, il mix, di due fattori: senectus e patologie gravi. Voglio precisare un fatto trascurato dai più. Chi sia portatore di tumore, di diabete o di ipertensione non è detto che sia ad alto

⁵⁰ Lukashenko: Vedo da questa borghesia di Belgazprombank che centinaia di milioni di soldi sono stati ritirati dal paese!

https://www.youtube.com/watch?v=A4ZzIf_38-U. In una riunione del Governo bielorusso ha dichiarato di aver ricevuto una cospicua offerta in denaro (92 milioni di Dollari) da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, affinché facesse "come in Italia". Offerta che, dopo il secco no di Lukashenko, sarebbe stata in poche settimane addirittura decuplicata: ben 940 milioni di Dollari, questa volta offerti dal Fondo Monetario Internazionale, accompagnati dalla medesima richiesta: chiudere tutto e fare "come in Italia" (Nicola Bizzi LUKASHENKO E I 940 MILIONI DI DOLLARI PER IL LOCKDOWN: ECCO LE PROVE IN ESCLUSIVA! 24 Agosto 2020 <https://bit.ly/34gk3Bo>).

⁵¹ ISS. Report COVID. 7 settembre 2020

rischio per la vita. Tutte e tre condizioni possono esserci in forma lieve o ben controllata, oppure in forma grave. Ci sono vari tipi di tumori e gli stessi possono essere in fasi diverse. Insomma queste statistiche non ci forniscono tali informazioni che pur sarebbero quanto mai utili per capire meglio.

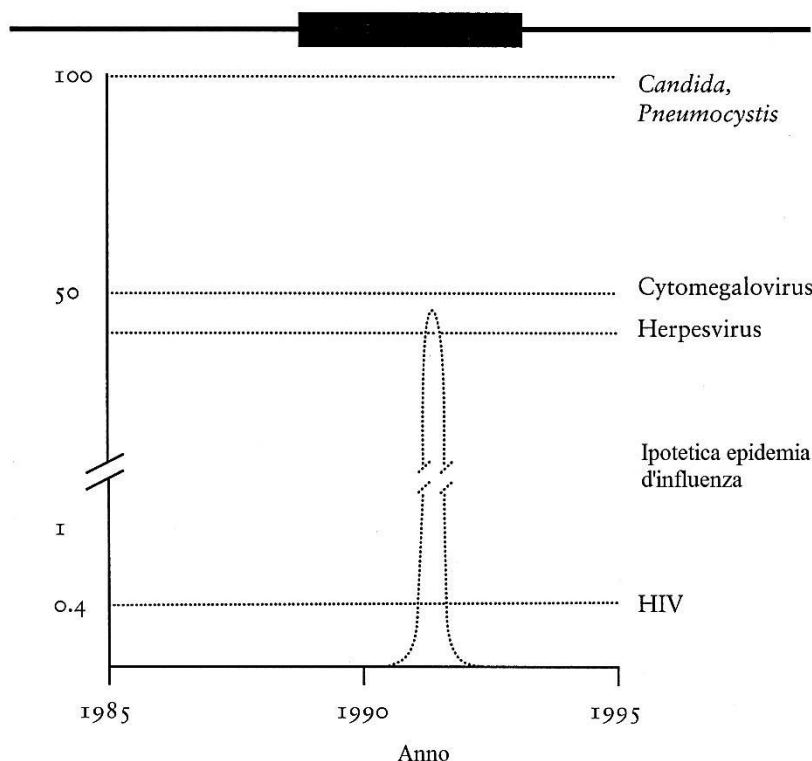
Numero di patologie	N.	%
0 patologie	158	3,8
1 patologia	568	13,6
2 patologie	841	20,1
3 o più patologie	2623	62,6

La ovvia osservazione è che, se ci fosse veramente stata una malattia virale terribile come quella pronosticata e propagandata, l'età media dei deceduti sarebbe stata molto più bassa.

Diffusione pandemica: previsioni versus realtà

Le infezioni virali nuove irrompono nella popolazione e si diffondono inizialmente in modo esponenziale per poi diminuire progressivamente man mano che la immunità si diffonde (protezione di gregge). L'andamento proiettato su un grafico ha l'aspetto di una curva a campana come nel grafico sotto rappresentato (tratto dal libro di Peter Duesberg)

La legge di Farr: le nuove infezioni (influenze) si diffondono e poi scemano in modo esponenziale.



Analisi e discussione dei diversi grafici

In questi che seguono è rappresentata la incidenza giornaliera di “casi” (positività al test PCR) e di decessi COVID-19. Come si può agevolmente constatare, gli andamenti non si conciliano con la teoria virale e tantomeno le previsioni. I grafici sono tratti da Our World in Data, sito sviluppato dall’Università di Oxford ⁵², ⁵³.

⁵² <https://it.wikipedia.org/wiki/OurWorldInData>

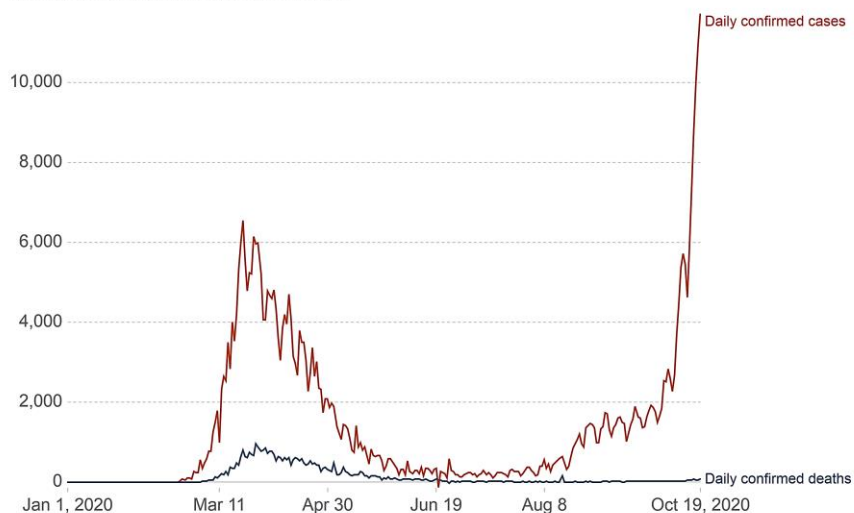
⁵³ <https://bit.ly/31eCCFo>

Italia

Nella prima fase, l'aspetto delle curve appare grossolanamente compatibile con la teoria corrente. In marzo-aprile si osserva un aumento e poi diminuzione dei positivi giornalieri con curva a campana, ed in rapida successione la curva dei decessi corrispondente. Dall'agosto in poi, invece, vi è stato un aumento dei "contagi", dovuto a un aumento del numero dei tamponi effettuati prevalentemente a soggetti in buona salute. Nel contempo la curva della mortalità giornaliera è rimasta piatta: una totale dissociazione tra le due e questo non si accorda affatto con la teoria ufficiale.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Italy

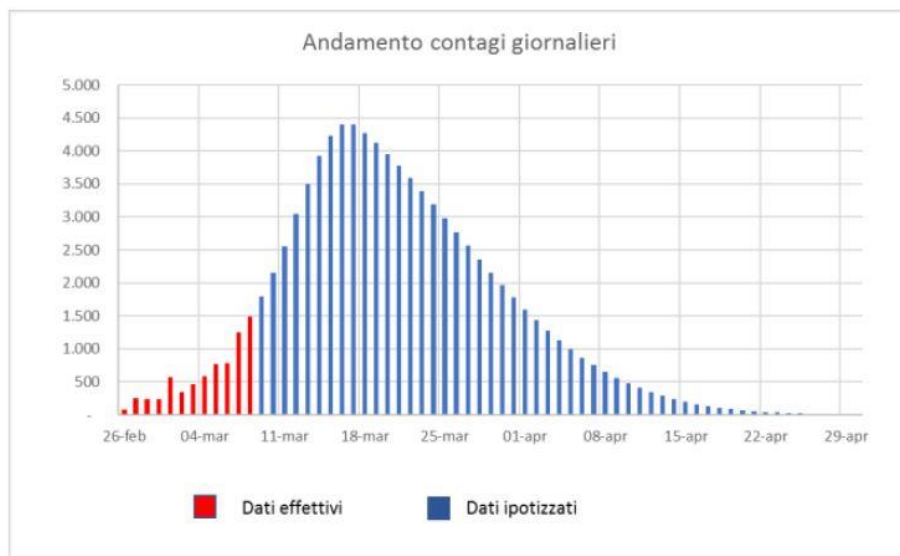
The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 19 October, 10:35 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Infatti le previsioni effettuate dagli esperti, che contavano sui calcoli del tasso di contagio (R_0 ed R_t) nel lockdown per

eliminare l'epidemia, non si sono avverate ⁵⁴. Infatti si aspettavano di eliminare il problema verso metà aprile. Al 25 aprile c'erano ancora circa 2.300 "contagi" giornalieri, invece che zero. Lockdown inutile.



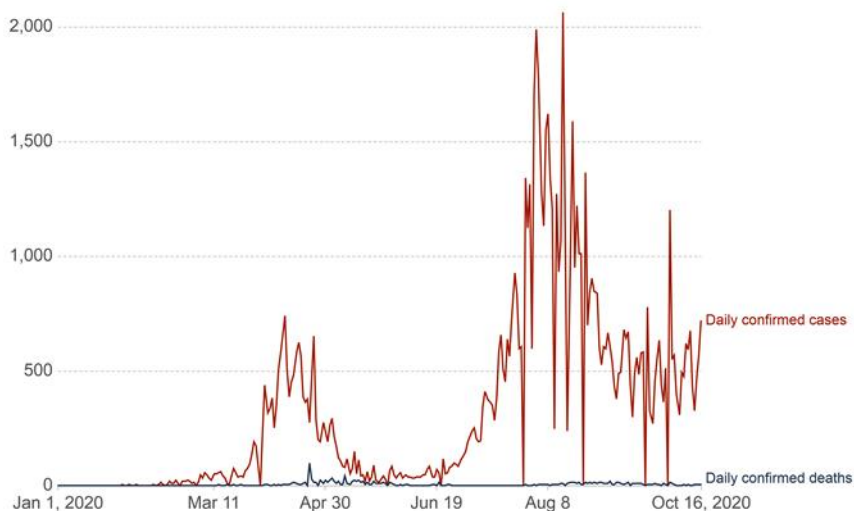
Giappone

Il Giappone ha avuto pochissimi casi sia in numero assoluto sia in termini relativi (ricordiamo che la loro popolazione è oltre il doppio della nostra). La mortalità è sempre stata bassissima. Vi è una netta dissociazione tra le curve delle "infezioni" giornaliere e quella dei decessi. Il Giappone ha attuato misure di contenimento molto blande, in ritardo rispetto alle altre nazioni, e per un breve periodo di tempo.

⁵⁴ DL Covid-19 11.03.2020 Decreto-legge recante misure urgenti a causa dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 Bozza tecnica, pag 36.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Japan

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 16 October, 11:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

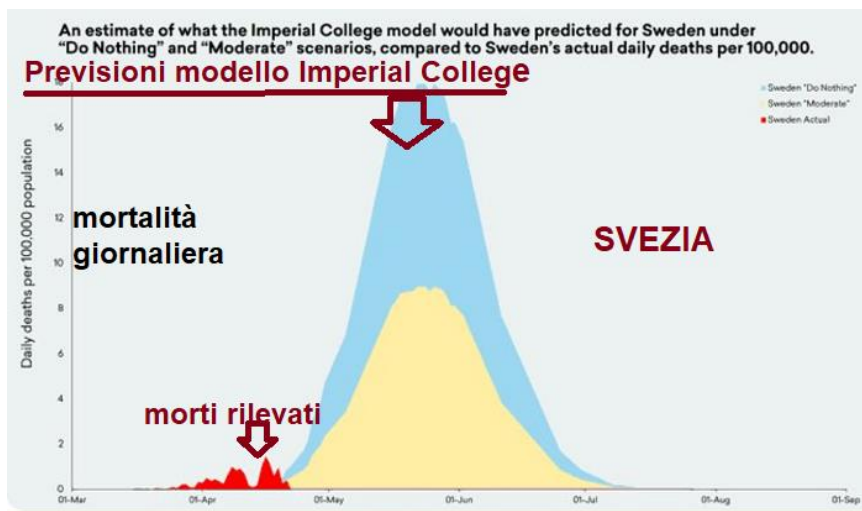
Svezia

Il governo ed i suoi esperti resistettero alle fortissime pressioni per attuare il lockdown. Non lo attuarono neanche un giorno ed il risultato è stato che hanno avuto meno casi in termini assoluti e relativi rispetto a noi.

Senza lockdown, come detto, per la Svezia avevano previsto sfracelli, che non ci sono stati. Previsioni sballate a tal punto corrispondono ad una teoria sballata senza se e senza ma.

E' curioso come i nostri espertoni ed i nostri "responsabili" si siano ben guardati di prendere la Svezia come esempio. Il loro successo (senza sacrifici) era visibile fin dal mese di marzo ed io, assieme a diversi altri, l'ho puntualmente segnalato. Passati sei mesi e mezzo i nostri non se ne sono ancora accorti.

PRIMA PARTE

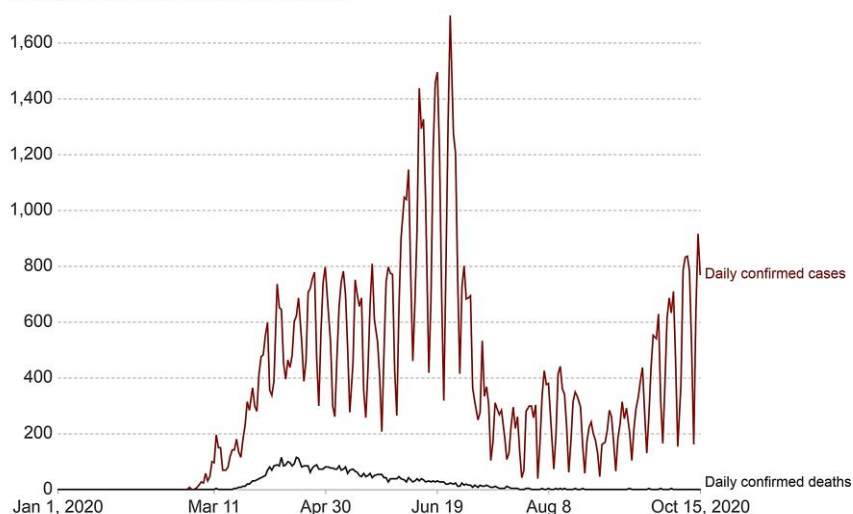


Nel grafico sottostante si nota distintamente quanto sia del tutto svincolata la curva dei "contagi" (linea rossa) con i dati di mortalità (linea blu). Già in marzo si poteva arguire che gli svedesi erano sulla strada giusta: niente esplosione di "infezioni".

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Sweden

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World in Data



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 16 October, 11:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Bielorussia

Anche nella Bielorussia, non è stato attuato nessun lockdown. Il grafico evidenzia una totale dissociazione tra numero di test positivi e numero di decessi. In questo caso il presidente Lukashenko ha denunciato due tentativi di corruzione molto gravi da parte del Fondo Monetario Internazionale affinché anche in Bielorussia fossero attuate le misure restrittive degli altri Paesi.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Belarus

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



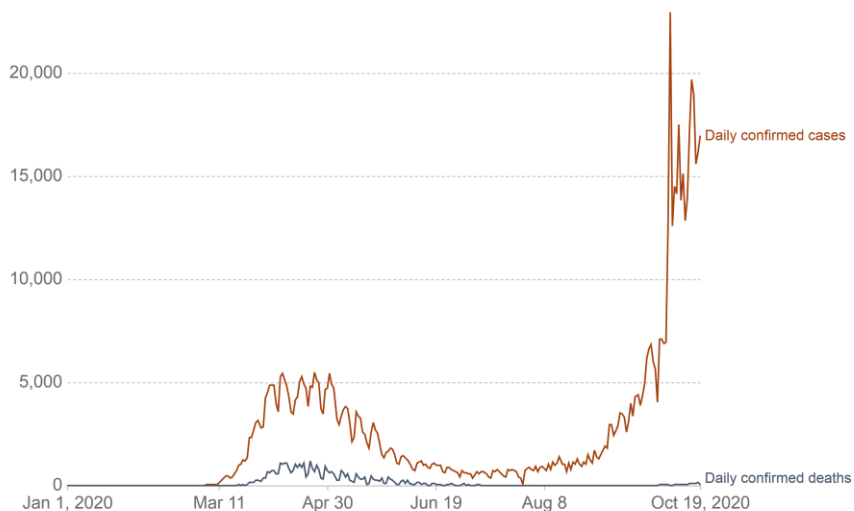
Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 16 October, 11:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus - CC BY

Inghilterra

Anche in questo caso è evidente che il numero dei test non è correlato all'aumento della mortalità. Specie dopo la metà di agosto.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, United Kingdom

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 19 October, 10:35 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

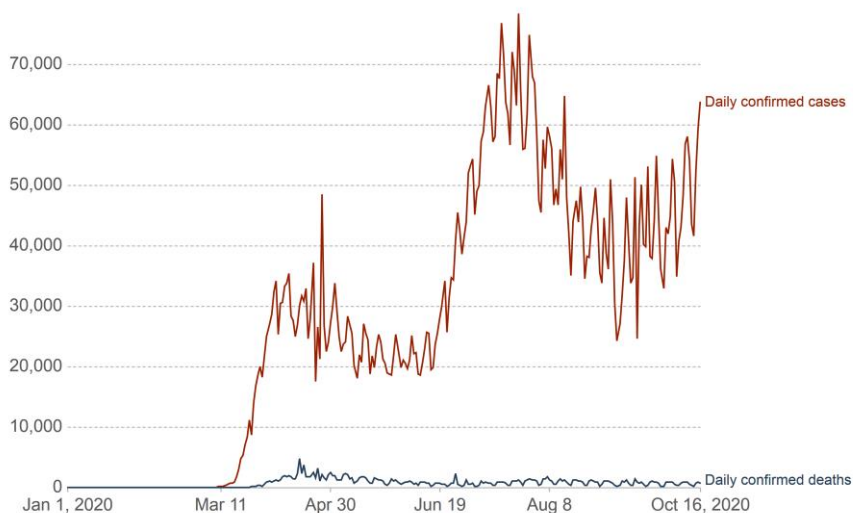
USA

Lo stesso per gli USA: mortalità molto bassa.

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, United States

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World
in Data



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 16 October, 11:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

PRIMA PARTE

Spagna

La prima parte delle curve sembra compatibile con la teoria virale, la seconda assolutamente no, e corrisponde all'estensione dell'uso di test tra gli asintomatici.

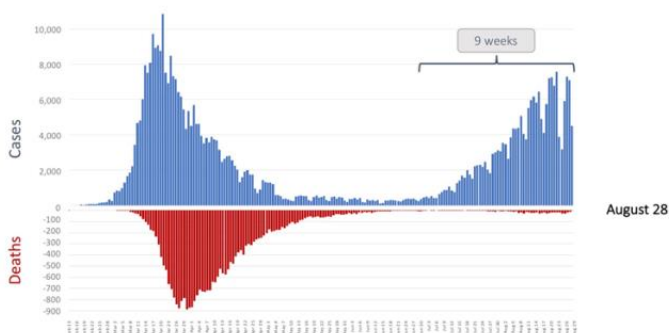
With official data only

Spain: Covid Second Wave Monitoring – August 28, 2020

Author: Steve Delaney <https://www.steve-delaney.com/covid-report/>

SPAIN

Very strong rebound in cases since late June. Nine weeks later, Deaths did not follow.
Only a minor increase of daily deaths in August, up to an average of 18/day.



Source: Government of Spain: <https://recovid.isciii.es/> / <https://recovid.isciii.es/covid19/#casos> / https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaycs/gestoraActual/cov-China/documentos/actualizacion_195_COVID-19.pdf
EXCEL with all the official data: <https://www.dropbox.com/s/uv50y8bshame83/Daily%20Cases%20and%20Deaths%20Spain.xlsx?dl=0>

1

Le statistiche riflettono la realtà?

Fin dalle prime conferenze stampa, il capo della Protezione civile Gabrielli ha ripetuto che i decessi erano classificati “COVID” indipendentemente da quale fosse la causa (*senza stabilire se “con” il coronavirus oppure “per” il coronavirus* ⁵⁵). Ora, affermare che sono “decessi COVID” significa che come causa principale di morte è identificato il SARS CoV-2, non si scappa. Dire “con il coronavirus” non ha senso perché è un non senso! Il significato sarebbe: “è una morte causata dal virus in cui il virus era presente, ma spesso non era la causa del decesso”.

Capisco che la colpa deriva dalla definizione OMS, fatta apposta per trar vantaggio dall’ equivoco e rimpolpare le statistiche mortali. Ma, applicarla così, significa essere ottusi esecutori di ordini idioti.

Un plauso va a Luca Zaia che ha avuto il coraggio di dire apertamente che *“il timbro di fabbrica te lo dà la positività”, “bisogna fare così anche se è sbagliato, anche se è assurdo”* ⁵⁶. Zaia ha rivelato qualcosa di più, in quella famosa intervista di agosto. Ha detto che uno che sia positivo al test, e poi si negativizzi, e poi muoia per una causa qualsiasi (per esempio per infarto), viene classificato comunque come morto per COVID. Tali affermazioni sono state confermate in un bollettino dell’ISS ⁵⁷. Sono pure riusciti a far peggio: poiché non danno limiti alla loro aberrazione, è possibile fare tale diagnosi anche

⁵⁵ Angelo Borrelli. I dati di venerdì 20 marzo 2020

<https://www.ohga.it/coronavirus-in-italia-il-punto-della-protezione-civile/>

⁵⁶ Luca Zaia. Conferenza stampa 25 agosto 2020.

<https://www.youtube.com/watch?v=n68kb5mN6zY>

⁵⁷ Federico Garau Sono morti ma erano già guariti: contati come vittime del Covid 28/08/2020. <https://bit.ly/33u7MKn>

con tamponi eseguiti post mortem. Così un ucraino morto annegato è stato conteggiato tra i decessi COVID (*"Tampone sulla salma dell'ucraino annegato a San Salvo risultato positivo"*)⁵⁸:



È gravissimo, come ben si capisce. Se io – nel compilare una scheda di morte – avessi scritto che era dovuta ad un’otite, poiché lo sfortunato l’aveva superata nell’infanzia, penso che mi avrebbero internato in manicomio. Giustamente. Adesso paradossalmente sono io a rischiare che mi internino - in manicomio o in carcere - poiché dico che non è corretto fare così. È un’amara constatazione di come ora vengano accettate supinamente tali direttive malate come fossero del tutto normali. Non sono iniziative dei singoli che magari vogliono essere più zelanti degli altri. È proprio la nuova norma. Non esagero: in Australia sono previsti proprio il carcere ed altre vessazioni per reati contro la pandemia politically correct.

Antonio De Sandoli ha segnalato come sia cambiata la modalità di compilazione delle schede di morte facendo un opportuno raffronto⁵⁹ con la precedente:

⁵⁸ <https://bit.ly/3jJ3BA0>.

⁵⁹ <https://bit.ly/3iJqq5x>

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DELLA CAUSA DI MORTE NELLE SCHEDE DI DECESSO

ANTE COVID: 2019	Causa iniziale di morte: <u>la malattia o evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso.</u> Sulle schede di morte il medico che certifica il decesso deve indicare la sequenza morbosa che ha condotto alla morte e gli eventuali altri stati morbosi rilevanti. Le statistiche di mortalità per causa fanno riferimento alla causa iniziale di tale sequenza. 1* — 2* — 3* — 4* — ecc.* → DECESSO sequenza morbosa La causa di decesso poteva essere solo al n° 1
POST COVID: 2020	Causa di morte: si intende la causa “iniziale” di morte, ovvero la condizione morbosa direttamente responsabile del decesso. <u>È definita ed individuata tra tutte le malattie certificate dal medico sulla scheda di morte</u>, in base a stringenti regole dettate dalla OMS (riportate nella classificazione internazionale delle malattie Icd-10) ed è l'indicatore più utilizzato e consolidato per le statistiche ufficiali ed i confronti a livello nazionale ed internazionale 1* — 2* — 3* — 4* — ecc.* → DECESSO X sequenza morbosa La causa di decesso può essere scelta fra 1,2,3,ecc. o anche X ovvero post decesso. * = altri stati morbosi rilevanti

Se non ho capito male, le direttive in Italia sembrano discostarsi persino da quelle dell'OMS ⁶⁰, che indicano chiaramente come non doversi procedere in simile modo:

Frame A: Medical data: Part 1 and 2				
1 Report disease or condition directly leading to death on line a Report chain of events in due to order (if applicable) State the underlying cause on the lowest used line		Cause of death	Time interval from onset to death	
	a	Heart failure	I50.9	1 day
	b	Due to: Myocardial infarction	I21.9	5 days
	c	Due to:		
	d	Due to:	Underlying cause of death	
2 Other significant conditions contributing to death. (time intervals can be included in brackets after the condition)		COVID-19	U07.1	
Manner of death:				
☐ Disease	☐ Assault	☐ Could not be determined		
☐ Accident	☐ Legal intervention	☐ Pending investigation		
☐ Intentional self-harm	☐ War	☐ Unknown		

Capito il trucco usato per ottenere una più alta letalità in Italia?

⁶⁰ WHO. Guidelines Cause of death COVID-19 (download 4 October 2020) https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf

La cronaca ci aiuta a capire

Ero tentato di mettere a questa sezione il titolo “L’intermezzo del buonumore” perché ci sarebbe da ridere se non fosse tragica la mancata comprensione di quel che sta succedendo. A proposito della affidabilità del test e della sua specificità avremmo potuto capire molto dalla cronaca. Qui solo pochi degli esempi disponibili.

Il test è risultato positivo sulle acque di fogna raccolte nel 2019 (cioè prima dell’arrivo del cinese). Per poter essere trovato nelle fogne, è presumibile che ne fossero stati sversati diversi chilogrammi, se non quintali:

quotidianos**anità**.it

stampa | chiudi

Giovedì 18 GIUGNO 2020

Covid. Studio Iss: virus presente nelle acque di scarico a Milano e Torino già a dicembre 2019

I risultati, confermati in due diversi laboratori con due differenti metodiche, hanno evidenziato presenza di RNA di SARS-Cov-2 nei campioni prelevati a Milano e Torino il 18/12/2019 e a Bologna il

Positivo anche su tigri, cani, gatti, capre e papaya⁶¹

⁶¹ <https://bit.ly/2SEnCfh>

WILDLIFE

NATIONAL GEOGRAPHIC

Coronavirus: tigre positiva allo zoo di New York. Gli altri animali sono in pericolo?

Il caso mondiale di Nadia, la tigre di quattro anni risultata positiva al coronavirus sabato 11 aprile 2020

di Natasha Daly



Informati con **LA STAMPA**

Coronavirus, Winston è il primo cane contagiato negli Usa: "Ha leccato i piatti dei proprietari malati"



La positività permane in certi individui del tutto sani, mai ammalatisi, con la conseguenza di costringerli ad una reclusione forzata in casa:

IL CASO DI BIANCA DOBROIU, DA 57 GIORNI AFFETTA DAL VIRUS

La modella ancora positiva dopo due mesi

■ È stata la paziente numero 1 di Bologna e, dopo 57 giorni, non è ancora uscita dall'incubo. Bianca Dobroiu, modella di 23 anni di origine rumena che vive



IL CASO

La bambina di 4 anni prigioniera del virus: «Tamponi positivi da quattro mesi»

La piccola, milanese, sta bene ma legalmente non è guarita. La mamma: «Questa situazione le provoca stress e incubi». Non ha contagiato nessuno dei familiari, ora rischia di non poter essere iscritta all'asilo

di Sara Bettoni

Milko Miele è stato contagiato dalla moglie che lavora in una rsa brianzola. E' in isolamento a Linate

“Da aprile sempre positivo al tampone Piango spesso, è triste senza la famiglia”

LA STORIA

CHIARA BALDI
MILANO

timane piango spesso, qualche giorno fa ho avuto un crollo emotivo e mi hanno fatto parlare con un medico. Dice che è normale dopo oltre tre

lato l'account Facebook perché non sopportavo più che mi si chiedesse se ero guarito: era una pena dover rispondere sempre di no».

Monza-Brianza, e dal 16 aprile è positivo al Covid. In oltre tre mesi ha fatto quindici tamponi e nessuno mai è stato negativo. «Se ci fosse un Guin-

Il giornalista Porro, dopo essere guarito da un sindrome influenzale, ed essersi negativizzato, dovette prolungare la convalescenza perché di nuovo trovato positivo al tampone⁶².

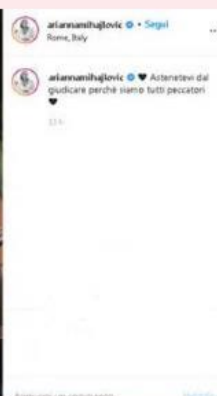
Numerosi calciatori, sanissimi, hanno dovuto isolarsi per lo stesso erratico risultato. Caso particolare quello dell'allenatore Mihajlovic, perché aveva da poco effettuato una pesante chemioterapia ed era perciò immunodepresso. Un virus nuovo e letale avrebbe dovuto colpirlo più duramente degli altri. Invece era asintomatico. Quando dopo 15 giorni il tampone ritornò negativo venne dato per guarito, anche se non aveva avuto alcun malanno da quello⁶³.

⁶² <https://bit.ly/2lmqf3F>

⁶³ <https://bit.ly/34qXOIZ>.

Mihajlovic guarito 7 settembre <https://bit.ly/2EZYwnU>

25 agosto - MILANO



Sinisa Mihajlovic "sta molto bene: non ci sono sintomi e non abbiamo preoccupazioni di sorta al

Positivi in un laboratorio e negativi in un altro. È l'ennesima conferma che i test non sono affatto standardizzati.

Approfondimento **Immigrazione**

Negativi in Sicilia, positivi a Potenza: il caso dei test sui migranti trasferiti

23 LUGLIO 2020

Il 13 luglio i medici di Lampedusa certificano la negatività di 50 persone. Ma dopo otto giorni i risultati si rovesciano per 26 immigrati. Il sindaco protesta: "Alzerò barriere umane"

DI ALESSANDRA ZINITI

Reggio » Cronaca

Covid: è positivo per Mantova ma è negativo per Reggio



La vicenda dell'imprenditore che lavora a Viadana e vive a Boretto. Contraddittori i due tamponi fatti a distanza di quattro giorni dai due

ajsf

CAGLIARI Paziente dimesso e, mentre era in ambulanza in viaggio verso casa, viene riportato in ospedale: è ancora positivo. L'uomo era stato dimesso dopo due tamponi negativi al Santissima Trinità: poi il terzo tampone positivo⁶⁴

Ma non è il solo “contrordine compagni!”

ANSA.it » Sardegna » 17 sanitari Nuoro falsi positivi, mai contratto il Covid

17 sanitari Nuoro falsi positivi, mai contratto il Covid

Da esami sierologici escluso sviluppo anticorpi

Redazione ANSA

📍 NUORO

21 maggio 2020

19:23

NEWS



⁶⁴ <https://bit.ly/3nul0yN>

CORONAVIRUS IN POLESINE

Trecenta, i tamponi erano un falso positivo: i sette pazienti non hanno il coronavirus

E' stato un errore commesso nel corso della rilevazione dei tamponi

Il riscontro di un sempre maggior numero di asintomatici positivi, induce i professoroni a correre in soccorso alla teoria ufficiale ed a trovare spiegazioni ad hoc (virus moribondo, virus morto, virus indebolito, pezzi di virus ecc). Così il prof Bassetti⁶⁵: *“Il virus ha perso forza? Probabilmente sì”*.

*“Chi è debolmente positivo non è contagioso: lo studio di Pavia che conferma i risultati di una ricerca coreana.”*⁶⁶

“Su circa 280 persone clinicamente guarite, cioè che non mostravano più i sintomi, ma ancora positive al tampone, solo il 3% presentava potenziale di infettività. Anche in Italia quindi accade quanto già emerso in Corea del Sud: il tampone rileva particelle virali con un genoma frammentato e non più in grado di replicarsi.”

Peccato che il prof Crisanti abbia “dimostrato “ il contrario: nessuna differenza di carica tra sintomatici e non⁶⁷. È come sostengo: convivono allegramente riscontri che fanno a pugni tra loro, senza che neanche i giornalisti si accorgano che qualcosa non va. Il massimo penso sia stato raggiunto dall'intervistatore del prof Crisanti che non si è accorto come il

⁶⁵ <https://bit.ly/33IZYVv>

⁶⁶ <https://bit.ly/30S4sqX>

⁶⁷ Lavezzo E., Crisanti A. et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2488-1> (2020).

professore affermasse una cosa ed il suo contrario ad una frase di distanza ⁶⁸:

Come mai i malati di adesso presentano sintomi meno violenti?

«È la stessa ragione per cui il virus è emerso quando già il 3 per cento della popolazione era infetta. All'inizio l'infezione è lieve, poi più persone si infettano, più c'è la possibilità che la carica virale aumenti».

Il virus si rafforza al crescere del contagio?

«È così. E adesso si è ridotta la carica infettante».

Bisogna portare le mascherine?

«Assolutamente, al contrario di quanto ci hanno detto all'inizio. Non ho una ricetta alternativa».

È successo che, data la carenza estiva di soggetti con patologie respiratorie di gravità media ed elevata, hanno pensato bene di estendere gli esami a un sempre crescente numero di asintomatici, seppure la validità su di essi non sia mai stata studiata ⁶⁹, e quantunque il loro uso su di essi sia sconsigliato dalla “Comunità Scientifica” ⁷⁰. Giusto per mantenere lo stress ai giusti livelli. In Italia, in aprile venivano effettuati grosso modo 40 mila test al giorno. In settembre 80-90 mila ed ai primi di ottobre erano già saliti a 110-120 mila. Poiché il tasso di

⁶⁸ <https://bit.ly/3jKZHGS>

⁶⁹ Woloshin S et al. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection — Challenges and Implications. NEJM. N Engl J Med 2020; 383:e38 (6 August 2020).

⁷⁰ Mina MJ et al. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity — A Strategy for Containment. September 30, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2025631 “In base a diversi criteri, il test clinico standard di riferimento della reazione a catena della polimerasi (PCR) fallisce se utilizzato in un regime di sorveglianza.”

positività sugli asintomatici è di circa l'1 - 1,5%, sono stati individuati tantissimi "contagiati" sani. Il che ha indotto il prof Scoglio a descrivere così il nuovo fronte della medicina covidiana: *"La patologia della asintomaticità"* ⁷¹. Altri si sono divertiti, si fa per dire, con quelle che credevano essere solo delle battute umoristiche:



Invece la realtà è riuscita a superare la fantasia: *"Saturazione posti letto negli ospedali napoletani con asintomatici"* ⁷², tanto che De Luca ha proposto di trasferirli in resort dedicati, un po' come proposto al nord da esponenti della Lega e del PD.

GLI OSPEDALI CAMPANI SONO QUASI SENZA POSTI

«Gli ospedali sono quasi al massimo della loro possibilità di ricettività di pazienti Covid-19. La domanda di ricovero sta diventando abbastanza preoccupante anche se riusciamo ancora ad intervenire in tempo. Al Cotugno l'ospedale è pieno e lo abbia-

mo quasi totalmente riconvertito», segnala Maurizio Di Mauro, direttore generale dell'Azienda dei Colli di Napoli. Una grana per il governatore Vincenzo De Luca (foto Ansa), che propone di utilizzare dei «covid resort» per isolare gli asintomatici.

⁷¹ Stefano Scoglio LA PANDEMIA INVENTATA, LA NUOVA PATOLOGIA DELL'ASINTOMATICITÀ, E LA NON VALIDITÀ DEL TEST PER IL COVID-19 (31 agosto 2020) <https://bit.ly/36Jczdf>

⁷² <https://bit.ly/3iLsHgx>

Il nostro governo sta solo copiando le entusiastiche indicazioni della Rockefeller Foundation che già ad aprile aveva lanciato il *“Piano 1-3-30 per espandere drammaticamente il numero dei test COVID-19”* ⁷³ in USA. Certo si rivolgevano agli USA, ma indirettamente anche a tutto il resto del mondo:

“Stiamo proponendo alla nostra nazione di riunirsi attorno all'obiettivo audace, ambizioso ma raggiungibile di espandere rapidamente la capacità di test a 30 milioni di test a settimana nei prossimi sei mesi. Questo piano 1-3-30 sarebbe raggiunto: (1) [...] (2) lanciando un'iniziativa [...] per aumentare la produzione a 3 milioni di test a settimana dall'attuale milione [...]”

Guarda caso l'obiettivo dichiarato dal viceministro della Salute è passare dagli attuali 100 mila a 300 mila tamponi al giorno:

Sileri: «300mila tamponi al giorno
Un piano per aiutare le Regioni»

Il che fa 9 milioni di euro al giorno, in prospettiva 270 milioni al mese e 3,24 miliardi all'anno (posto che il costo del singolo test sia 30€)! Un bell'affare per gli amici.

Statistiche gonfiate e manipolate

Le statistiche della pandemia sono basate sulla definizione confezionata dall'OMS e sull'uso di un tipo di test (essenzialmente la RT-PCR), non validato. Altrove abbiamo discusso dell'uso improprio che ne viene fatto per ottenere l'impressione di una nuova malattia mortale a rapida diffusione.

⁷³ Rockefeller Foundation. National Covid-19 Testing Action Plan Pragmatic steps to reopen our workplaces and our communities. April 21 2020.

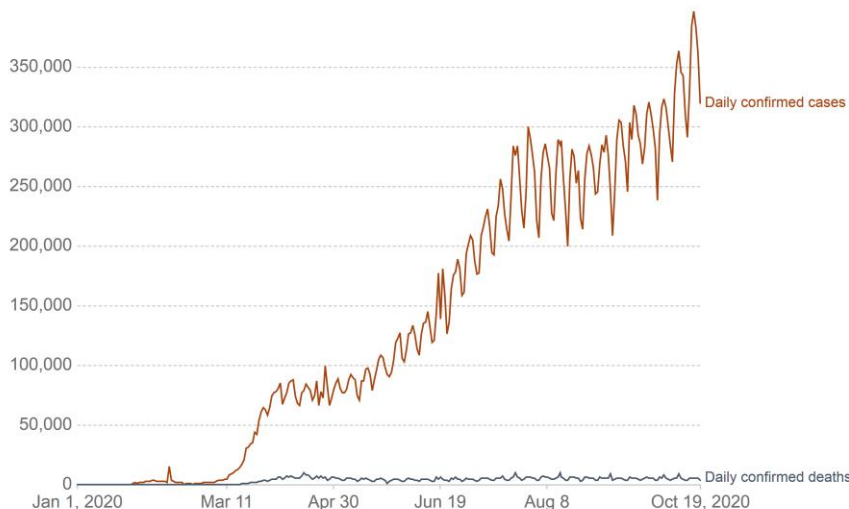
Questi mezzi operativi hanno permesso di catalogare in modo nuovo patologie esistenti (e persino inesistenti!) che finiscono tutte in un grande calderone a cui è stato dato il nome di COVID-19. Il test è tanto più facilmente positivo quanto più il soggetto è malato (per esempio in chi sia affetto da cancro polmonare terminale), e questo permette di ottenere un'alta "letalità" in modo artificioso, indipendentemente da eventuali polmoniti.

Per dimostrare che è proprio quello che avviene, bisognerebbe trovare che la mortalità generale della popolazione non sia aumentata in modo significativo quest'anno rispetto agli anni scorsi.

A livello mondiale, i numeri si sono mantenuti esigui, ben al di sotto di un qualsiasi livello di allarme. So di essere ripetitivo: l'incremento dei "casi" è svincolato dall'andamento della mortalità:

Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, World

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 19 October, 10:35 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Ed in Italia? L'ISTAT in maggio ha fatto uscire una pubblicazione⁷⁴, che aveva l'intento di mostrare il gran incremento di decessi nei primi mesi di quest'anno: un impressionante *"il 46% in più"*, ed *"a Bergamo il 568% in più"* nel periodo esaminato.

A ridimensionare tali cifre e tali percentuali, anzi ad abbatterle, ci ha pensato il prof. Stefano Scoglio (con opportune osservazioni anche da parte del prof. Stefano Petti), il quale ha fatto un'analisi minuziosa di ogni cifra fornita. Val la pena leggere l'intero articolo⁷⁵. Qui traggo soltanto alcuni passaggi.

"Dunque, il totale dei morti in Italia per il primo trimestre 2020 è pari a circa 188.684. E nello stesso periodo degli anni precedenti? Secondo dati ISTAT questi sono i numeri per i primi trimestri dei 5 anni precedenti:

2019 - 185.967

2018 - 184.991

2017 - 192.045

2016 - 166.965

2015 - 188.072

Come si vede, il numero dei morti nei primi 3 mesi del 2020 è sostanzialmente identico a quello del 2015, ed è addirittura inferiore a quelli del primo trimestre 2017 !

⁷⁴ ISTAT. IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA MORTALITÀ TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PRIMO TRIMESTRE 2020. 4 maggio 2020 <https://bit.ly/3nwstNM>.

⁷⁵ Stefano Scoglio. ISTAT e media nazionali e le fake news dell'aumento di mortalità nazionale. Il Rapporto della mortalità 20-2/31-3 2020 dell'ISTAT (6 maggio 2020, modificato 6 ottobre). <https://bit.ly/36yfANK>

Quindi, “i morti del primo trimestre 2020 sono assolutamente entro le normali variazioni annuali, non c'è nessuna mortalità pandemica!

Per l'ISTAT ci sarebbero stati, nel primo trimestre di quest'anno circa 26.676 morti causati dal Covid-19. Abbiamo visto che non è vero, ma anche se lo fosse, si tratterebbe di un numero eccezionale?

Scrivono l'epidemiologo Stefano Petti, docente alla Sapienza: “L'andamento della mortalità italiana non è per nulla regolare, segue picchi periodici – mai chiariti peraltro – a distanza di circa 2-4 anni. Ad esempio nell'inverno del 2015, da gennaio a marzo, si verificarono 217.000 morti premature in Europa tra gli ultra65enni e soltanto 9.000 distribuite nelle altre fasce di età, solo parzialmente attribuite all'influenza. L'Italia, quell'anno, pagò il prezzo più alto: 45.000 decessi in soli tre mesi (Michelozzi et al, 2016).”

Quindi, nel 2015 per patologie respiratorie morirono ben 45.000 in eccesso nei tre mesi da Gennaio a Marzo, ovvero quasi il doppio di quelle attribuite oggi al Covid-19 (26.676) da ISTAT/ISS. Un'ulteriore prova che la mortalità di quest'anno, inclusa quella attribuita al Covid-19, è assolutamente entro i normali livelli di variazione periodica.

Guardiamo bene: a Bergamo ci sarebbe stato un aumento della mortalità del 567%, un numero enorme. In termini concreti, si è passati da 1.180 morti (media dei mesi di Marzo dei 5 anni precedenti), ai 6.238 morti del Marzo 2020: un salto eccezionale (anche se limitato ad una sola città). Ma se andiamo a guardare meglio, vediamo che di queste 6.238 morti solo 2.346 sono attribuiti al Covid-19, il che significa che la stragrande maggioranza dei morti, quasi 4 mila, i 2/3, sono dovuti ad altro! La maggioranza del problema dell'eccesso di

morti è dunque dovuto ad altro dal Covid-19, e in misura ingente. Gli aumenti di mortalità effettivi sarebbero i seguenti:

2346 : 1180 = 1.98 Aumento morti per Covid-19 = 198% (+98%)

3892 : 1180 = 3.29 Aumento morti NON x Covid-19 = 329% (+229%)

Il vero problema della mortalità italiana di questi mesi di presunta pandemia appare alla grande essere altro che il Covid-19!

Quindi l'ISTAT ha eliminato tutti i Comuni in cui c'era stata una riduzione notevole della mortalità, con la scusa che dovevano essere incompleti! Cioè, se non sono come diciamo noi, i dati devono essere sbagliati!"

La manipolazione delle statistiche è un dato di fatto. Quindi vanno riviste completamente. Senza una revisione onesta non si è in grado di capire bene quel che è successo (e l'entità) e potrebbe succedere di nuovo. Già in tarda primavera, quando molti cominciavano a parlare del "virus indebolito" dato che si erano svuotate le rianimazioni, misi in guardia verso una seconda offensiva mediatica che si è poi puntualmente verificata. Dicevo che tale offensiva la stavano preparando con l'aumento del numero di tamponi fasulli e avrebbe trovato il suo coronamento con l'arrivo delle malattie autunnali ed invernali. Bloccati di nuovo e ridotti in miseria, che sta arrivando al galoppo. Grazie ad un'epidemia inventata.

Strabilianti conferme sulla fallacità dei test

Ormai è palese, tanto che quel che andiamo dicendo da molti mesi ormai viene confermato anche da personaggi di grande rilievo, che lo affermano dall'alto di posizioni privilegiate.

Il Ministro degli esteri inglese, Dominc Rabb, ha dichiarato ⁷⁶: *"Il motivo per cui non possiamo introdurre test affidabili negli aeroporti è perché il tasso di successo è inferiore a uno su dieci".*

L'ex direttore scientifico della Pfizer dr Mike Yeadon ⁷⁷ ha affermato: *"Hennigan ha dimostrato che se la specificità è 99%, allora 1 su due sono falsi. Io penso che il tasso di false positività sia molto più alto. Se questo è vero, allora praticamente tutti i positivi sono falsi o non infettati."*



L'intervistatrice gli ha allora domandato: *"Stiamo basando una politica del governo, una politica economica, una politica per le libertà civili, in termini di limitare le persone a sei persone in una riunione ... tutto basato su, quali potrebbero essere, dati completamente falsi su questo coronavirus?"*

Il dottor Yeadon ha risposto con un semplice "sì".

⁷⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=5RMtTZedzf0>

⁷⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=Ch7wze46md0&feature=youtu.be>

Questa alta fallacia, ne nasconde una più grande ancora e Yeadon non se ne rende conto. Infatti, se il risultato è così spesso sbagliato, allora quale sarebbe il risultato giusto? E così si ritorna dritti dritti all'origine del tutto, a domandarci circa le basi dell'intera impalcatura.

E come non ricordare uno scandalo avvenuto in Svezia e rivelato dalla agenzia Reuters il 25 agosto? *“Migliaia di svedesi ebbero falsi risultati positivi per COVID-19 a causa di un kit difettoso”*⁷⁸.

“STOCCOLMA (Reuters) - A circa 3.700 persone in Svezia è stato detto per errore di avere il coronavirus a causa di un kit difettoso di test COVID-19 dalla Cina, ha detto martedì l'Agenzia per la sanità pubblica. Il kit di BGI Genomics non è riuscito a distinguere tra livelli molto bassi di virus e un risultato negativo, ha detto l'agenzia.”

Sta a significare che era ritenuto troppo sensibile.

Le Autorità svedesi hanno dichiarato di non sapere quanti esami fossero stati effettuati con quel kit. Si può supporre che il loro numero sia stato di molte decine se non centinaia di migliaia.

Ma il fatto notevole è che la BGI Genomics aveva ricevuto a marzo l'autorizzazione per l'uso (EUA) dalle autorità statunitensi e per essi ed aveva ottenuto analoga approvazione (uso di emergenza) dall'OMS a maggio. E lo scandalo è scoppiato in agosto, in Svezia.

In più sappiamo con certezza che lo stesso kit è stato importato ed usato anche in altri Paesi europei, tra cui l'Italia, fin da aprile⁷⁹. In seguito a questa notizia, qualcuno pensa che ci sia forse

⁷⁸ Reuters. Thousands of Swedes got false positive COVID-19 result due to test kit fault. <https://reut.rs/3o3DI64>

⁷⁹ ADNKRONOS Il gruppo BGI fornisce supporto per il rilevamento e l'intervento tempestivi di COVID-19 in tutta Europa 20/04/2020. <https://bit.ly/3nVvrM2>

stata anche da noi un'indagine, un controllo, una revisione dei casi? Macché! È stato più semplice mettere questa informazione sotto il tappeto e farla dimenticare in fretta.

La questione del virus ingegnerizzato scappato al laboratorio

“Una chimera: questo è il Covid-19. Ossia uno strano ibrido, il prodotto della manipolazione di virus fatta in laboratorio allo scopo di produrre vaccini”. “Non ha origini naturali: non è una iniziativa di Madre Natura per ricondurci a stili di vita più sobri e naturali: è la conseguenza di azioni umane, è un piccolo mostro di Frankenstein uscito da laboratori dove si trafficava con vari tipi di genomi”. Sono queste le conclusioni cui è arrivato lo scienziato Joseph Tritto al termine degli studi condotti con la sua équipe di ricerca. Le rivelazioni sono accessibili al pubblico nel volume *“Cina Covid-19. La chimera che ha cambiato il mondo”*.⁸⁰

Il Covid è dunque una chimera, ovvero un ibrido, un virus artificiale creato in laboratorio.

Il prof Tritto è stato messo in imbarazzo dall'autore di questo libro. In una intervista su Vox Italia, non ha saputo rispondere a due semplicissime domande⁸¹, dimostrando il vuoto su cui aveva imbastito il suo fantasioso ricamo.

⁸⁰ <https://bit.ly/3IyUTVT>

⁸¹ Bill Gates contro Donald Trump Conduce Francesco Toscano, ospiti: Joseph Tritto - presidente accademia mondiale scienze biomediche; Luca Marfè - giornalista de Il Mattino; Fabio Franchi - Infettivologo. <https://youtu.be/A35lfmTeUfl>.

Anche il prof Montagnier non poteva tacersi, essendo un esperto proprio in questo campo. Ha pensato bene di rinverdire la scoperta che gli ha permesso di incassare il Nobel per la Medicina nel 2008 ed ha avanzato l'ipotesi che questo nuovo coronavirus avesse alcune proteine del suo caro "HIV"⁸².

"Torna il dibattito sull'origine del virus: le ipotesi del virologo Montagnier e le reazioni dei colleghi. Virus naturale o manipolato dall'uomo? diffuso dal mercato di Whan o uscito da un laboratorio? Le domande che dividono la comunità scientifica"

Sul canale francese CNews, il ricercatore lo ha dichiarato⁸³:

"Siamo giunti alla conclusione che ci fosse una manipolazione intorno a questo virus. [...] Ad una parte ma non dico il totale [...] del coronavirus del pipistrello, qualcuno ha aggiunto sequenze, in particolare dell'HIV, il virus dell'AIDS. [...] Non è naturale. È il lavoro di professionisti, di biologi molecolari. [...] Un lavoro molto meticoloso".

Per chi non lo sapesse, Montagnier confessò in una famosa intervista di non aver mai isolato né purificato l'HIV (LM: *"ripeto, noi non purifichiamo"*)⁸⁴, confermando in pieno le osservazioni del Gruppo di Perth di anni prima⁸⁵. Ancor prima, nel 1992, aveva pubblicato un lavoro in cui dimostrava che in colture cellulari il suo "HIV" era perfettamente innocuo a

⁸² Montagnier virus ingegnerizzato. 23 Aprile 2020. <https://bit.ly/36xU0IT>

⁸³ <https://twitter.com/CNEWS/status/1251080850562834432>

⁸⁴ Djamel Tahi. Interview to Montagnier.

1997. <http://www.virusmyth.com/aids/hiv/dtinterviewlm.htm>

⁸⁵ Eleni Papadopoulos-Eleopoulos et al. COMMENTARY ON MONTAGNIER. <http://www.virusmyth.com/aids/hiv/epreplyintervlm.htm>

dispetto di tutto quello che era stato detto fino a quel momento, lui compreso ⁸⁶.

L'ipotesi del prof Montagnier è senz'altro affascinante: il nuovo coronavirus mai isolato potrebbe aver un pezzo di un altro virus mai isolato. Un fantasma chimérico.

Per inciso, il prof Montagnier è anche quello che dal 1984 in poi, ogni anno prevede che "entro 2-4 anni" avrebbero trovato un vaccino per l'AIDS. Io allora ebbi facile gioco a spiegare invece come uno efficace non poteva essere trovato. Tra gli altri, a cercarlo si è dedicato con passione anche il prof Guido Silvestri, il quale è ancora impegnato nell'interminabile ma redditizia impresa. Ad essa finora sono stati dedicati circa 40 miliardi di dollari, cioè 20 volte quanto bastò per preparare le prime bombe atomiche.

Puntualizzazioni sui test (i "tamponi")

L'argomento è stato sviluppato nella seconda parte. Qui aggiungiamo solo una breve sintesi ed alcune osservazioni più recenti.

Allarme aumento CONTAGI

Tra gli asintomatici, quanti risultati positivi sono FALSI? ⁸⁷

⁸⁶ Lemaitre M et al. Role of Mycoplasma Infection in the Cytopathic Effect Induced by Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Infected Cell Lines. INFECTION AND IMMUNITY, March 1992, p. 742-748.

⁸⁷ <https://www.facebook.com/fabio.franchi.2.0/posts/188156802773812>

Risposta ufficiale: non è stato mai calcolato, così dice la “scienza” ⁸⁸, ma sicuramente le Autorità Sanitarie non hanno voluto farci partecipi e danno per scontato che tutti i risultati siano veri. [NB: tenete conto che a mio parere tutti i risultati di questi test sono fasulli, ma ora facciamo finta che i dati fornitici siano veri. Non ne vengono fuori comunque].

SENSIBILITÀ e SPECIFICITÀ sono caratteristiche fondamentali da conoscere per valutare ogni test, ma gli studi che le stabiliscono (per la PCR contro il nuovo virus) sono rari se non assenti.

In verità valori ottimi sono offerti dalle Case Produttrici dei kit, ma di mezzo c'è un ingombrante conflitto di interessi.

Il tampone, cioè la PCR, inizialmente è stata validata... da se stessa, cioè con la ripetizione dello stesso esame e con l'associazione di esso con la clinica (febbre, polmonite). La PCR è il riferimento principe, è considerato da molti il *gold standard* ⁸⁹. Alcuni reputano che la validazione in simile maniera sia una forzatura ⁹⁰. Tale procedura è infatti scorretta per “distorsione da inclusione”. Il giudice che è chiamato a giudicare se stesso.

Per inciso i numerosi kit a disposizione danno risultati spesso discordanti.

Se fosse davvero il *gold standard*, allora non potrebbe avere dei risultati falsi per definizione. Dire che ce ne possano essere implica l'ammissione che non è il *gold standard*. Un bel guazzabuglio.

⁸⁸ Woloshin S et al. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection — Challenges and Implications. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMp2015897

⁸⁹ ISS. https://www.iss.it/documents/20126/0/covid+contents1_DEF.pdf

⁹⁰ Watson J Interpreting a covid-19 test result Jessica Watson. BMJ 2020;369:m1808 doi: 10.1136/bmj.m1808 (Published 12 May 2020).

Quello che dovrebbe interessare principalmente è che il test sia capace di identificare bene il virus asseritamente associato a gravi polmoniti. Lo è? Assolutamente no.

Se il riferimento è la clinica (soggetti ricoverati per sospetta COVID), la PCR ha una sensibilità del 59,3% in un noto studio ⁹¹. Significa che, su 100 malati sospetti (con e senza polmonite), 40 risulteranno negativi (FALSI NEGATIVI secondo questo criterio). Per maggiori dettagli vedi seconda parte.

Ancora peggio è cercare di valutare questi parametri sugli asintomatici.

La sensibilità sugli asintomatici non è stata mai stabilita e non bisogna stupirsene, infatti tale parametro è stato testato – come detto dianzi - in chi stia male. Ma sugli asintomatici sani, come si fa a distinguere quelli che albergano il virus da quelli che non lo hanno? Non c'è nessuna differenza, tranne il risultato del tampone, di cui appunto non si riesce a stabilire la affidabilità in modo indipendente. Certo, esiste la coltura cellulare del “virus”, ma la coltura (piuttosto laboriosa e ammesso e non concesso che sia eseguita correttamente) conferma solo una parte dei casi positivi al tampone (e talvolta è positiva quando il risultato della PCR è negativo!).

Se la coltura può confermare solo una parte dei casi, allora la PCR può essere considerato il *gold standard* solo per convenzione, senza verifica. Perciò i risultati sugli asintomatici sono del tutto incerti. Questo è spiegato più in dettaglio nella seconda parte.

Neanche per la SPECIFICITÀ le cose vanno tanto bene.

⁹¹ Tao Ai et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases Radiology 2020; 296:E32–E40

Poniamo sia il 95% ⁹² (sembra una buona prestazione!) anche negli asintomatici. Dunque, per una prevalenza ipotetica dell'infezione del 2%, quali opzioni avremmo di fronte ad un risultato positivo al "tampone"? Quella di trovarci di fronte ad uno FALSO con probabilità 5 volte maggiore di quella di trovarci davanti a uno vero. Ripeto: si tratta di una valutazione del tutto ottimistica, in linea con i dati ufficiali a disposizione e che in questa argomentazione non ho neppure contestato.

Per calcolarla veramente, avrebbero dovuto effettuare i test su una popolazione estesa e disomogenea, sicuramente esente da infezione, affetta oppure no da altre patologie (per esempio su campioni biologici risalenti a prima del 2019). Lo studio avrebbe dovuto essere effettuato in doppio cieco da una equipe esente da conflitti di interesse e con esami standardizzati, meglio in più laboratori per il controllo.

Quello che è rilevante è che le politiche sanitarie, lo stato di emergenza, e tutte le limitazioni che si inventano giorno per giorno, sono basate su queste basi platealmente artefatte.

Che abbiano tenuto volutamente all'oscuro la popolazione lo ha scoperto il prof Scoglio ⁹³ che non si è fatto sfuggire un documento pubblicato dall'ISS, e che conferma in pieno quanto anch'io andavo dicendo dal mese di marzo. La conclusione è che le Autorità sanitarie hanno imbrogliato la popolazione consapevolmente e consapevolmente continuano a farlo. Infatti tutti i nuovi positivi giornalieri vengono propagandati come "casi" e "contagiati", pur essendo un clamoroso falso.

⁹² Woloshin S et al. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection — Challenges and Implications. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMp2015897

⁹³ Stefano Scoglio <https://bit.ly/3dahbdz>

Gli esami anticorpali

Gli esami anticorpali potrebbero dirimere molti dubbi se fossero affidabili. Senonché la presenza di anticorpi in assenza di malattia dovrebbe corrispondere a tampone negativo (malattia risolta). Spesso non succede ed è un bel problema. Essi sono stati confrontati - per essere validati - con la clinica ed il risultato positivo del tampone, cioè con la PCR di cui non si conoscono le reali sensibilità e specificità. Sono quindi fondati sulle sabbie mobili (che spero presto se le inghiottano assieme a tutto il resto).

Un aspetto curioso, e di cui ho parlato nella seconda parte è che vi sia una certa consapevolezza ed un barlume di disagio da parte della FDA che li approva con il sistema della EUA (Autorizzazione per l'Uso in Emergenza). L'EUA permette l'approvazione da parte dello stesso ente di controllo senza verifica indipendente, sulla base delle dichiarazioni delle ditte fornitrici dei kit. Fanno scrivere sulle stesse istruzioni dei test anticorpali: *“concordanza percentuale positiva”* e *“concordanza percentuale negativa”*. A quelle viene attribuito lo stesso significato di sensibilità e specificità. Perché il cambio di terminologia, quell'eufemismo, allora? Sembra una sottigliezza invece non lo è. Il motivo è che mancano riferimenti validi e le vere sensibilità e specificità sono sconosciute!

L'uso scriteriato dei test balordi ha dato i suoi strani risultati, infatti le stime sulla positività della popolazione italiana sono estremamente incerte.

Per i meno esperti preciso che i test anticorpali dovrebbero rivelare la presenza di un fattore di protezione verso una malattia che sia stata contratta e superata nel passato. Se supera una certa soglia, che per la COVID stranamente è stata stabilita a livello del 60%, allora si ha, si dovrebbe avere, una

protezione di gregge. Teoricamente la percentuale di soggetti protetti dovrebbe aumentare progressivamente. Diversa la valutazione delle positività al tampone, la quale, secondo la teoria virale che ritengo sbagliata, sta ad indicare la diffusione della infezione acuta nella popolazione, attività che può variare nel tempo in più o in meno.

Nell'aprile scorso, sulla base di proiezioni effettuate a partire da campioni della popolazione, il prof Matteo Bassetti parlò di 6-8 milioni di italiani positivi al test anticorpale ⁹⁴. Il prof Pasquale Bacco, in base alla sua estesa ricerca, tanto pubblicizzata, stimò fossero 21 milioni circa ⁹⁵. La indagine ISTAT su un campione di 65.000 soggetti, più recente, arriva alla stima di 1,5 milioni ⁹⁶. Come conciliare tali differenze?

Difficile da spiegare per gli esperti, ma non per un attento osservatore: tanto per cominciare non sono stati usati gli stessi kit. Ed i kit non sono standardizzati, come abbiamo detto.

Ma ora sembra sia successo un nuovo fenomeno inaspettato: il prof Gasparini, sulla base di due importanti studi ⁹⁷, di cui uno pubblicato ⁹⁸, rivela che molti soggetti prima positivi agli anticorpi si sono negativizzati in pochi mesi. Nel suo ospedale, il Burlo Garofolo di Trieste, ha testato 720 dipendenti tra aprile e luglio. All'inizio era positivo il 17% di loro, ma dopo tre mesi meno dell'1% aveva ancora gli anticorpi. Lo studio del gruppo del professor Gasparini suggerisce che la sopravvivenza a tre mesi sia inferiore al 10%, e che il tasso di decadimento possa essere dell'ordine del 20% la settimana.

⁹⁴ <https://bit.ly/2Fi9eGG>

⁹⁵ Pasquale Bacco La Stampa. 19 aprile <https://bit.ly/2Fhsxjm>

⁹⁶ <https://bit.ly/2GUhUDI>

⁹⁷ Luca Ricolfi. I conti non tornano. 3 Ottobre 2020 .

<https://www.fondazionehume.it/societa/i-conti-non-tornano/#more-15141>

⁹⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.19.20071563v1>

Anche dei ricercatori canadesi hanno avuto simili riscontri ⁹⁹.

Questo sarebbe un fenomeno molto più che rilevante, rivoluzionario! Starebbe a significare che il sistema immunitario, evolutosi in milioni di anni, ha deciso di rispondere in modo peculiare a questo unico “virus”, pur simile ad altri già in circolazione. Altri coronavirus sono infatti responsabili di raffreddori e di una bella quota delle comuni sindromi influenzali. In nessun altro caso di malattia virale naturale gli anticorpi si dileguano in così breve tempo. Fosse vero, implicherebbe che chi avesse superato la malattia sarebbe in poco tempo nuovamente a rischio di riprendersela. Un ribaltamento tale dei principi più assodati della immunologia, da non essere credibile. Anche questo si aggiunge a tutto quanto di altro è da ascrivere ad un'impostazione sbagliata.

La soluzione va ricercata ancora una volta nella modalità di preparazione dei test.

⁹⁹ Josée Perreault et al. Waning of SARS-CoV-2 RBD antibodies in longitudinal convalescent plasma samples within four months after symptom onset. Letter| October 1, 2020.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33001206/>

CONCLUSIONE (sull'uso dei test)

Sui test di cui sopra si basa la politica sanitaria, gli arresti domiciliari, la quarantena, la distanza, le museruola, la sospensione dei diritti civili. Il tutto ad un costo elevatissimo per la società diretto e indiretto. Trenta euro a test (privatamente 80€ o più!) per 60 milioni di abitanti fa 1.800 milioni. Un bell'affare, in concorrenza con il vaccino prossimo venturo che provocherà la formazione di anticorpi falsi ed inutili come quelli ricercati con i test. Invece di affrontare i problemi, le autorità sanitarie cercano di coprire le manchevolezze confondendo con una gragnuola sempre più fitta di test, pur essendo ben consci che si tratta di un uso improprio.

Le mascherine di carnevale

Il direttore dell'NIH da oltre 36 anni, Anthony Fauci, ha espressamente negato che le mascherine possano avere un effetto di protezione per i virus influenzali, così come usate dalla popolazione all'aperto. Anzi, ha aggiunto, potrebbero essere controproducenti.

Eppure si continua a prescriverle obbligando.

Mi son sempre stupito della obbediente passività di molti concittadini a tale ingiustificato sopruso. Trovavano del tutto naturale indossarle così, magari togliendosele per bere il caffè o per mangiare al ristorante. Momenti in cui il virus notoriamente si prende delle pause e sospende le sue "attività contagiose".

Anche se non tutti sanno che i più piccoli fori del filtro della migliore mascherina è circa 5 volte più largo del diametro del supposto virus, tutti dovrebbero aver osservato che dagli spazi laterali ci passano agevolmente una o più dita. E da lì le

goccioline espirate - ed i virus eventualmente in volo - passano. Una volta fuori, si spostano con il movimento dell'aria e, come il fumo, possono raggiungere anche a chi stia a due metri.

Infatti l'ex ministro Beatrice Lorenzin, assidua della mascherina, si è trovata "positiva" perciò pensa di esserselo preso ... "attraverso gli occhi"! Speriamo che in futuro si copra dal collo fino alla fronte. Con dei tappi anche nelle orecchie, non si sa mai.

In una sala chirurgica è diverso, la mascherina ha la funzione di impedire l'inquinamento diretto del campo operatorio. C'è comunque un continuo ricambio dell'aria, con flusso laminare, che fa il resto.

Dal mio punto di vista, le mascherine sono inutili al 110 per cento: non possono certo impedire il passaggio di un virus che non c'è. Inoltre sono pericolose per le implicazioni che hanno nello sviluppo dei più piccoli e della loro socializzazione. Pericolose pure per l'enorme quantità di microplastiche che liberano nell'ambiente e che inevitabilmente in parte vengono respirate (300 tonnellate ogni 60 milioni di mascherine), specie in ambienti chiusi. Così pure per l'alterazione dell'attività respiratoria (favorisce la respirazione con la bocca, facendo escludere il filtro naturale: il naso). Con ritmo respiratorio più elevato possono subentrare in alcuni soggetti problemi di acidosi ed ipossiemia. Il prof Alberto Donzelli ha effettuato una attenta ricerca nella letteratura scientifica delle evidenze disponibili e ha trovato piena conferma di quel che ho detto ed era facile intuire. Ha cercato in tutti i modi di sollecitare l'attenzione del governo e del Comitato Tecnico Scientifico al riguardo, ma la risposta è stata il silenzio ¹⁰⁰

¹⁰⁰ Alberto Donzelli sull'uso di mascherine, intervistato da Francesco Toscano: <https://www.youtube.com/watch?v=Lp3iLjA3lk4>

L'unica funzione della mascherina, in questo contesto è quello di lanciare un messaggio: *“Sono disposto ad accettare supinamente qualsiasi ordine mi venga dato, anche il più assurdo. Sono il vostro schiavo felice”*.

Termino con una esilarante battuta del prof Fabrizio Pregliasco, che non si è fatto sfuggire l'occasione per spararne una più grossa del solito:



¹⁰¹ VALERIA PINI Sesso e Covid: fra distanziamento, mascherina e desiderio .
<https://bit.ly/348Nk2g>

alcun rischio di alcuna patologia fisica inerente la COVID, anche volendo dare per accettata la versione ufficiale.

PS Non sviluppo l'argomento dei disinfettanti, anche se meriterebbe il suo spazio: infatti si usano sostanze tossiche (in piccole quantità) che si assorbono attraverso la pelle, tanto di più, quanto di più viene ripetuto l'atto. Hanno una motivazione del tutto irrazionale anche volendo accettare la teoria virale.

La prova provata della presa per il naso (sulla utilità della vaccinazione antinfluenzale nel contesto dell'attuale pandemia)

Di prove ce n'è tante, ma una spicca in modo particolare. Gli esperti presenti ogni giorno sui teleschermi della tv nazionali e spesso sulle prime pagine dei giornali hanno tutti supportato un messaggio particolare, e cioè che la vaccinazione antinfluenzale possa aiutare nella diagnosi differenziale per la COVID. Prendiamo un'intervista al professor Matteo Bassetti ¹⁰² come paradigma. L'intervistatore gli domanda:

I: In attesa del vaccino anti- COVID, *“fino ad allora che si fa?”*

B: *“Raccomando di fare il vaccino antinfluenzale ed anti-pneumococcico”.*

I *“Combattono il COVID?”*

B: *“Noi dobbiamo sgombrare il campo dagli elementi confondenti. Senza queste vaccinazioni, a ottobre il primo che ha la febbre, la tosse o il raffreddore correrà in ospedale con il terrore del SARS-CoV-2 e sarà di nuovo il caos”.*

¹⁰² Intervista al prof Matteo Bassetti <https://www.laverita.info/intervista-matteo-bassetti-hanno-creato-il-virus-del-fornaio-2647063866.html>.

E' una assurdità rivolta a chi è capace di trangugiarsi anche un cammello senza battere ciglio, cioè a moltissimi. E' un'assurdità per i seguenti motivi:

- 1) Lascia presupporre che le due vaccinazioni siano efficacissime. Facciamo finta di credergli. In tale caso, se un vaccinato avesse qualche sintomo, sarebbe proprio lui a temere di avere la COVID ed andrebbe ad intasare allarmato il Pronto Soccorso, poiché in testa sua escluderebbe trattarsi di influenza od infezioni pneumococciche.
- 2) Se anche le due vaccinazioni fossero efficacissime, ci sarebbero tutte le altre sindromi influenzali ed altre malattie respiratorie, dovute ad altri virus e germi, che ne costituiscono la gran maggioranza. Tutte simili come presentazione. Anche per questo motivo la diagnosi differenziale non verrebbe aiutata. Anche il più giovane medico arrivato in corsia è tenuto a saperlo.
- 3) La vaccinazione antipneumococcica è considerata dalla Comunità Scientifica come "costosa ed inutile" per soggetti con età superiore ai 64 anni ¹⁰³.
- 4) La vaccinazione antinfluenzale ha un'efficacia bassissima - se non negativa - nei confronti di alcuni dei virus influenzali propriamente detti che causano solo 1/10 circa delle sindromi influenzali ¹⁰⁴. In uno studio italiano pubblicato nel 2018, su oltre 60.000 soggetti, metà vaccinati e metà no, i primi ebbero più accessi al pronto soccorso, più ricoveri ospedalieri, e maggiore mortalità ¹⁰⁵:

¹⁰³ <https://bit.ly/34FQsBK>.

¹⁰⁴ Franchi F et al. Influenza, un'epidemia di equivoci:
<https://www.onb.it/2018/11/11/influenza-unepidemia-di-equivoci/>

¹⁰⁵ Valent and Gallo: Influenza vaccine effectiveness in an Italian elderly population during the 2016-2017 season Ann Ist Super Sanità 2018 | Vol. 54,

	Outcome		
	ED visit	Hospitalization	Death
	HR ¹ (95% CI)	HR ¹ (95% CI)	HR ¹ (95% CI)
Influenza vaccination (any vs no vaccination)	1.13 (0.91-1.40)	1.11 (0.93-1.33)	1.05 (0.70-1.58)
Influenza vaccination (intradermal vs no vaccination)	1.11 (0.95-1.48)	1.11 (0.92-1.34)	1.02 (0.67-1.54)
Influenza vaccination (tetraivalent vs no vaccination)	0.81 (0.46-1.41)	1.47 (1.00-2.15)	1.12 (1.03-1.54)

¹Hazard ratios are estimated by Cox proportional hazard models in which the independent variable vaccination is treated as a time-varying variable with a 14-days lag. All hazard ratios are adjusted for sex, age, comorbidity score, pneumococcal vaccination.

- 5) Le zone dove ha colpito più pesantemente la COVID-19 (Bergamasco e Bresciano), è stata quella in cui la popolazione è stata oggetto di vaste campagne di vaccinazioni antinfluenzali, antipneumococciche, ed antimeningococciche nel periodo immediatamente precedente la crisi della COVID.
- 6) Medici di famiglia delle zone del bergamasco hanno attestato che i soggetti colpiti da polmoniti erano quasi tutti vaccinati ¹⁰⁶

Dicevamo che la dichiarazione dell'esperto è non sta in cielo né in terra, e curiosamente è ripetuta con poche varianti anche dagli altri "scienziati" che hanno il monopolio dell' "informazione", i professori: Fabrizio Pregliasco, Walter Ricciardi, Roberto Burioni, Pierluigi Lopalco, Massimo Galli ed altri. Persino i referenti d'oltralpe danno la stessa esatta versione, così per esempio Daniel Floret, vicepresidente della commissione tecnica per le vaccinazioni dell'alta autorità sanitaria (Has) francese ¹⁰⁷. Viene proprio il sospetto che

No. 1: 67-71. [Più accessi al PS, più ricoveri ospedalieri, maggiore mortalità per i vaccinati, vedere tabella 2]

¹⁰⁶ Marco **Birolini**. **Coronavirus A Bergamo il giallo dei focolai Avvenire**. 31 marzo 2020.

<https://www.avvenire.it/attualita/pagine/a-bergamo-il-giallo-dei-focolai>

¹⁰⁷ <https://bit.ly/33PsF2Y>

PRIMA PARTE

abbiano ricevuto un consiglio che non potevano rifiutare da coloro che coordinano l'operazione dall'alto. Come soldatini hanno obbedito, meglio una figura di palta che disobbedire.

SECONDA PARTE

“Pandemia” di COVID-19: analisi critica

di Fabio Franchi¹⁰⁸ (terza versione ampliata: 25 giugno; seconda versione: 1 maggio 2020, prima versione: 3 aprile 2020)

Sommario

Lo scopo del presente scritto è quello di rivedere la solidità della teoria virale, se sia in grado di spiegare la COVID-19 e la sua diffusione pandemica. Vengono perciò analizzati i vari aspetti separatamente. La diagnosi è effettuata in base ad una definizione alquanto vaga ed alla positività di un test (RT-PCR) su tampone biologico od artificiale. In questo modo un’ampia quota di casi simili di malattia non sono stati e non sono identificati. D’altro canto, un vasto numero di diagnosi sono state e sono poste a soggetti del tutto asintomatici. Le statistiche sono state presentate in modo scorretto e fuorviante. Le previsioni effettuate con tanta enfasi sono andate fuori misura. La interpretazione dei risultati dei tamponi si è complicata vieppiù dopo l’introduzione più recente dei test anticorpali.

¹⁰⁸ Già Dirigente Medico presso il Reparto di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, inoltre in Malattie Infettive all’Università di Siena

L'affidabilità dei test anticorpali è stata stabilita per confronto con quella della RT-PCR. Tuttavia della RT-PCR non si conosce la sensibilità né la specificità, non essendo stato possibile validarle. La mancata validazione è dovuta alla assenza di un criterio disponibile di riferimento affidabile, il cosiddetto *gold standard*. Quest'ultimo deve per forza essere il virus stesso, il suo effettivo isolamento. Nell'esaminare la letteratura scientifica, si nota che il virus SARS-CoV-2 non è stato correttamente isolato, come dimostrano tra l'altro le fotografie al microscopio elettronico in cui si vedono formazioni diverse tra loro, spesso incompatibili con le caratteristiche del Coronavirus.

La conclusione è che la teoria virale del COVID-19 è falsificata sotto molteplici aspetti: rappresenta il fallimento scientifico di un indubbio successo mediatico, ottenuto con la creazione di una allarme sociale dalle proporzioni mai viste prima.

Abbreviazioni

COVID-19: acronimo di Co (corona); Vi (virus); D ('disease', malattia)

ELISA: enzyme-linked immunosorbent assay (saggio immuno-assorbente legato ad un enzima)

EUA: Approvazione per Uso di Emergenza (da parte della FDA)

FDA: Food and Drug Administration

ISS: Istituto Superiore di Sanità, ente di diritto pubblico, è posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute.

LFA:Lateral Flow Assay noto anche come lateral flow immunochromatographic assay (test a flusso laterale)

PBS: tampone fosfato salino

PCR: Reazione Polimerasica a Catena, moltiplica esponenzialmente segmenti di DNA; RT-PCR: Reazione Polimerasica a Catena per poter moltiplicare segmenti di RNA. Il primo passaggio, da RNA a DNA avviene tramite un ciclo con transcriptasi inversa,

PPA: concordanza positiva percentuale; NPA: concordanza negativa percentuale;

Spikes:estroflessioni sulla superficie del capsido virale;

SARS-CoV-2: coronavirus responsabile della COVID-19

Nota importante!

Le immagini relative alle fotografie elettroniche del SARS-CoV-2 sono copiate e riprodotte con un disegno, il più possibile fedele, di quelle presenti sulle pubblicazioni citate. Per poter vedere le immagini originali è necessario accedere direttamente ai lavori scientifici da cui sono tratte e che sono disponibili a tutti.

Questo lavoro è dedicato al ricordo del prof **Luigi De Marchi**,
amico e maestro ineguagliabile

“It’s too late to correct”, said the red Queen. “When you have once said a thing, that fixes it and you must take the consequences”.

Lewis Carroll. *Through the looking glass.*

Premessa

L’urgenza di fronteggiare una polmonite interstiziale, di causa inizialmente ignota con alta mortalità ed a rapida diffusione ^{1, 2} ha permesso un approccio frettoloso e grossolano. Sono state avanzate allo scopo delle ipotesi operative, senza che fosse seguita presto un’analisi completa con una impostazione metodologica corretta.

È tempo di rivalutare i passaggi più importanti, in particolare alcuni aspetti della definizione, dell’isolamento virale e la dimostrazione di causa ed effetto del Coronavirus rispetto alla sindrome respiratoria.

Solo dopo aver compiuto questi necessari passaggi, i misteri e le innumerevoli anomalie della COVID-19 (malattia asseritamente causata dal SARS-CoV-2) potranno essere chiariti e compresi.

La definizione di “caso” di COVID-19

La definizione stabilita dall’OMS prevede tre possibilità: “caso sospetto” ³, “probabile” e “confermato” ⁴.

Per quanto concerne il primo, è previsto un corredo di sintomi, segni, alterazioni laboratoristiche e radiologiche associato ad un contesto epidemiologico, per il secondo invece si permette che venga posta la diagnosi (seppur probabile) anche con un test di amplificazione genica dal risultato inconcludente (cioè negativo per una delle due proteine ricercate e caratteristiche del SARS-CoV-2), oppure quando sia positivo un test generico per tutti i coronavirus. Quindi vi possono essere inclusi anche soggetti che abbiano per esempio una sindrome influenzale dovuta a comuni coronavirus circolanti od altri microrganismi.

Per esempio in Cina, di 76.314 casi riportati in una estesa *review*⁵, il 22,4% vennero catalogati come “casi sospetti”, il 14,6% come “diagnosticati clinicamente” e l'1,2% come “asintomatici”. Ciò significa che il 37% dei casi riportati nelle statistiche cinesi fino a quel momento era stato diagnosticato solo su base clinica (“casi sospetti” secondo la definizione OMS). Eppure la informazione *mainstream* fornita alla popolazione del mondo intero li ha presentati tutti come accertati. In più, una quota di positivi al test non presentava alcun sintomo.

Sempre secondo la definizione OMS, il “caso conclamato” si impernia sulla positività del test, di un unico test ovvero la RT-PCR, ed è svincolato dalla sintomatologia e dalla malattia. Quindi “caso” sarà con ogni diritto anche chi stia benissimo, non abbia alcun disturbo né alcuna alterazione laboratoristica (se non al famoso tampone) né radiologica. La ricerca degli anticorpi, che avrebbero dovuto essere considerati fondamentali nel confermare o meno un'infezione acuta, sono stati messi in secondo piano. Erano disponibili fin dall'inizio, ma fino al mese di aprile non sono stati utilizzati (“a causa della discordanza con i risultati del test RT-PCR?” mi domandavo nella prima stesura del presente elaborato). “Altri esami” vengono menzionati, ma non sono indispensabili (sempre secondo la definizione OMS) ed in effetti il più delle volte non sono stati e non vengono effettuati.

Ne deriva che i decessi sono considerati come dovuti al Coronavirus se tale test risulta positivo, anche se l'accertamento di causa di morte prevede altre regole (deve essere individuata la patologia più importante che ha portato all'exitus, e menzionate a parte le patologie concomitanti). Per definizione sono previsti casi asintomatici, e, sempre per definizione, se questi muoiono per una qualsiasi ragione, la causa stabilita resta il SARS-CoV-2, il che può essere considerato una forzatura. Sempre in riferimento alla "causa di morte", in Italia è stato seguito il criterio poco scientifico del "tutti dentro", mentre altrove, come in Germania, è stato considerato l'approccio più razionale di registrare la causa principale, seppure con differenze tra un Centro ospedaliero e l'altro ⁶. Da qui deriva in parte la differenza di letalità tra Italia e Germania (14,50% versus 4,7%, al 14 giugno 2020). Il capo della Protezione Civile italiana, Angelo Borrelli, ha dichiarato espressamente durante la Conferenza Stampa del 12 marzo che i decessi riguardano soggetti deceduti con test PCR positivo per SARS-CoV-2, senza distinzioni per quelli giunti ad exitus a causa del SARS-Cov-2. La evidenza maggiore in favore della tesi di una malattia di scarsa importanza sociale o che consista nella riclassificazione di malattie già note, sta nella sovrapposizione dell'età media dei deceduti con l'aspettativa di vita (sia all'inizio dell'epidemia ⁷ che successivamente ⁸, cioè 80 anni).

Prove a supporto di una riclassificazione di malattie note

Il prof Alessandro Bonsignore, medico legale e presidente dell'Ordine dei Medici della Liguria ha così dichiarato:

"Una problematica che riguarda tutto il nostro Paese, ed è collegata al fatto che si è deciso di inserire nel numero di decessi da Coronavirus tutti coloro che sono stati scoperti essere positivi al COVID-19 o durante la propria vita o anche nel post mortem. Quindi noi stiamo azzerando

*quella che è la mortalità per qualsiasi patologia naturale che sarebbe occorsa anche in assenza del virus. E dico questo con cognizione di causa lavorando nell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Genova, dove abbiamo contezza che all'obitorio comunale di Genova i decessi per patologie non COVID sono praticamente scomparsi."*⁹

Essendo le statistiche così alterate in eccesso, il risultato è che la percezione della pericolosità viene corrispondentemente aumentata, volendo considerare questo solo fattore.

Vi sono altri elementi per poter sostenere sia stato attuato un piano complesso di manipolazione statistica, come dimostrato dal prof Stefano Scoglio¹⁰.

Così scrive nel suo documento:

"Nel 2019 ci sono stati dunque, in un periodo di 41 gg come il periodo scelto dall'ISTAT per il 2020, 89.593 morti, un numero di appena l'1.5% inferiore a quello del 2020. [...]"

Nel 2017 ci sono stati dunque, in un periodo di 41 gg come il periodo scelto dall'ISTAT per il 2020, 96.417 morti, un numero superiore del 6% rispetto al numero ISTAT 2020.

Questo chiude la questione: il numero di morti del periodo centrale della crisi del 2020 è assolutamente normale, assolutamente nella media, e dunque non c'è stata nessuna pandemia."

Anche il prof Stefano Petti aveva fatto analoghe osservazioni.

Ha scritto¹¹:

"Ho calcolato le morti in eccesso in Italia e in Lombardia per il 2019, secondo il trend dal 2002 al 2018: le morti attese in Italia nel 2019 erano 642.000 ma se ne sono verificate 647.000, quindi 5.000 in più dell'atteso ma

comunque entro l'intervallo di confidenza (627.000-656.000). Ho fatto lo stesso calcolo per la Lombardia ed è emerso che le morti attese erano 98.500 ma se ne sono verificate quasi 102.000, quindi quasi 3.500 in più dell'atteso e oltre l'intervallo di confidenza (96.000-101.000). **È quindi una differenza totalmente inaspettata che ci dice che nel 2019 il 70% delle morti in eccesso in Italia si sono verificate nella sola Lombardia.**

*La Lombardia ha sempre avuto un numero di decessi pari al 15% del numero totale in Italia ma **questa percentuale sta rapidamente aumentando dal 2014 ad oggi e questo si riflette nell'enorme numero di decessi per cause multiple che si sta verificando in questa regione***".

Ed ancora ¹²:

"A mio parere – aggiunge Petti – l'ipotesi degli epidemiologi inglesi calza anche per la Lombardia. Nelle RSA lombarde vi è un numero molto elevato di anziani con patologie gravi, non autosufficienti, che non hanno avuto accesso agli ospedali perché occupati. In aggiunta a ciò, la delibera ha spostato nelle RSA anche i ricoverati degli ospedali che non avevano il Covid (oltre a una parte di quelli che avevano il Covid).

Possiamo purtroppo dire anche noi che molti anziani non sarebbero morti se fossero potuti andare in ospedale.

In altre parole: la mortalità nel 2020 è aumentata in modo considerevole per il Covid 19, non solo per la malattia quanto per le misure eccezionali prese per combatterla".

La dimostrazione di causa ed effetto

Anche se si volesse comunque sostenere - senza prove solide - che un nuovo coronavirus si sia diffuso prima in Cina e poi ad Alzano Lombardo in Italia, ci sarebbe bisogno della dimostrazione del nesso causale tra virus e malattia (polmonite virale interstiziale bilaterale), il che non è stato ancora fatto ¹³.

La medicina basata sulle prove (la EBM) lo richiede, e per buone ragioni. Robert Koch aveva capito – circa 130 anni fa - che la sola presenza di un microrganismo non significava necessariamente che fosse causa di qualche specifica patologia, perciò stabilì dei criteri logici a cui ancora oggi si fa riferimento (i postulati di Koch ¹⁴). Tuttavia allora i virus non erano conosciuti, perciò delle correzioni andavano adottate ¹⁵, ed i criteri adattati senza stravolgerli.

Possiamo intanto osservare che la malattia (polmonite interstiziale bilaterale) può avvenire anche senza il risultato positivo del test (RT-PCR) per il SARS-CoV-2, e che lo stesso può essere presente in pieno benessere, in assenza di malattia o di incubazione in atto. In altre parole, il SARS-CoV-2 (ovvero il suo test non validato, preso come riferimento) non è necessario né sufficiente per causare polmoniti o sindromi influenzali in una parte cospicua di casi nell'ambito dell'attuale epidemia.

Le previsioni secondo la teoria virale

In più, le previsioni effettuate sulla ipotesi infettiva non si sono avverate. Per esempio, il numero di casi e di decessi nelle due nazioni che non hanno attuato il lockdown, e che avrebbero dovuto essere travolte dall'ondata epidemica, Svezia ¹⁶ e Giappone ¹⁷, hanno avuto meno decessi – anche in rapporto alla popolazione - rispetto a buona parte di quelli che il lockdown

l'hanno effettuato, tra cui gli italiani ¹⁸. In Italia, gli esperti del governo avevano previsto che l'andamento dell'epidemia, con le misure che sono state prese, sarebbe stato ben diverso ¹⁹ da quello avvenuto in realtà. Sempre in Italia, il comitato tecnico della "task force" governativa, aveva tra l'altro ipotizzato alla fine di aprile che a metà giugno ci sarebbero stati fino a 151.000 degenti in terapia intensiva ²⁰ in caso di "riapertura". In realtà a metà giugno ce n'erano poco più di 300.

Nel passato sono state effettuate previsioni di imminenti micidiali pandemie, nel 2018 con un ipotetico fardello di 33 milioni di morti in 6 mesi ²¹ e nel 2019 con 65 milioni di morti ²². Attualmente, a 6 mesi dall'inizio di quella attuale di COVID-19, si sono registrati meno di 500 mila decessi in una popolazione mondiale di 7,8 miliardi (mortalità alla fine di giugno 2020: 0,0064%).

In Cina la loro piccola epidemia è di colpo sparita ²³, ²⁴ pur avendo il governo chiuso solo alcune grandi città (coinvolgendo 60 milioni di abitanti, cioè 1/24 della popolazione totale). Eppure la COVID-19 aveva avuto il tempo di diffondersi con focolai in tutto il territorio ²⁵. Credibile?

Per confronto, al mondo morivano di fame oltre 2,6 milioni di bambini all'anno nel 2018 ²⁶, e 113 milioni di persone erano allo stremo per fame ²⁷. È probabile che d'ora in poi ce ne saranno molti di più, grazie alla catastrofe economica provocata dalle misure attuate asseritamente per arginare la pandemia di COVID-19.

Considerazioni ulteriori sulle modalità di diagnosi

In Italia la diagnosi di "caso confermato" è indipendente dalla sintomatologia ed è legata solo al risultato del test (RT-PCR da tampone nasofaringeo). In caso di coinfezione con "altri patogeni" [i.e. virus e batteri], comunque viene assicurato al

SARS-CoV-2 una sorta di diritto di prelazione ²⁸. La definizione OMS lo prevede chiaramente e l'Italia l'ha adottata in pieno ²⁹.

Quando ad Albenga è stata colpita da una forma grave di polmonite una studentessa di 17 anni, negativa ad esami ripetuti ³⁰, il giornalista ha così commentato: *“Un caso, almeno in apparenza, difficilmente spiegabile, considerato che gli esperti ritengono estremamente improbabile l'ipotesi di un falso negativo al test, figuriamoci a più test successivi oltretutto di differente natura”*. Invece gli esperti ed i medici sapevano bene che fosse un'eventualità frequente, fin da subito, come si può dimostrare.

Confronto tra TAC toracica e “tampone”

Erroneamente è stato dato per scontato che quasi la totalità delle polmoniti interstiziali nella attuale pandemia, iniziata in gennaio in Cina, fossero positivi al tampone (e RT-PCR). Tuttavia, già alla fine di febbraio 2020 era stato pubblicato uno studio di ricercatori cinesi su 1014 pazienti esaminati nell'epicentro - spaziale e temporale - dell'epidemia (dal 6 gennaio al 6 febbraio, nel principale ospedale a Wuhan) ³¹. Un lavoro di fondamentale importanza e di esemplare chiarezza.

Questi pazienti erano stati ammessi in ospedale con diagnosi clinica di sospetta COVID 19. A tutti loro è stata effettuata la ricerca con RT-PCR del SARS-CoV-2, ripetuta più volte su tampone faringeo, e la TAC toracica. L'esame delle radiografie è stato effettuato da due esperti radiologi che erano a conoscenza delle condizioni cliniche e delle circostanze epidemiologiche, ma erano stati tenuti all'oscuro dei risultati della PCR per non influenzarli. I risultati sono stati molto diversi dall'atteso. Delle 888 polmoniti interstiziali compatibili con il quadro classico della COVID-19, solo 580 sono state identificate come positive alla RT-PCR. Il tasso di positività totale alla RT-PCR

era del 59% (601/1014). Dei 413 pazienti con risultati negativi alla RT-PCR, il 75% aveva le TAC toraciche alterate.

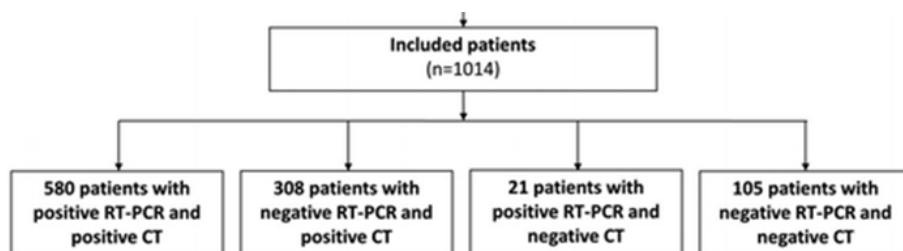


Figura 1. Flowchart tratta dalla Figura 1 dello studio di Ai T et al.

Che fatti simili non succedessero e non succedano solo in Cina, lo prova una lettera pubblicata su Radiology da parte di ricercatori italiani, tra cui pure il prof Maurizio Pregliasco. Gli Autori italiani erano ben consci della elevata frequenza di casi COVID-like fin dalla prima metà del mese di marzo 2020 ³², ma preferirono non pubblicizzare. Alcuni giornali ne hanno parlato un giorno solo, a metà maggio, due mesi dopo.

Da Il Giornale ³³ del 17 maggio:

[prof M Balzanelli] «*La TAC svela il secondo riscontro: polmonite interstizio-alveolare Covid-like. Ma “questo caso è solo uno dei tanti. Nella nostra esperienza, circa il 50% dei pazienti presenta quadro combinato di insufficienza respiratoria acuta, negatività all’esame del tampone, riscontro laboratoristico e soprattutto radiologico alla TAC del torace, altamente suggestivo di Covid-19”, sintetizza l’esperto.*»

[Prof F Pregliasco]: «*E’ vero: sono stati rilevati casi simil-Covid con tampone negativo e polmonite interstiziale, e questi casi preoccupano perché potrebbero sfuggire”* [...]»

Ebbene, questo ci dice che il valore del tampone deve essere esaminato».

La importanza di questi riscontri è molto rilevante, ed al pubblico sono stati presentati in modo da non darci troppa importanza.

Il prof Pregliasco et al avevano pubblicato su Radiology questo risultato con qualche maggior dettaglio già alla fine di febbraio, cioè due mesi prima, e scrivevano:

«In una settimana, abbiamo riscontrato 100 radiografie al torace su 170 (59%) ... con anomalie altamente sospette per la polmonite COVID-19 (3). Il coinvolgimento era bilaterale in tutti i casi: nel 54% dei pazienti il coinvolgimento era simmetrico, mentre le anomalie della radiografia del torace erano maggiori su un lato del torace nel 46%..»

Dunque hanno scritto: **“I tamponi ed RT-PCR non sono stati eseguiti per conferma”** e poi hanno aggiunto: *“pazienti asintomatici o minimamente sintomatici possono presentare radiografie del torace positive dopo 14 giorni di quarantena, **anche senza test RT-PCR per COVID-19**”.*

Così scritto significa che quei pazienti non avevano effettuato i test. Invece li fecero e diedero risultato negativo come risulta dalle interviste citate. Due errori concordanti che è difficile credere non siano intenzionali.

Dunque una quota rilevante di polmoniti interstiziali è risultata negativa al test di riferimento. Lo stesso dicasi anche per una quota rilevante di malattie meno gravi (sindrome influenzali) durante questa stessa epidemia. Per questi casi devono essere considerate necessariamente altre cause. Non si tratta di un marginale ed accettabile 5% di scarto rispetto all'atteso. Uno

scostamento del 30-50% mette in crisi l'impostazione teorica. La teoria di un agente unico alla base della pandemia di COVID-19 viene a cascare anche se i test fossero validi.

Bisogna allora considerare che le cause della sindrome epidemica, presenti laddove il test è negativo, possano essere presenti ed operare anche laddove il test è positivo (in questo caso il test sarebbe di valore ed utilità nulli).

L'efficacia riconosciuta di una particolare terapia antibiotica somministrata routinariamente in caso di sospetto od accertato COVID-19, dà sostegno a questa ipotesi. Infatti l'azitromicina (piuttosto che un betalattamico), permette di considerare il ruolo eziologico di particolari batteri (*Mycoplasma*), non semplici da coltivare, ed in grado di provocare polmoniti interstiziali.

Altri studi a supporto di quanto affermato

Non deve sembrare che i riscontri discussi nella precedente sezione siano isolati. Ecco come riassume il problema Woloshin sul *N Engl J Med* ³⁴, un bel problema:

“Due studi a Wuhan, in Cina, destano preoccupazione per i falsi negativi dei test RT-PCR in pazienti con apparente malattia di Covid-19. In una pre stampa, Yang et al. hanno descritto 213 pazienti ricoverati in ospedale con Covid-19, di cui 37 gravemente malati. Hanno raccolto 205 tamponi della gola, 490 tamponi nasali e 142 campioni di espettorato (mediana, 3 per paziente) e hanno utilizzato un test RT-PCR approvato dal regolatore cinese. Nei giorni da 1 a 7 dopo l'insorgenza della malattia, l'11% dell'espettorato, il 27% dei campioni nasali e il 40% dei campioni di gola sono stati considerati falsamente

negativi. Zhao et al. studiato 173 pazienti ospedalizzati con sintomi respiratori acuti e una TC toracica "tipica" di Covid-19 o SARS-CoV-2 rilevata in almeno un campione respiratorio. La sieroconversione anticorpale è stata osservata nel 93% . I test RT-PCR su campioni respiratori prelevati nei giorni da 1 a 7 del ricovero erano positivi alla SARS-CoV-2 in almeno un campione dal 67% dei pazienti. Nessuno dei due studi ha riferito di utilizzare un panel indipendente, ignaro dei risultati dei test sugli indici, per stabilire una diagnosi finale della malattia di Covid-19, che potrebbe aver distorto i ricercatori verso una sopravvalutazione della sensibilità. In una revisione sistematica prestampata di cinque studi (esclusi gli studi Yang e Zhao), che hanno coinvolto 957 pazienti ("con sospetto di Covid-19" o con "casi confermati"), i falsi negativi variavano dal 2 al 29%."

L'impressione è che scrivano senza capire.

Premesse per la valutazione del significato dei test (sierologia e PCR)

Val la pena ripercorrere le fasi di una ipotetica infezione virale, per meglio capire poi se quanto osservato nella COVID-19 è coerente con essa.

Al tempo "zero" avviene il contagio: il virus penetra nell'organismo ed incomincia a replicarsi in modo esponenziale nelle cellule bersaglio (fase 1).

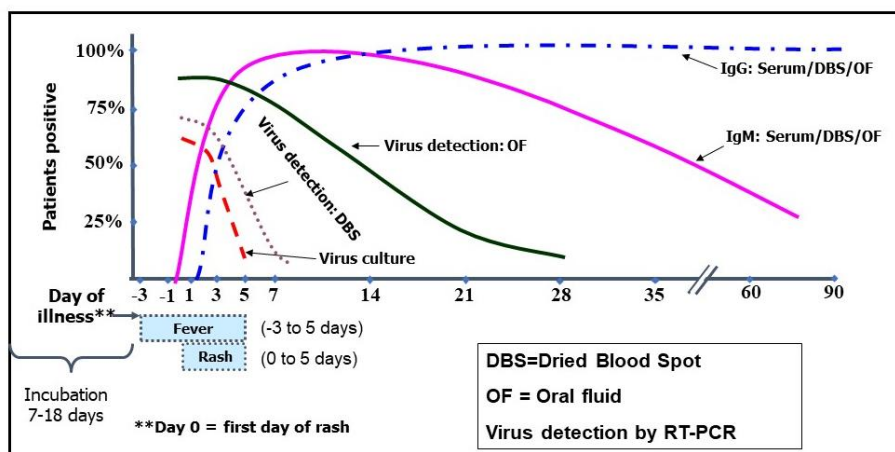
Dopo un periodo di incubazione (fase 2) della durata di 7-14 giorni, senza sintomi, la quantità di virus è rilevante e l'organismo comincia a produrre anticorpi. I primi a formarsi

sono della classe IgM e quasi subito dopo quelli della classe IgG, inizialmente a basso titolo, più lenti ad aumentare. In questa fase (fase 3) iniziano i sintomi (febbre, eccetera), segno della “lotta dell’organismo contro l’invasore”. L’esito va verso la risoluzione, poco comuni sono le complicanze, molto raramente vi è la cronicizzazione od il decesso.

Quindi dovremmo aspettarci che all’inizio della malattia il virus sia facilmente evidenziabile (“tampone” positivo alla RT-PCR) e siano presenti le IgM e le IgG.

Le IgM durano in circolo circa 4-6 mesi, quindi trovare le IgG da sole significa che l’infezione è stata superata 4 mesi prima ed oltre.

La presenza del virus dovrebbe essere rilevabile 1-2 giorni prima dell’inizio dei sintomi e poi solo nei primi 4-6 giorni di malattia. Il tampone e la PCR dovrebbero rispecchiare la possibilità di isolamento dell’agente virale in cultura, anche se può succedere che la PCR dia risultati anomali anche in altri contesti, come spiegheremo.



* WER: 25, 2008, 83, 225-232 and MMWR: 2008; 57:657-660

Figura 2. Schema dell'infezione da morbillo. Tratto da WER:25,2008,83,225-232 e MMWR:2008;57:657-660.

Dal punto di vista diagnostico è più utile il test anticorpale (ammesso che sia valido) perché, associato alla clinica, ci informa che l'organismo ha reagito contro un'aggressione proprio di quel virus (nel presente, nel tempo recente oppure nel passato).

Il tampone (RT-PCR per SARS-CoV-2) invece, ci indica (ammesso che sia valido), solo la presenza di quel determinato virus. Non ci può indicare la sua quantità per i limiti insiti al test. Non ci può indicare se l'ipotetico agente ritrovato abbia il ruolo di patogeno o uno di innocuo passeggero. Per esempio il meningococco è frequentemente presente sulle mucose del naso-faringe della popolazione (in media nel 10% di essa con ampie oscillazioni) senza dare alcun disturbo, comportandosi cioè da simbiote. Solo raramente il germe penetra nel circolo o nelle meningi dando luogo ad una patologia grave (sepsi e meningite). Altri germi sono presenti in qualità di simbionti.

Quattro sono le situazioni possibili

Potremmo avere 4 situazioni che devono necessariamente essere in accordo con la clinica:

- a) tampone positivo ed assenza di anticorpi in soggetto asintomatico (interpretazione: fase presintomatica contagiosa, oppure virus passeggero innocuo, oppure falso positivo);
- b) presenza di positività per PCR e per anticorpi IgM ed IgG (interpretazione: malattia in fase acuta precoce, sintomatica od asintomatica, contagiosità presente);
- c) negatività per PCR e positività per anticorpi IgG ed IgM (interpretazione: malattia recente, superata nei 6 mesi precedenti l'esame, assenza di contagiosità);

d) negatività dei risultati per PCR ed IgM, positività per IgG (interpretazione: malattia sintomatica o meno, avvenuta almeno 4 mesi prima, protezione e assenza di contagiosità).

Combinazioni diverse da queste, specie se numerose, dovrebbero mettere in allarme, sarebbero il segno di una teoria errata. In realtà ce ne sono e sono appunto numerosissime (vedremo in dettaglio qualche esempio).

Tenendo presente l'evoluzione della ipotetica infezione virale, sopra tracciata, esamineremo prima il valore dei test anticorpali e poi il test RT-PCR per la COVID-19.

Esame dei test sierologici (anticorpali)

Il test sierologico potrebbe essere un validissimo ausilio sia per la diagnosi che per stabilire la prevalenza dell'infezione in una determinata popolazione. Perciò anche l'ISS italiano ha programmato un'indagine su un campione della popolazione generale.

Tuttavia per capire cosa potersi aspettare è indispensabile conoscere le sue "prestazioni", che non sono omogenee tra i vari kit a disposizione. Queste vengono precisate con la sensibilità e la specificità espresse come percentuale. La sensibilità è tanto maggiore quanto meglio riesce ad individuare i veri positivi (VP/VP+FN); la specificità invece quanto più riesce ad identificare i veri negativi (VN/VN+FP). Per esempio, in una pubblicazione³⁵ gli autori avevano calcolato che la sensibilità era del 88,66% e la specificità del 90,63% , avendo come termine di confronto il test RT-PCR per SARS-CoV-2 su tampone e la clinica (polmonite interstiziale bilaterale ed altre malattie).

Tali valori forniscono risultati molto variabili, a seconda della prevalenza dell'infezione nella popolazione in oggetto (sia essa passata o presente). Invece il valore predittivo positivo e quello

negativo permetterebbero di calcolare esattamente il risultato da aspettarsi in contesti epidemiologici differenti.

Per esempio, se la prevalenza è bassa, allora vi sarà un numero eccessivo di falsi positivi (oltre ad una quota di falsi negativi), rendendo l'indagine del tutto fuorviante. Con una prevalenza stimata del 5% ³⁶, il risultato positivo sarà più probabilmente falso (falsi 2 su 3) ³⁷. Se la prevalenza fosse del 12%, la probabilità di avere un risultato positivo falso, sarebbe di quasi 1 su 2 ³⁸.

Quindi è indispensabile avere a disposizione un test con prestazioni ottimali ed una stima realistica della prevalenza ³⁹, per poter ottenere risultati di qualche valore. Entrambi questi requisiti sono mancati sinora.

“La FDA ha revisionato la sua politica e specificato il tipo di prove necessarie affinché i test anticorpali rimangano in vendita. Al posto della sensibilità e specificità La FDA ha usato i termini di concordanza positiva e negativa percentuale (PPA e NPA). Questi valori sono calcolati in maniera identica alla sensibilità e alla specificità ma sono usati quando il test comparativo è riconosciuto come imperfetto. In questo caso il miglior termine di paragone è il test con la PCR per le l'RNA del coronavirus, che non è riconosciuto correntemente come uno standard di correlato clinico. Per riassumere, la FDA afferma che i dati che supportano i test anticorpali per il COVID 19 dovrebbero dimostrare un minimo di 90% alla PPA, l'equivalente alla sensibilità, ed un 95% di NPA, equivalente alla specificità per i test che riportano specificamente le IgM e le IgG, la PPA minima del 70% del 90% sono richieste per le IgM e le IgG rispettivamente.” ⁴⁰

La importanza della questione è stata anche evidenziata sul sito Medscape che ha pubblicato un articolo dal titolo: “COVID-19: il

passaporto immunitario non è più affidabile del lancio di una moneta (testa o croce)” ⁴¹. In precedenza avevo io stesso pubblicato un articolo dal titolo: Ipotesi “test a tappeto”.(23 aprile 2020) test per COVID19 confrontato con il “test della margherita” ⁴²-

Fino alla metà di giugno 2020 nessun test era stato approvato dalla FDA se non con EUA (Autorizzazione per l'Uso in Emergenza)⁴³.

La EUA prevede che siano accettate le caratteristiche così come rappresentate dalle Case Produttrici dei kit, senza verifica delle stesse Autorità regolatrici (FDA) o di analisi di qualità indipendenti.

“Il test non dovrebbe essere usato per diagnosticare la infezione SARS-CoV-2 acuta. La sensibilità della SARS CoV-2 precocemente dopo l'infezione è sconosciuta. Risultati negativi non precludono una infezione acuta. Se è sospettata un'infezione acuta, è necessario il test diretto dalla SARS-CoV-2. Risultati positivi falsi con il test possono avvenire dovuti alla presenza di altri anticorpi preesistenti o altre possibili cause. Il test è inteso per l'uso sotto l'autorizzazione per l'uso di emergenza da parte della FDA.” ⁴⁴

La FDA permette anche che tali parametri vengano valutati con l'uso di campioni artificiali e non con quelli da malati reali, il che può apparire come un controllo formale facilitato (e di discutibile correttezza):

*“Le valutazioni cliniche, la valutazione delle prestazioni di un test su campioni di pazienti, variano a seconda del produttore. La FDA preferisce l'uso di "campioni clinici naturali" ma ha consentito l'uso di "campioni artificiali" prodotti aggiungendo RNA virale o virus inattivato al materiale clinico residuo.”*⁴⁵

La FDA ha stabilito che i termini “sensibilità” e “specificità”, siano sostituiti con le locuzioni “concordanza positiva percentuale” e “concordanza negativa percentuale”. Il significato è equivalente ma comportano l'implicita ammissione di quel che andiamo sostenendo: che i test non sono stati validati correttamente.

Sono state pubblicate alcune valutazioni comparative di kit diagnostici da parte di gruppi indipendenti, ma i risultati sono stati deludenti: hanno riscontrato una modesta concordanza tra di essi, il che sta anche a significare che sono ben lungi dall'essere standardizzati ⁴⁶, ⁴⁷.

Dei numerosissimi test inizialmente approvati con EUA ⁴⁸, solo 4 sono stati controllati dall'agenzia (al 18 giugno 2020) ed uno revocato per non conformità ai requisiti minimi ⁴⁹.

C'è un altro elemento che dovrebbe spingere a porsi qualche domanda: la Abbott ha rinunciato alla determinazione delle IgM (il test cerca solo le IgG). Poiché non vi sono difficoltà tecniche per distinguere le due classi di anticorpi da almeno 40 anni, è legittimo pensare che vi abbiano rinunciato per risultati non compatibili, non coerenti o in forte disaccordo con il test del tampone.

Ricapitolando ...

La validazione dei test anticorpali è basata sul confronto con la clinica (diagnosi di COVID-19 per polmonite interstiziale) e tampone positivo, e non sull'isolamento virale (del SARS-CoV-2). Come già detto, è accettato anche il tampone su “campione artificiale”. Sono stati considerati come “falsi” gli esami positivi derivati dal sangue di donatori sani conservato prima del dicembre 2019. Quindi tutto si basa sulla teoria virale che prevede che il virus sia nato nel dicembre 2019 in Cina e

sull'affidabilità del tampone da nasofaringe o da liquido da broncolavaggio con relativo esame RT-PCR.

Il vicolo cieco in cui si è cacciata la scienza della COVID-19 è ben evidente alla lettura del già citato Woloshin ⁵⁰:

“Normalmente, gli studi sulle prestazioni del test comportano che i pazienti siano sottoposti a un test indice e ad un test "standard di riferimento" che determini il loro stato reale. La sensibilità clinica è la proporzione di test-indice positivi in pazienti che hanno effettivamente la malattia in questione.”

Già: e come capire se il malato ha proprio quella malattia? La risposta che danno è “con un test di riferimento”, che spesso volte però viene negativo. È negativo falso o vero? Bisognerebbe forse fare un altro test di controllo sul controllo per capirlo ...

Stime di prevalenza in Italia

In Italia le stime di prevalenza riportate dai mass media nazionali da parte di esperti sono state le più disparate e non si sa su cosa esattamente fossero basate. Il prof Andrea Crisanti ha dichiarato il 22 marzo che i “positivi” reali in Italia dovevano essere 130/150.000⁵¹. Borrelli, capo della Protezione Civile parlò di 600 mila contagiati il 24 marzo ⁵². Lo stesso prof Crisanti aumentò le stime a 450.000 poco dopo, il 25 marzo ⁵³. Secondo il prof Matteo Bassetti erano 6-12 milioni in data 14 aprile ⁵⁴. La stima del prof Pasquale Bacco è ancora più alta: oltre 20 milioni di italiani (il 34%) ⁵⁵. Per arrivare a queste cifre si è basato su un'ampia indagine effettuata da una equipe (di cui non si conoscono il numero ed il nome dei componenti) su soggetti sani lavorativamente attivi ⁵⁶. E' stata effettuata con tre test differenti di cui non sono stati pubblicati né il nome né le

caratteristiche. L'incidenza delle IgG in coloro che sono risultati positivi è stato del 74%. Così scritto significa che nel rimanente 26% dei positivi c'erano solo IgM. Il che suscita notevoli perplessità e difficoltà interpretative, prima tra tutte la presenza della supposta infezione già da lungo tempo nella popolazione, ben prima della "nascita" del nuovo virus.

Il primo studio italiano pubblicato, effettuato su personale sanitario, riporta una prevalenza del 17% su oltre 700 soggetti asintomatici, effettuate nel marzo-aprile 2020 ⁵⁷. Non viene riportata la percentuale in cui erano positive le IgM, né viene considerato il calcolo dei falsi positivi e negativi.

Recentemente è iniziata, da parte del Ministero della Salute italiano, una indagine governativa su un ampio campione della popolazione (150.000 soggetti). Nei fascicoli informativi non viene riportato il problema dei falsi (positivi e negativi), pur essendo quanto mai rilevante. Non ne hanno accennato neanche gli esperti italiani spesso consultati ed intervistati dai media nazionali e neppure gli Autori dei due studi italiani sopra menzionati. Vero è che la Abbott vanta ora per il suo test una ragguardevole sensibilità e specificità, balzate al 100% e 99,6% rispettivamente ⁵⁸. Tuttavia nella documentazione, sempre della Abbott, fornita dal sito della FDA americana, si leggono caute precisazioni ⁵⁹:

"Una IVD (diagnostica in vitro) resa disponibile ai sensi di una EUA non ha subito lo stesso tipo di revisione di una IVD approvata dalla FDA o autorizzata. La FDA può emettere un EUA quando sono soddisfatti determinati criteri, che includono che non ci sono alternative adeguate, approvate, disponibili e basate sulla totalità delle prove scientifiche disponibili, e che è ragionevole credere che questa IVD possa essere efficace nel rilevamento di anticorpi IgG contro il virus che causa la COVID-19."

NB: si dà per scontato che la relazione di causa ed effetto sia stata dimostrata, il che non è.

Come detto, il test anticorpale si appoggia sui risultati di un altro test (RT-PCR) su tampone, considerandolo affidabile. Lo è veramente? Certamente no, non può essere considerato un riferimento sicuro, come ammesso da ricercatori che l'hanno esaminato e fatto confronti ⁶⁰:

“L'accordo tra ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) e LFA (Lateral Flow Assay) variava dal 75,7 al 94,8%. [...]

L'accordo tra i risultati degli LFA con quelli degli ELISA Epitope IgG e IgM variava dal 75,7% al 85,6%, mentre l'accordo con l'ELISA interno variava dall'83,5% al 94,8%.

Non esiste un "gold standard" per identificare veri campioni di sangue sieropositivi. L'entità e il decorso dello sviluppo degli anticorpi non sono ancora del tutto chiari e possono variare tra popolazioni diverse, anche tra i casi confermati da RT-PCR.

Abbiamo osservato bande positive da moderate a forti in diversi campioni di donatori di sangue pre-COVID-19, alcuni dei quali positivi a test multipli, suggerendo la possibilità di legame non specifico di proteine plasmatiche, anticorpi non specifici o reattività crociata con altri virus. Tre dei campioni pre-COVID-19 (2,8%) sono stati valutati positivi con più di tre saggi.

Curiosamente, la frazione di test positivi era più alta in una serie di campioni recenti ottenuti durante l'epidemia COVID-19 da soggetti sottoposti a diagnosi differenziale per virus respiratori, molti con RT-PCR SARS-CoV-2 negativa.

È importante sottolineare che non sappiamo ancora fino a che punto i risultati positivi della sierologia riflettano una risposta immunitaria protettiva.”

Esame del test (RT-PCR)

Permette di ricercare la sequenza nucleotidica dell'ipotetico virus.

Come funziona?

Un campione di muco (tampone naso faringeo o da liquido da broncolavaggio) è preso al paziente. Quindi, in laboratorio, la sequenza nucleotidica del virus – ammesso che ci sia - è estratta e copiata ripetutamente, facendo diventare grandi anche minute quantità rendendole quindi determinabili con altre metodiche.

Ce lo spiegano più in dettaglio Corman et al, coloro che tra i primi ne hanno preparato uno che poi è stato adottato estesamente: *“noi ci siamo proposti di sviluppare e schierare una metodologia diagnostica robusta senza avere il materiale virale a disposizione”* ⁶¹. Nota bene: *“senza avere il materiale virale a disposizione”*! Hanno avuto la sequenza genica via internet e su quella hanno lavorato. A distanza e sulla fiducia.

Il problema è grosso: prima di validare il test, questo dovrebbe venir confrontato con il *gold standard*, ovvero proprio con il virus la cui presenza ha il compito di rivelare. L'amplificazione genica non è sostitutiva di questo passaggio. È un mezzo potentissimo, in grado di scovare minute quantità di materiale genetico moltiplicandolo per due, e poi di nuovo più e più volte. Da un solo frammento con un ciclo se ne formano 2, da due 4, da quattro si arriva ad otto ... Con 20 cicli consecutivi arriviamo già a circa 1 milione di copie. Con 21 cicli 2 milioni, con 30 cicli un miliardo. Il sistema non ha un'alta efficienza, quindi si tratta di misure teoriche, quelle vere sono inferiori. Insomma,

trasforma un ago, disperso in un pagliaio, in un grande “covone” di aghi, ben esaminabili ma non ben quantificabili. Tale test, anche nel caso del SARS-COV-2, non amplifica il virus intero, ma lo fa con una o due piccole sequenze nucleotidiche considerate peculiari di quel virus. Il numero di cicli utilizzati è importante: più alto è il loro numero più facilmente darà positività e viceversa. I kit presentati per l’approvazione della FDA americana prevedono un numero di cicli differente (da 35 a 45). Anche qui nessuna standardizzazione.

Come hanno proceduto nella preparazione del test(RT-PCR)

La procedura seguita (e descritta in modo molto semplificato) è stata la seguente: il liquido da lavaggio broncoalveolare dei primi pazienti affetti da polmonite interstiziale bilaterale è stato posto in coltura cellulare sicuramente non infetta. Dopo qualche giorno, al manifestarsi di zone di citolisi, il liquido soprannatante è stato sottoposto ad ultracentrifugazione per eliminare i residui cellulari da una parte ed estrarre gli acidi nucleici presumibilmente estranei. Questi sono stati amplificati in vario modo (anche con la RT-PCR, in cui RT sta per transcriptasi inversa). Successivamente sono stati confrontati con sequenze batteriche e virali note. E’ stata ritrovata un’omologia tra alcune sequenze e quelle di Coronavirus noti. Successivi passaggi hanno permesso di trovare la sequenza nucleotidica completa del nuovo SARS-CoV-2 (RNA a singola elica positiva di circa 30.000 basi). Sequenze nucleotidiche leggermente diverse sono state identificate da diversi gruppi di ricerca. Sono state poi isolate alcune piccole sequenze nucleotidiche (100-200 nucleotidi) caratteristiche di tutti i Coronaviridae ed alcune peculiari del SARS-CoV-2. Oltre a ciò, hanno controllato al microscopio elettronico sezioni ultrafini delle colture cellulari presumibilmente infettate (nello studio di Zhu et al. ⁶²), dove hanno ritrovato le particelle similvirali visibili

nelle immagini di cui alle figure 9 e 10. Nello studio di Zhou ⁶³ la procedura seguita è stata la stessa. In entrambi, dunque, non si è proceduto all'isolamento corretto del virus in prima istanza.

Cosa avviene nel laboratorio (tratto da David Crowe)

Un'esemplificazione di quello che succede nei laboratori è riferita in un'analisi approfondita da David Crowe ⁶⁴. Riteniamo conveniente riportare ampi stralci dal suo prezioso elaborato, di cui comunque si raccomanda la lettura completa.

David Crowe a pag 12:

La prova del test

Un documento di Singapore condotto da medici e funzionari della sanità pubblica fornisce uno sguardo rivelatore sul reale meccanismo dei test COVID-19. Nascosto nel materiale di riferimento supplementare ⁶⁵, dove poche persone lo vedranno, espone alcuni importanti problemi con i test:

- *Il test non è binario (negativo / positivo) e presenta una soglia arbitraria.*
- *La quantità di RNA non è correlata alla malattia.*
- *Se negativo significa non infetto e positivo significa infetto, le persone passano da infette a non infette e viceversa, a volte più volte.*
- *I risultati al di sotto del valore soglia non vengono mostrati e vengono trattati come negativi, ma se la PCR continuasse oltre il valore soglia e alla fine fosse positiva, ciò indicherebbe la presenza di piccole quantità di RNA che è presumibilmente unico per COVID-19 (cioè infezione).*

Prima di leggere oltre la figura seguente, chiediti perché i primi 6 grafici, mostrati deliberatamente in ordine numerico, sono separati. Quali sono le differenze visive tra quei 6 e il resto? Fallo subito così la mia interpretazione non pregiudica la tua opinione."

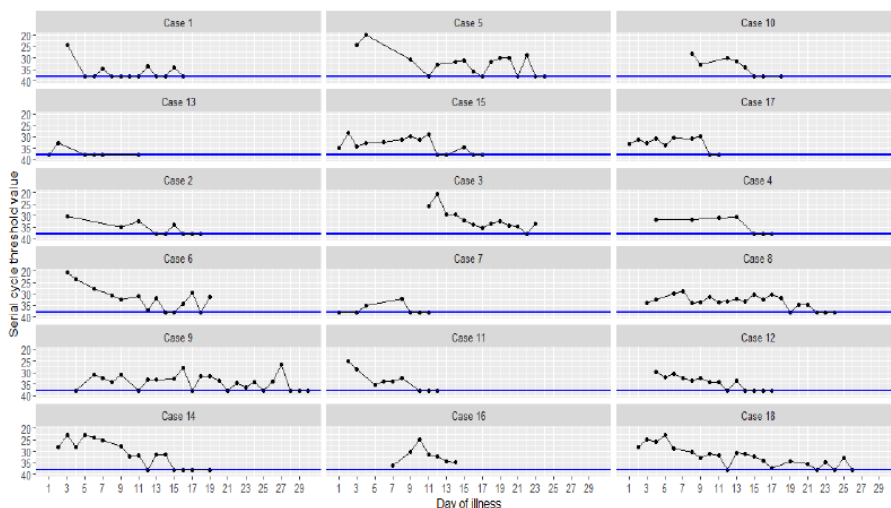


Figura 3. Grafico individuale dei valori di soglia dei cicli seriali per giorno di malattia per ciascun paziente. Tratto da Young BE et al. Materiale supplementare disponibile online.

[...]

David Crowe a pag 13:

"Ora ci sono le informazioni necessarie per comprendere i numeri da 20 a 40 sull'asse verticale dei grafici sopra. Questi sono il numero di cicli. Implica che ci sono sempre voluti almeno 20 cicli di PCR prima di poter rilevare qualsiasi RNA e si sono fermati dopo un massimo di 37 cicli. La linea blu è al ciclo 38 e i punti neri non significano che l'RNA è stato rilevato dopo 38 cicli (come chiarito nel documento), ma che non è stato rilevato da 37 cicli e quindi il processo è terminato. Questa "soglia del ciclo

seriale (Ct)" era la definizione arbitraria di un risultato negativo dagli autori di riferimento ⁶⁶

Possiamo vedere che era arbitrario, perché in un altro documento ⁶⁷, *gli autori avevano due punti finali: 37 e 40. Qualunque cosa inferiore a 37 era considerata positiva e qualsiasi cosa 40 o maggiore veniva definita negativa. I valori intermedi di 38 e 39 hanno comportato un nuovo test. Si noti che questo articolo tratterà 37 come indeterminato, ma l'articolo di Singapore lo tratterà come positivo. In una revisione di 33 test approvati dalla FDA in condizioni di emergenza, in cui è stato raccomandato un limite del numero di cicli della PCR, esso è variato ampiamente. Ciascun produttore ha raccomandato 30 cicli, 31, 35, 36, 37, 38 e 39. 40 cicli sono stati i più popolari, scelti da 12 produttori e due consigliati 43 e 45. Le linee guida MIQE* ⁶⁸ *raccomandano che i dati con 40 o più i cicli dovrebbero essere scartati e alcuni ritengono che 35 sia un cutoff migliore* ⁶⁹. *Tra gli altri problemi, la fluorescenza di fondo si accumula e può produrre un falso positivo con cicli sufficienti.*

Essere arbitrari non è l'unico problema con l'uso del numero di ciclo. I valori non sono comparabili tra i laboratori e varieranno all'interno di un laboratorio, specialmente se vengono apportate anche piccole modifiche al processo (come l'uso di tubi di plastica trasparenti anziché di plastica bianca). In un'intervista audio, il professor Stephen Bustin, esperto di RT-PCR, ha dichiarato che i cicli dovrebbero probabilmente essere limitati a 35 ⁷⁰. *Le linee guida MIQE per l'uso e la segnalazione di RT-PCR, di cui Bustin era membro, avverte che "i valori Cq [ciclo PCR]> = 40 sono sospetti a causa della bassa efficienza implicita e generalmente dovrebbero essere segnalati", in particolare avvertendo*

del rischio di falsi positivi ⁷¹. Gli esempi di cui sopra hanno utilizzato 37 e 40 come limite superiore e un flusso di lavoro pubblicato dall'ospedale tedesco Charite Berlin, ha specificato 45 cicli ⁷². Anche i test di Altona Diagnostics e Vitassay raccomandano 45 cicli. Una revisione di tutti i test approvati in base all'autorizzazione di emergenza dalla FDA degli Stati Uniti ha mostrato che un test ciascuno ha raccomandato che il positivo fosse considerato inferiore a 30, 31, 35, 36, 37, 38, 39 cicli, 12 consigliati meno di 40 e uno ciascuno raccomandato 43 e 45 ⁷³.

David Crowe a pag 14:

La quantità di RNA non è correlata alla malattia

Ecco il momento di rivelare la differenza tra i primi sei grafici e i restanti dodici.

Teoricamente il numero di ciclo della PCR in corrispondenza del quale è rilevabile il DNA ci dice la quantità relativa di RNA. Qualunque sia la quantità iniziale necessaria per essere rilevabile nel 20° ciclo, 21 cicli sarebbero doppiamente sensibili (e potrebbero rilevarne una quantità iniziale di circa la metà) e 30 cicli circa 1000 volte tanto rispetto al 21° ciclo. Si potrebbe quindi aspettarsi che le persone più malate abbiano più virus, e quindi per avere un numero di ciclo inferiore sui test.

Questo è il motivo per cui gli autori hanno separato i primi sei grafici dai restanti dodici. I primi sei erano le persone che erano abbastanza malate da richiedere ossigeno. Ma si può chiaramente vedere dal grafico che le sei persone più malate non avevano quantità nettamente più elevate di RNA, o qualsiasi altra differenza consistente nel loro grafico del test. In un sondaggio condotto su

persone positive all'RNA nel Guangdong, in Cina, gli scienziati hanno esaminato la "carica virale" (quantità di RNA) e ha concluso che "la carica virale rilevata nel paziente asintomatico era simile a quella nei pazienti sintomatici" ⁷⁴.

Sulla base di queste conoscenze, si collocano le recenti fuorvianti dichiarazioni degli esperti italiani, che devono spiegare alla popolazione come mai un virus, tanto letale e diffusivo ⁷⁵, in poche settimane abbia potuto trasformarsi in un timido agnellino ⁷⁶, ⁷⁷.

I risultati anomali sono la regola

Nel testo di Crowe sono riportati numerosi esempi di risultati anomali od inattesi, pubblicati nella letteratura scientifica. Per esempio:

David Crowe a pag 11:

"Scienziati cinesi hanno riferito che 29 su 610 pazienti in un ospedale di Wuhan hanno ottenuto 3-6 risultati dei test che sono passati tra Negativo, Positivo e 'Dubbio' (non definito, ma probabilmente significa un numero di cicli PCR tra positivo e negativo) ⁷⁸. Un paziente, ad esempio, ha avuto tre test negativi intervallati da due test positivi. Altri hanno avuto un risultato del test in ciascuna delle tre categorie".

La cronaca di ogni giorno è ricchissima di casi "strani": la positività di tigri ⁷⁹, cani ⁸⁰, gatti ⁸¹, capre e papaya ⁸² rende legittimo il sospetto che la PCR sia un esame dai risultati erratici. Val la pena controllare come ci si sia arrivati.

Come si fa a identificare esattamente le sequenze nucleotidiche virali? Si deve essere sicuri che provengano da quel virus. Deve esserci prima un indispensabile passaggio, cioè l'isolamento del "nuovo virus", il termine di paragone per eccellenza.

Isolamento virale (generalità)

Questo deve essere il primo passo, e consiste nella separazione del supposto virus da ogni altra cosa (dal latino *insulatum*). C'è una procedura precisa da seguire: la separazione per ultracentrifugazione in gradiente di densità con saccarosio. In breve: da una cultura cellulare presunta infetta si preleva il sopranatante e lo si centrifuga con tali modalità dopo averlo filtrato. Di lì si preleva il materiale che si è sedimentato in vari strati. In quello corrispondente ad una densità particolare, dovrebbero ritrovarsi le particelle cercate. Un campione prelevato da quello strato viene fissato e colorato negativamente su un particolare supporto per essere esaminato al microscopio elettronico. Lo si fotografa. La stessa operazione deve essere fatta con materiale prelevato da coltura del tutto uguale, ma sicuramente non infetta (controllo negativo).

Procedura di ultracentrifugazione in gradiente di saccarosio.

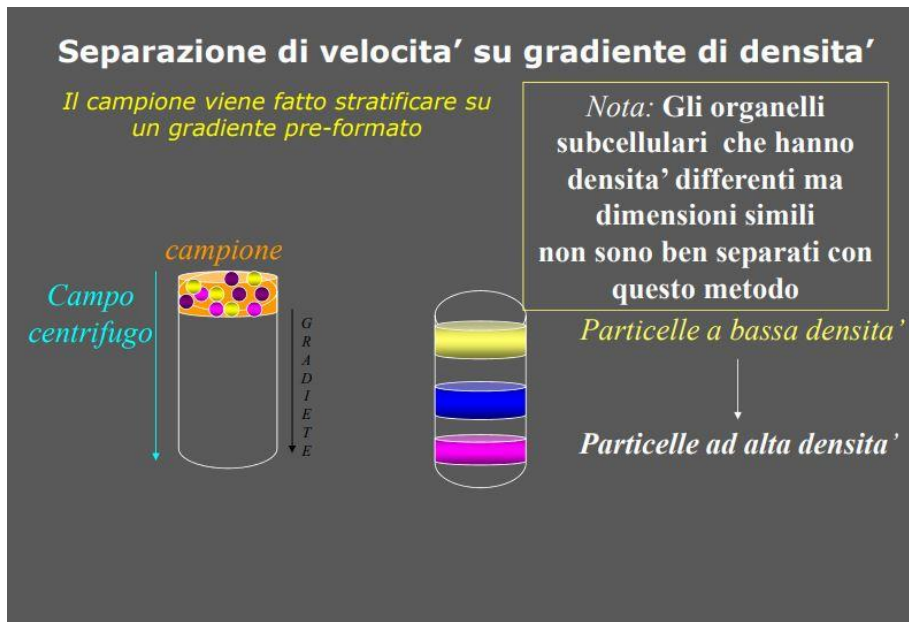


Figura 4. Separazione con centrifugazione su gradiente di densità.

L'ultracentrifugazione consente di ottenere risultati ottimali nelle seguenti applicazioni:

- ➔ Purificazione di proteine, oligomeri e complessi proteici
- ➔ Isolamento di lipoproteine
- ➔ Purificazione e separazione di virus e particelle virali
- ➔ Isolamento e separazione di frazioni subcellulari
- ➔ Preparazione di macromolecole mediante centrifugazione in gradiente di densità
- ➔ Purificazione di acidi nucleici (DNA, RNA)
- ➔ Purificazione di vescicole extracellulari (esosomi)
- ➔ Separazione di nanoparticelle

Figura 5: Applicazioni della ultracentrifugazione

Se, in questo modo, vengono identificate particelle delle dimensioni di un virus, tutte uguali, mentre nel controllo sono assenti, si procede con l'analisi **più completa** (di proteine costitutive, materiale genetico), analisi anche comparativa con virus conosciuti. Nello stesso modo si possono ricavare i reagenti usati per i test (sequenziamento genico, identificazione e produzione degli antigeni specifici per poi ricercare e produrre gli anticorpi).

Tutto quanto sopra per ribadire che la causa virale putativa deve essere PRIMA isolata (tanti elementi, tutti uguali, visti e fotografati) e poi analizzata. È logica elementare.

La sorpresa è che per il SARS-CoV-2 manca la prima parte di tale procedura. Nei lavori pubblicati sul SARS-CoV-2 non si trovano fotografie del virus *isolato*, se non di singoli elementi senza contesto. Si ritrovano **anche** fotografie di sezioni ultra sottili di tessuti dove si individuano agglomerati di piccoli cerchi che sono indicati con le frecce e chiamati particelle virali. Ammesso che lo siano, costituiscono meno del 10% del materiale cellulare che li circonda. Non si tratta propriamente di isolamento. Ma c'è di più: vi sono forti dubbi che quei piccoli cerchi siano Coronaviridae. Infatti hanno dimensioni variabili: il loro diametro è spesso di 65-70 nm, cioè inferiore al minimo previsto per i Coronavirus (120-160 nm) ⁸³. In verità altri autori riportano diametri diversi (100-160nm) ⁸⁴, ma restano comunque fuori *range*. **Ed i virus sono caratteristicamente costituiti da pochi elementi fondamentali capaci di replicare copie identiche di sé stessi.** Insomma in biologia ... non sono previsti né i giganti né i cuccioli di virus!

Se il diametro delle piccole sfere è inferiore del 30% rispetto alla particella singola, in volume esse lo sono di meno ancora, cioè si riducono ad 1/3 circa in volume. Se il diametro è superiore del doppio, allora il volume è oltre 6 volte maggiore. Il che non è possibile sia sostenuto: starebbe inevitabilmente a significare una differente composizione e struttura incompatibile con esseri che sono dotati di uguale e breve sequenza nucleotidica (perché appartenenti alla stessa specie).

Per la discussione, presentiamo innanzitutto una delle tante fantasiose ricostruzioni al computer che rafforza quel che sosteniamo: rivela la convinzione di tutti, esperti e non esperti, che il virus SARS-COV-2 sia costituito da particelle tutte uguali a sé stesse, come dovrebbe essere.

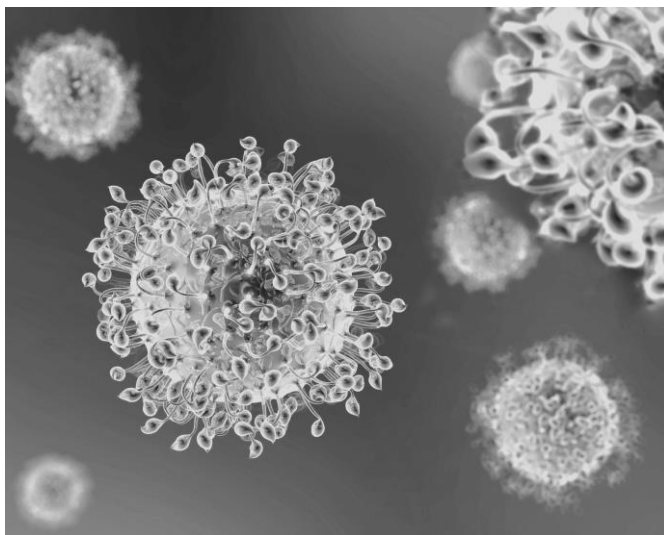


Figura 6. Coronavirus immagine disegnata al computer

Ora esaminiamo per confronto il Coronavirus ritenuto responsabile della SARS (malattia epidemica comparsa in Oriente nel 2002 e sparita nel 2004, per la quale era stato imputato un Coronavirus ⁸⁵): le dimensioni e l'aspetto corrispondono alla descrizione. Il diametro, escluse le spikes (peplomeri od estroflessioni), è di circa 100 nm.

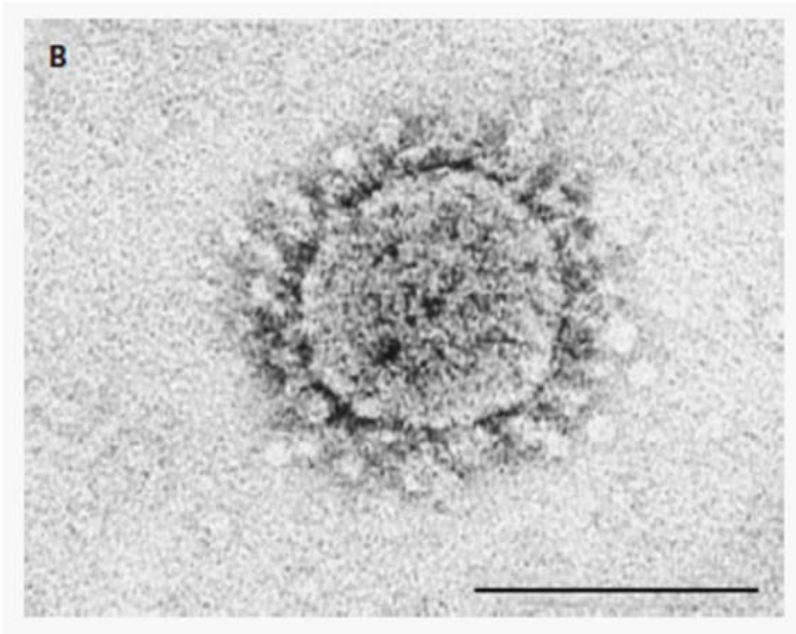


Figura 7. Disegno: riproduzione da Ksiazek TG et al. Ultrastruttura caratteristica del Coronavirus associato alla SARS coltivato in cellule Vero E6.

Un Coronavirus di pipistrello, simile a quello della SARS umana (malattia comparsa nel 2003 e sparita nel 2004), è stato “isolato” e così presentato sulla rivista Nature⁸⁶; assomiglia al precedente, ma ha forme più irregolari e dimensioni leggermente maggiori (167 x 200 nm):

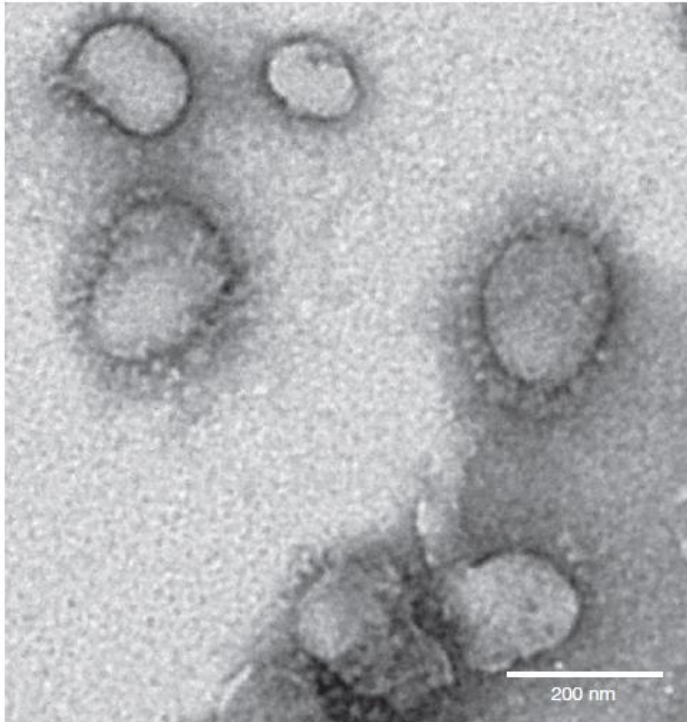


Figura 8. Disegno: riproduzione da Xing-YiGe et al. Micrografia elettronica di virioni purificati raccolti, fissati e concentrati/purificati con centrifugazione in gradiente di saccarosio

Asseriti isolamenti del SARS-CoV-2

- A)** Il SARS-CoV-2, la cui foto è stata pubblicata sul N Eng J Med quest'anno ⁸⁷, ha invece un aspetto diverso e le dimensioni pure:

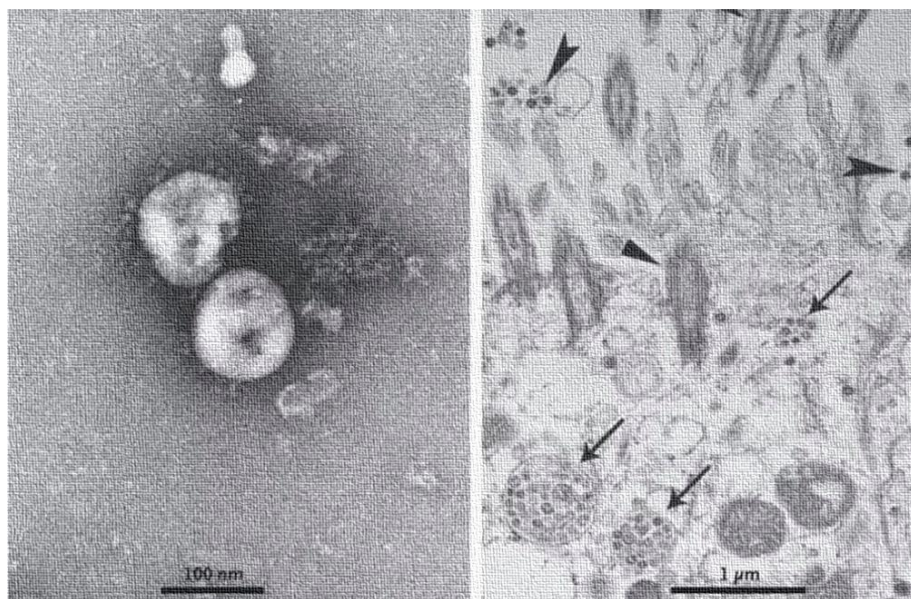


Figura 9a e 9b. Disegno: riproduzione da Zhu N et al. Visualizzazione del nCoV-2019 con il Microscopio a Trasmissione.

I due elementi nella foto di sinistra corrispondono nei diametri a quelle di un ipotetico Coronavirus (attorno a 100 nm, escluse le spikes che non son ben visibili). Viceversa le piccole particelle divise in gruppi sulla destra sono apparentemente troppo piccole per essere di SARS-CoV-2. Quel che è notevole è che le formazioni rotondeggianti nella foto a destra non hanno le dimensioni di quelle nella foto a sinistra pur trattandosi asseritamente degli stessi SARS-CoV-2 del medesimo studio! Il materiale presunto infetto (liquido da lavaggio bronchiale) proveniva da 1 dei 3 pazienti. Non vi è accenno all'esame al microscopio elettronico di sopranatante da colture cellulari di controllo.

L'immagine più sotto è l'ingrandimento della parte inferiore della figura 9b per permettere una misurazione facilitata.

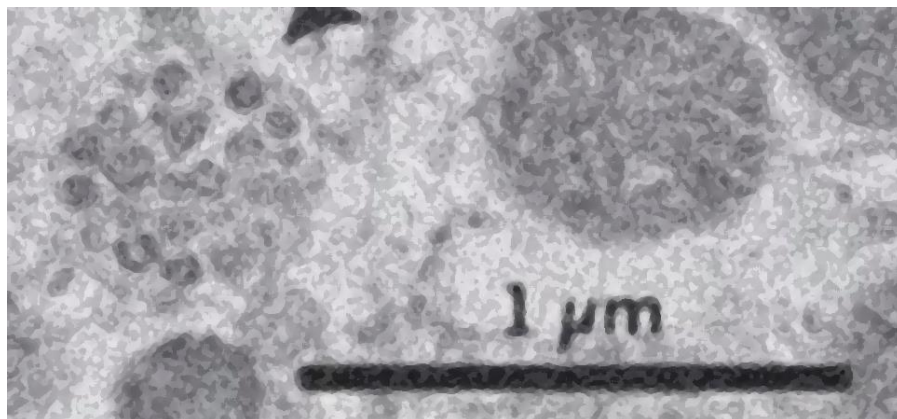


Figura 10. Disegno: riproduzione da Zhu N et al. Visualizzazione del nCoV-2019 con il Microscopio a Trasmissione (ingrandimento di particolare della figura 9 immagine a destra).

Come si può controllare con un software di misurazione su schermo ⁸⁸, le particelle sono di circa 65-75 nm di diametro, tranne una che è di 100 nm.

- B)** Lo stesso può essere osservato sulla foto pubblicata su Nature ⁸⁹ (dimensioni delle “particelle virali”: in media 67 nm di diametro, range 48-90):

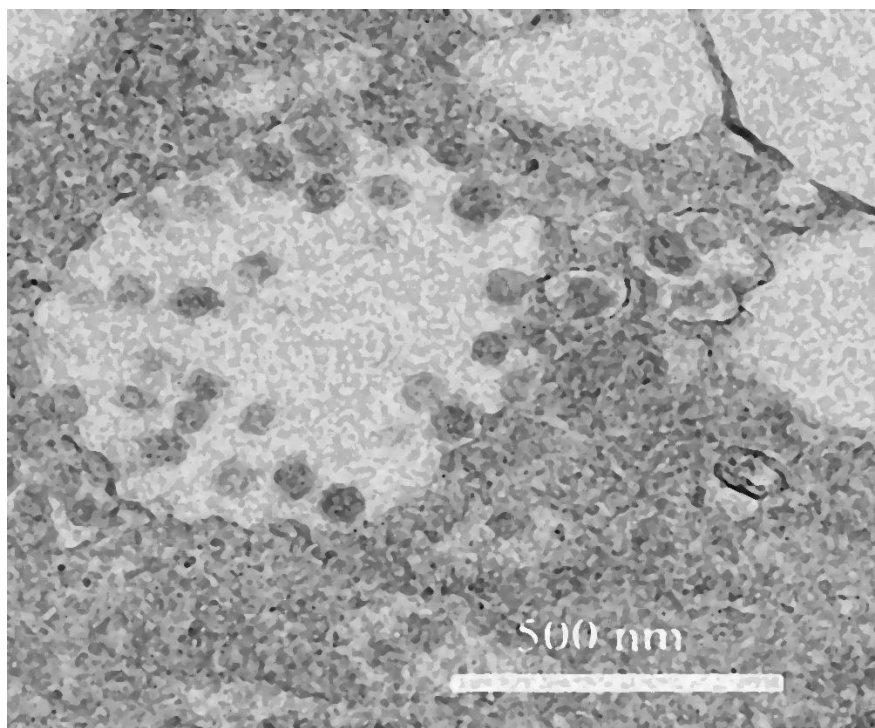


Figura 11. Disegno: riproduzione da Zhou et al. Isolamento del 2019-nCoV. Vengono mostrate le particelle virali in un vacuolo intra citosolico. Le particelle virali nelle sezioni ultrasottili vennero fotografate con il microscopio elettronico a 200 kV. Il campione proveniva da cellule infette Vero E6.

Queste sopra sono con tutta probabilità le foto più rappresentative che son riusciti a scattare.

Perciò il dubbio sull'origine di tali riscontri fotografici progressivamente si rinforza.

- C)** Su Nature è stato pubblicato il 7 maggio uno studio che vanta la dimostrazione del nesso causale tra SARS-CoV-2 e COVID-19 con un articolato esperimento su dei topi

Tuttavia molte sono le critiche possibili, per esempio:

1) gli autori danno per scontato che la causa sia stata dimostrata in due precedenti pubblicazioni che citano. In una di queste, già qui discussa, li smentisce, infatti è esplicitamente ammesso che i loro riscontri non erano decisivi (*“non sono stati soddisfatti i postulati di Koch”*)⁹¹. Nell'altro lavoro⁹² l'immagine di una singola particella (supposta virale), è molto differente come dimensioni, essendo il diametro di circa 75 nm, e non c'è nessuna dimostrazione di isolamento di particelle virali.

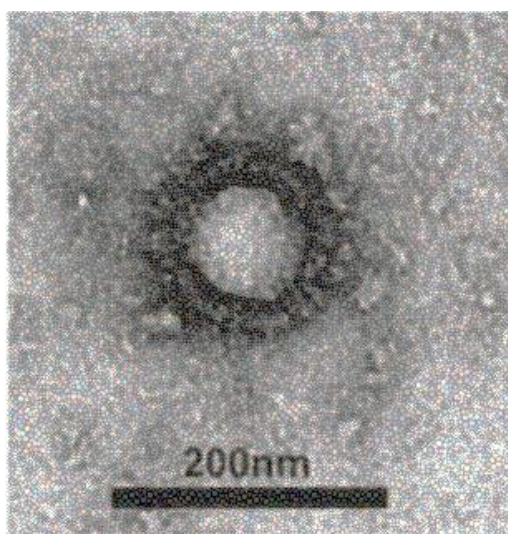


Figura 12. Disegno: riproduzione da Ren et al. Identificazione ed isolamento virale. Micrografia elettronica.

2) i topi sono stati divisi in tre gruppi: uno di suscettibili, “infettato” con il SARS-CoV-2; uno di suscettibili infettati con “virus finto” (mock virus); uno di non suscettibili, infettati con il SARS-CoV-2. I “virus finto” corrisponde a gocce di PBS (tampone fosfato salino).

In ognuno dei tre gruppi di topi, di cui due di controllo, solo alcuni individui hanno presentato sintomi modesti (il pelo irto e non altro), e le descrizioni anatomopatologiche si sono limitate

ai topi suscettibili infettati, mentre i topi di controllo non avevano dimostrato alcuna alterazione. Non si comprende di quale patologia soffrissero i topi sintomatici dei gruppi di controllo, né se vi fossero differenze, nel gruppo dei suscettibili infettati, tra sintomatici e non. Poco comprensibile anche come mai topi affetti da grave compromissione polmonare non abbiano manifestato sintomi rilevanti: *“non furono trovati altri sintomi clinici come la schiena arcuata e una risposta diminuita a stimoli esterni”* (con l’eccezione di una perdita di peso per i topi infetti, ammalati ed arrivati vivi al 14° giorno). Al giorno 1, 3, 5, 7 dopo l’infezione, sono stati sacrificati ogni volta 3 animali per ogni gruppo. Questo significa che alterazioni nel gruppo suscettibile infettato, (riscontri autoptici di grave patologia polmonare) sono stati ritrovati in topi che non avevano alcun sintomo, secondo quanto scritto dagli autori (7 in tutto i topi con sintomi in tale gruppo e, di questi, 7 arrivati al 14° giorno). Non è facile comprendere.

3) il virus non è stato isolato secondo la procedura corretta, ed esposta in precedenza in questo scritto. La fotografia al microscopio elettronico mostra un cerchio di diametro doppio di quello massimo consentito per un Coronavirus e triplo o quadruplo rispetto a quelli riportati nei lavori citati in questo testo. Eppure si sostiene che si trattava del medesimo virus.

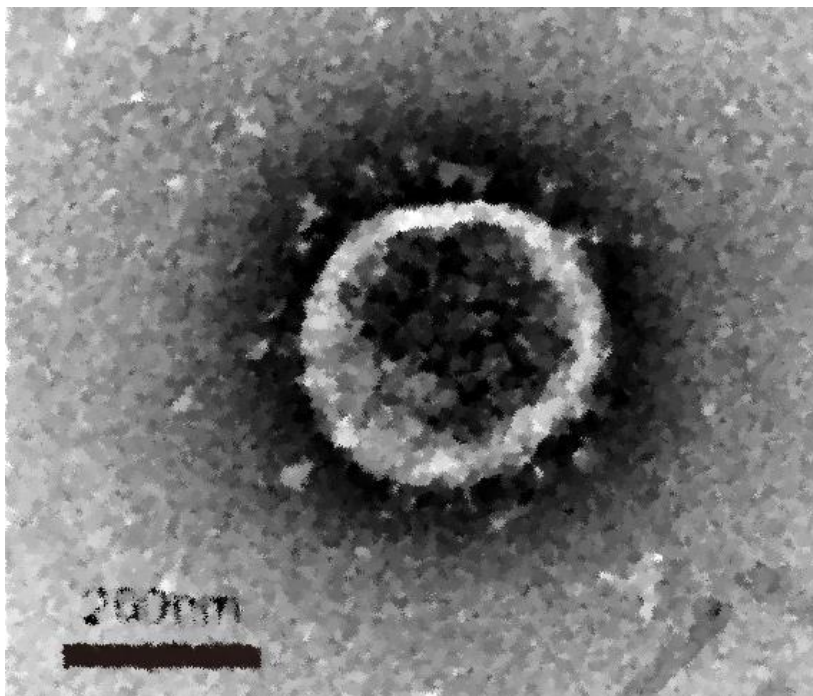


Figura 13. Disegno: riproduzione da Bao et al. Il virus isolato dai polmoni dei topi ACE2-HB-01 fu osservato al microscopio elettronico.

- D)** Nella pubblicazione di Caly et al.⁹³ viene “isolato” il SARS-CoV-2 da un solo paziente. Anche qui mancano fotografie elettroniche da colture non infette di controllo e comunque non c'è stato un corretto isolamento. Le particelle nella parte destra dell'immagine sono del 20% più piccole di quella singola a sinistra. Sono altro.

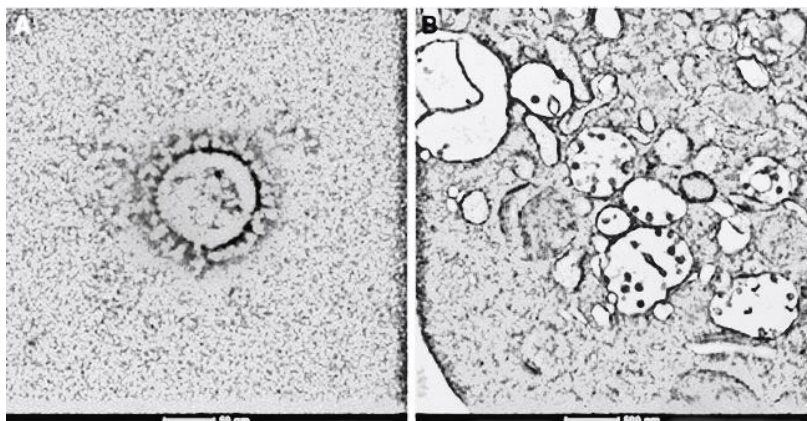


Figura 14. Disegno: riproduzione da Caly L et al. Electron micrographs of cell culture supernatant. **A.** 100 nm spherical virion displaying the characteristic crown-like fringe of spike proteins. **B.** Sezioni infettate di VERO/hSLAM con vescicole legate alla membrana contenenti virus.

Ulteriore prove a dimostrazione dell'incertezza interpretativa

Tre lavori hanno recentemente pubblicato fotografie elettroniche di coronavirus in malati di COVID-19. Val la pena esaminarle perché sono state contestate da altri ricercatori:

A) Su H et al. Particelle simil-Coronavirus ⁹⁴

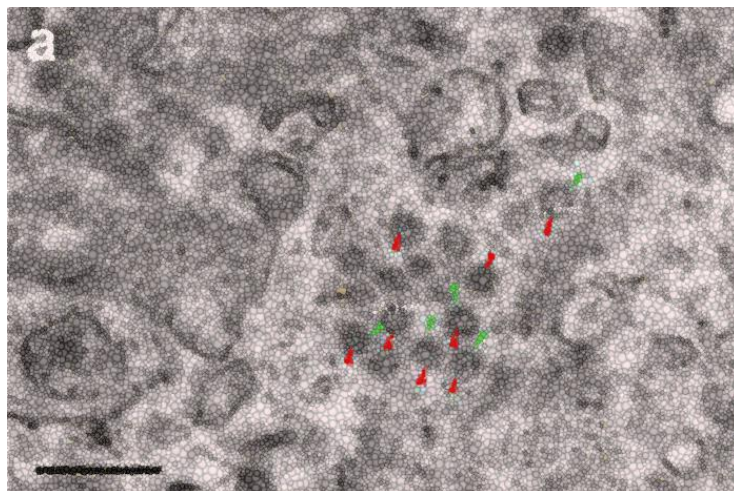


Figura 15a. Disegno: riproduzione da H et al. Particelle simil-Coronavirus (freccie rosse) con estroflessioni distintive (freccie verdi) erano presenti nel citoplasma dell'epitelio del tubulo prossimale.

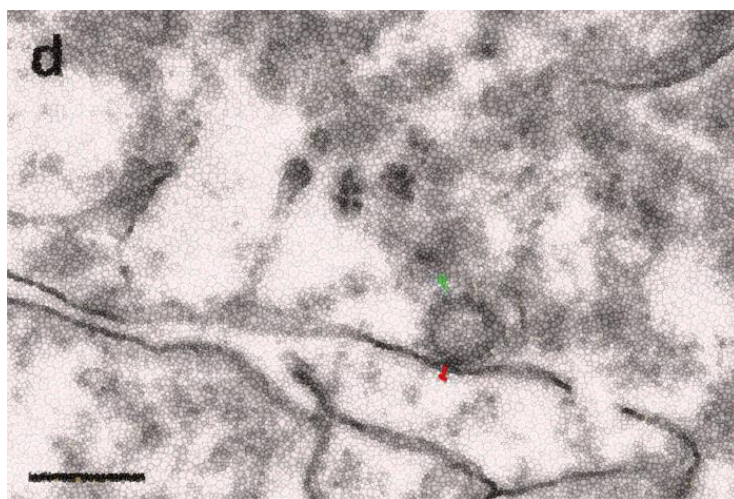


Figura 15b. Disegno: riproduzione da Su H et al. Particelle simil-Coronavirus (freccie rosse) con estroflessioni distintive (freccie verdi) erano presenti nel citoplasma dell'epitelio del tubulo distale.

Tuttavia esperti microscopisti elettronici hanno contestato che quelle immagini potessero rappresentare il SARS-CoV-2 ⁹⁵ :

*“Queste strutture non sono particelle virali, ma piuttosto vescicole rivestite di clatrina, **normali organelli cellulari coinvolti nel trasporto intracellulare**. Gli oggetti nella loro Figura 2a e b (w 60 nm) sono leggermente più piccoli dei coronavirus (da w80 a 140 nm), ma, soprattutto, le loro "estroflessioni" (peplomeri) sono in contatto con il citosol, come quelli delle vescicole rivestite di clatrina”.*

Gli Autori Sun et al hanno così risposto:

“Siamo d'accordo con il punto di vista di Miller e Brealey e riconosciamo che ci sono difficoltà intrinseche nella discriminazione delle vescicole cellulari dalle particelle virali esclusivamente da prove morfologiche, specialmente nella normale elaborazione EM dei tessuti autoptici.”

“Pertanto abbiamo prudentemente modificato la descrizione nella versione prestampata del nostro articolo di "particella virale" in "particella simil-coronavirus”.

B) Kissling S et al. Studio di microscopia elettronica. ⁹⁶

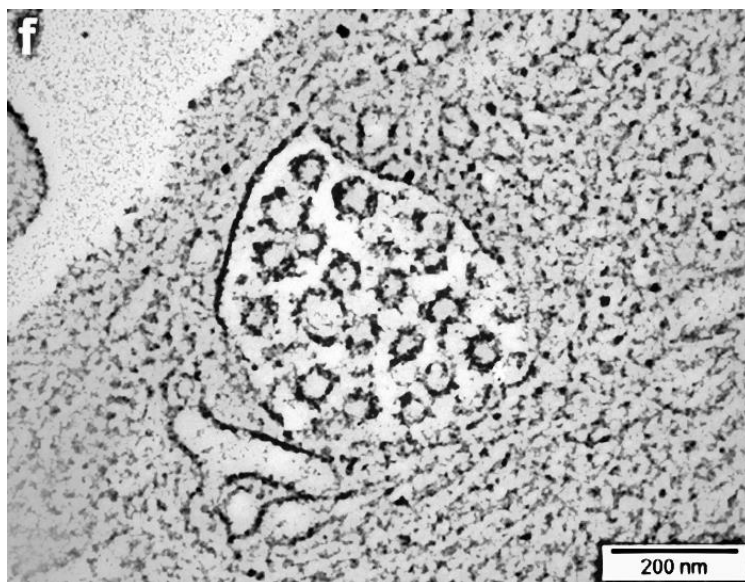


Figura 16. Disegno: riproduzione da Kissling S et al. Studio di microscopia elettronica. Vacuoli citoplasmatici contenenti numerose particelle sferiche.

La critica ⁹⁷ al lavoro B) sopracitato da parte degli stessi ricercatori, è la seguente:

“[...], le particelle in Kissling et al. non sono coronavirus. Mentre sono all'interno di un vacuolo, hanno estroflessioni e hanno approssimativamente le dimensioni corrette, non hanno l'aspetto uniforme delle particelle di virus con una copertura esterna della membrana e punti all'interno che indicano il nucleocapside.

“Queste microfotografie non supportano l'affermazione che le particelle sono effettivamente virus.”

Gli autori del lavoro criticato hanno ammesso le incertezze interpretative ⁹⁸, nonostante a parer loro per dimostrare che le particelle siano o no del SARS-CoV-2 bisognerebbe marcarle con

anticorpi specifici. Anticorpi specifici che non ci sono, visto che per questi non è nota la specificità reale (vedi le sezioni precedenti di questo elaborato). Il cane che si morde la coda:

*“Riconosciamo anche le nostre incertezze riguardo alla natura esatta delle particelle nel podocita osservate nella biopsia renale del nostro paziente ed eravamo cauti nell'interpretazione di questi risultati. A seguito dei commenti di Miller e Brealey, abbiamo modificato la nostra lettera prima della sua pubblicazione finale sul Journal per sottolineare ulteriormente che queste particelle possono corrispondere a entità non virali. Tuttavia, le particelle rilevate nella biopsia del nostro paziente **sono piuttosto simili** a quelle della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus riportata nella prima documentazione (Zhu et al, figura 10). Inoltre, **l'aspetto delle inclusioni virali intracellulari sembra essere abbastanza variabile da una pubblicazione all'altra**”. A nostro avviso, rimane quindi possibile che le particelle osservate nel nostro paziente siano di origine virale. **la prova definitiva della presenza di inclusioni virali nelle cellule richiede un'immunocolorazione con anticorpi specifici**, sia nelle cellule in coltura che nei campioni di tessuto.*

C) Varga Z et al. Microscopia elettronica del tessuto renale ⁹⁹

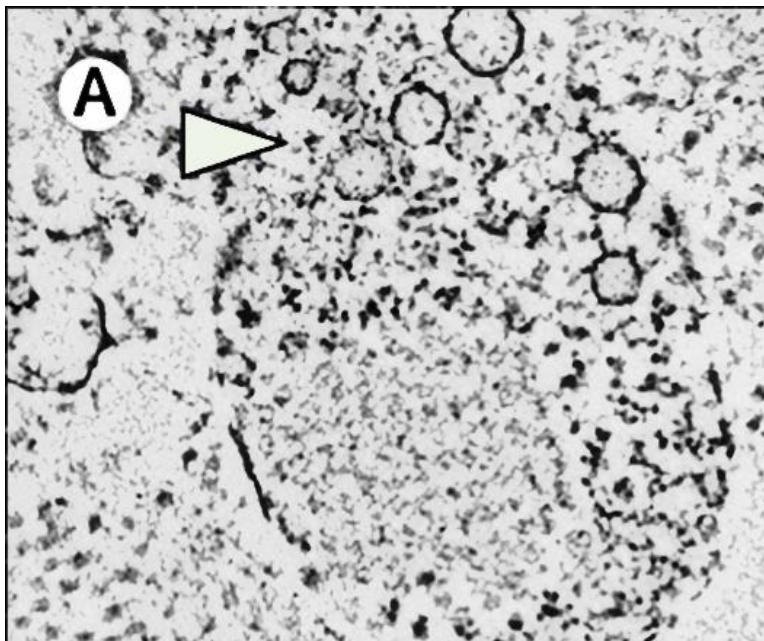


Figura 17a Disegno: riproduzione da Varga Z et al. Microscopia elettronica del tessuto renale mostra corpi d'inclusione virale nello spazio peritubulare nelle cellule endoteliali delle anse capillari glomerulari

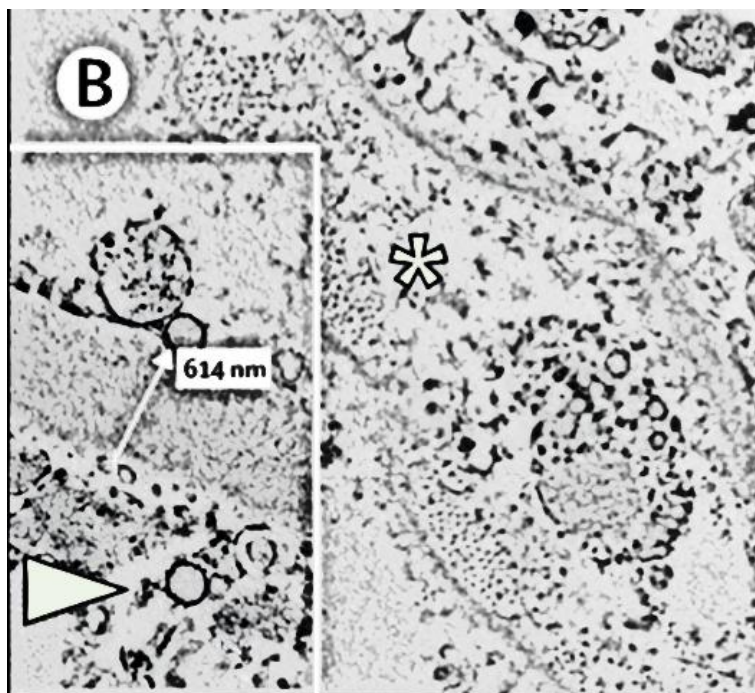


Figura 17b. Disegno: riproduzione da Varga Z et al. Idem

Tali immagini non sono state riconosciute come di particelle virali da parte di Goldsmith et al ¹⁰⁰ che hanno obiettato:

*“Tuttavia, riteniamo che le immagini EM nella corrispondenza non mostrino particelle di coronavirus ma mostrino invece sezioni trasversali del **reticolo endoplasmatico rugoso (RER)**.”*

*Queste strutture sferiche sono circondate da punti scuri, che potrebbero essere stati interpretati come estroflessioni su particelle di coronavirus ma **sono invece ribosomi.**”*

Per corroborare il loro argomento, i ricercatori dei CDC hanno pubblicato l'immagine di particelle da loro ritenute virali al di là di ogni dubbio (figura 18):

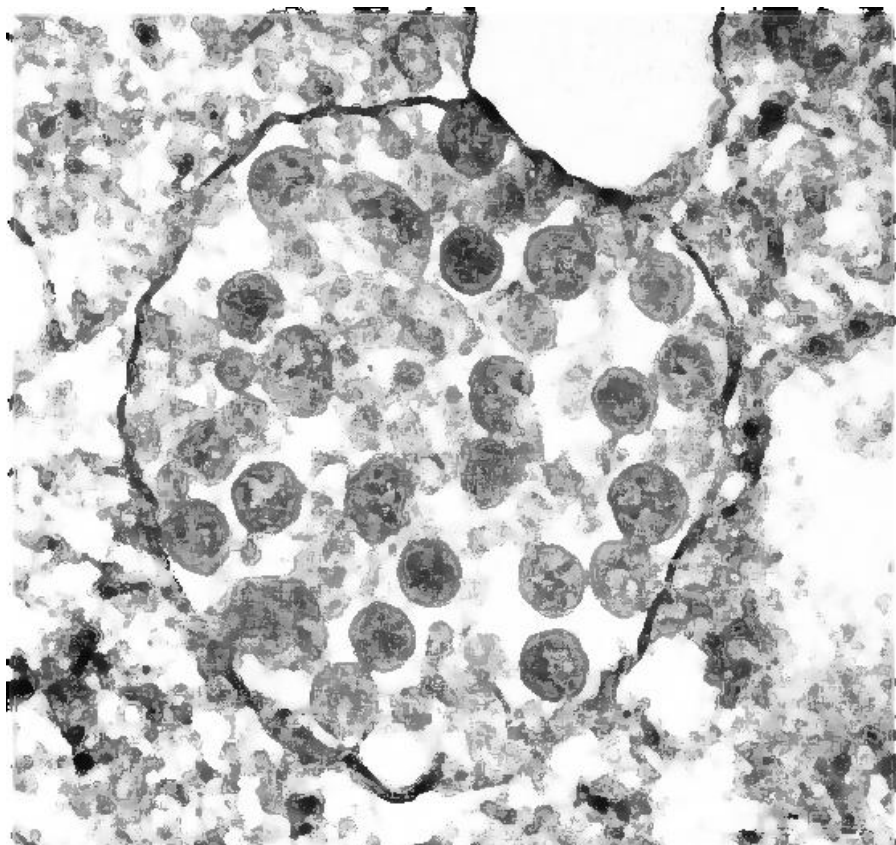


Figura 18 Disegno tratto da Goldsmith Cs, Miller SE et al. Isolato virale cresciuto in coltura cellulare. Particelle di coronavirus sferiche, con sezione attraverso i nucleocaside, sono raggruppate entro una membrana che le separa dal citoplasma.

Tuttavia uno degli Autori (Miller), aveva poco tempo prima precisato che i virus dovevano avere un diametro maggiore (80-140nm) ¹⁰¹, seppur inferiore a quello indicato dal Comitato Internazionale sulla Tassonomia dei Virus ¹⁰². Ne deriva che queste particelle, presentate come virus “garantiti” nella fotografia inserita nella corrispondenza, avendo un diametro (65-78nm) inferiore a quello consentito ad un coronavirus, devono essere qualcos’altro, secondo i loro stessi criteri.

Insomma la microscopia elettronica è molto insidiosa e non può essere considerata neanche un riferimento sicuro: Miller contro Miller.

In una “lettera all’editore” alcuni ricercatori hanno fotografato al microscopio elettronico sezioni di tessuto renale in cui si vedevano delle particelle. Queste sarebbero state considerate di SARS-CoV-2 se il paziente fosse stato positivo al test. Misurano 45-60 nm di diametro. Gli stessi autori riferiscono che è comune ritrovarle nei podociti¹⁰³ (vedi figura 19).



Figura 19: Disegno tratto da Calomeni et al. Particelle similvirali ritrovate in sezioni da biopsia renale nei podociti.

Considerazioni riassuntive sull'isolamento virale

Se il virus non è stato isolato, ed il test preparato senza l'isolamento, allora gli stessi reagenti utilizzati (antigeni e

filamenti di RNA) potrebbero avere altra origine. Nel più ottimistico dei casi possibili, cioè che le particelle di cui alle figure 9b, 11, 14b, 15a, 15b, 16, 17a e 17b, 18, all'interno dei vacuoli siano proprio di "SARS-COV-2", allora il materiale da cui derivano i test sarebbe costituito per oltre il 90% da materiale cellulare, in cui si troverebbero frammisti. Insomma, se le cose stanno così, non c'è alcuna garanzia che il test sia affidabile ed abbia il significato che gli viene attribuito.

Si vuole intendere che il processo di dimostrazione è completamente inaffidabile. D'altronde molti si sono accorti della fretteolosità con cui è stata utilizzata la procedura^{104, 105}, ed hanno segnalato la discordanza dei risultati con la clinica¹⁰⁶. Le ottime sensibilità e specificità vantate dai produttori dei test¹⁰⁷ stridono fortemente con quelle assai scarse riscontrate "sul campo". Si tratta di un aspetto pratico che va a minare quello teorico.

Detto in altro modo, non c'è alcun motivo perché il virus asseritamente presente in gran quantità nelle colture cellulari non possa essere visto e fotografato nella forma di un tappeto di particelle virali tutte uguali, dopo ultracentrifugazione e concentrazione. Perché non c'è? Per una questione di tale importanza mondiale è lecito richiedere la massima sicurezza. Il fatto che Autori indipendenti pubblichino foto di particelle di dimensioni ed aspetto notevolmente differenti, e le chiamino tutte "SARS-CoV-2" dovrebbe spingere a riconsiderare il tutto.

Possibili significati del test

La RT-PCR per il SARS-CoV-2 non è stata validata^{108, 109}, non è standardizzata¹¹⁰, sembra dare numerosi falsi positivi e falsi negativi^{111, 112, 113}.

Quindi una positività ad esso e la presenza di particelle similvirali potrebbe essere indice di: 1) un risultato erratico di un test cervellotico, 2) una cross reattività, 3) presenza di un

nuovo virus passeggero, sia esso innocuo od opportunista, 4) presenza di materiale reattivo di origine cellulare; 5) particelle di origine cellulare, talvolta contenenti catene nucleoidiche, chiamati esosomi. Gli esosomi hanno caratteristiche compatibili con quanto è stato trovato, sia per struttura che per contenuto di materiale genetico. Il dott. Andrew Kaufman ha considerato ed illustrato questa possibilità ¹¹⁴. Gli esosomi possono essere ritrovati in situazioni di stress ¹¹⁵, formate da cellule staminali ¹¹⁶, in caso di sovraccarico cardiaco ¹¹⁷, in caso di cancro ¹¹⁸, indotta da antibiotici (antibiotici sono aggiunti sempre alle colture cellulari virali) ¹¹⁹. NB La streptomina, l'antibiotico che è solitamente aggiunto alle colture cellulari, non è efficace contro i Mycoplasmi!

Una negatività del test può essere presente in individui che avrebbero tutte le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche per essere considerati infetti. Perciò alle volte i test sono stati ripetuti anche 6 volte prima di ottenere il risultato "desiderato" ¹²⁰, un tanto sembra sia avvenuto anche nel caso dello stesso medico eroe di Wuhan, Li Wenliang ¹²¹.

Come spiegare l'epidemia

Se il test è invalido, come si spiega allora tutto quel che è successo? Può essere spiegato con: a) un'epidemia di test (più test si fanno, più test risultano positivi), b) un aumento della mortalità invernale che ha colpito come ogni anno le fasce più deboli (anziani e soggetti con più patologie di base), c) riclassificazione delle diagnosi, d) inadeguatezza del nostro sistema ospedaliero per riduzione personale e posti letto (all'inizio dell'anno) e) fattori molteplici non infettivi ed infettivi, compresi i coronavirus normalmente circolanti specie nella stagione fredda. Tali fattori finora sono stati trascurati colpevolmente ¹²². Vi ha certamente contribuito anche un'alterata presentazione delle statistiche, ed un approccio medico non ottimale ¹²³. Anche la paura di una malattia mortale

ha svolto un ruolo pesante sia per chi ne è stato direttamente colpito, sia per gli operatori sanitari.

Conclusione

Noi certamente non vogliamo fare nostra l'affermazione scioccante di David Icke: *"there is no COVID-19, it doesn't exist"*¹²⁴, ma riteniamo che la teoria virale dell'epidemia sia largamente deficitaria e perciò necessiti di una revisione totale. Il criterio diagnostico della COVID-19 è forse in grado di identificare quasi tutti i casi di polmonite interstiziale epidemica durante questa pandemia? No, per almeno il 30%-50% dei casi. Può tale diagnosi essere effettuata anche a persone del tutto asintomatiche ed in pieno benessere? Sì, in un numero oltre 10 volte maggiore dei casi di malattia lieve o grave. Ha potuto tale diagnosi essere posta come causa di morte anche in presenza di altre patologie talmente gravi da essere in realtà esse stesse causa di morte? Sì, è stato fatto così molto frequentemente, in presenza di RT-PCR positiva su tampone. Può il test identificare con sicurezza i soggetti malati e/o contagiosi? Certamente no; numerosissimi sono i casi di alternanza di positività e negatività "inspiegate" e casi di positività avulsi dalla realtà. Ha potuto la teoria effettuare previsioni che siano state rispettate? No, la maggior parte delle previsioni sono fallite di gran lunga. Ci son stati meno casi e meno morti in quei Paesi dove non hanno attuato il lockdown (i.e. Giappone e Svezia) che nel nostro dove è stato imposto. Le previsioni del comitato tecnico italiano sono andate di gran lunga fuori misura. Questi fallimenti obbligano a ricorrere a spiegazioni di fantasia allo scopo di non dover ammettere le debolezze teoriche (per esempio: improvvisamente in Italia – nel giro di poche settimane – tutti i virus italiani avrebbero deciso contemporaneamente di cambiare abitudini: sarebbero "diventati benigni" e "non più tanto contagiosi", salvo futuri ripensamenti). Possono i test

anticorpali rispecchiare fedelmente una infezione attuale, recente, passata? No. I test non sono mai stati validati, perciò i risultati sono così erratici. Tanto erratici e discordanti tra loro che è impossibile stabilire la prevalenza della supposta malattia nella popolazione. Ed infine: è stato isolato il virus SARS-CoV-2? No, la dimostrazione sta negli stessi lavori che pretendono di averlo fatto. Le fotografie sono state scattate a “oggetti” notevolmente differenti tra loro e non al virus isolato.

La teoria virale della epidemia di COVID-19 è falsificata in ogni suo aspetto.

Riconoscimenti

Ho scritto una prima versione di questo lavoro e l'ho pubblicata il 3 aprile 2020 in italiano, indipendentemente da altri lavori che sono stati pubblicati in quegli stessi giorni (poco prima in verità) e che arrivano a simili considerazioni e conclusioni. Mi riferisco ai già citati David Crowe e Andrew Kaufman. Di questi consiglio la lettura perché ampliano molto la trattazione, sviscerando anche altri aspetti da me trascurati. Il fatto che certe argomentazioni siano condivise da altri, rafforza notevolmente le tesi che sono esposte.

Ritengo giusto però affermare che, se questi miei argomenti hanno un valore, lo devo al lavoro ed agli insegnamenti di Peter Duesberg, e soprattutto del “Gruppo di Perth” (Eleni Eleopulos Papadopulos e Valendar Turner: li considero i miei punti di riferimento per l'immenso contributo portato avanti e mai smentito sull'HIV-AIDS). Li ho conosciuti, ho collaborato con essi anche se molto marginalmente, ed a loro va la mia riconoscenza.

Voglio dedicare questa mia elaborazione a Luigi De Marchi, guida, amico ed alleato: un omaggio alla sua memoria. Sarebbe stato tutto più facile con lui presente ed attivo.

APPENDICE - 1

Confutazione delle tesi del prof Paolo Bellavite

Di seguito riporto ampi stralci della discussione indiretta avuta, in più puntate, con il prof Paolo Bellavite sul social facebook.

[Tratto dal post del 24 luglio 2020 ¹²⁵] Così scrivevo:

“Fin dai primi di febbraio di quest’anno ¹²⁶ avevo cominciato ad evidenziare i limiti del test e le incongruenze dalla teoria virale. La convinzione del mancato isolamento è maturata nel marzo scorso [il 3 aprile pubblicai un post: “Scacco al re” Nota 2¹²⁷].

Perciò sono rimasto un po’ perplesso di fronte alla categorica affermazione del professor Paolo Bellavite: *“Franchi dice tante cose interessanti ma non tutte sono giuste. Il virus è stato isolato, fotografato e sequenziato, punto.”*

[...]

Ho letto i suoi post e commenti e ne ho ricavato la convinzione che non abbia voluto neanche considerare quel che ho scritto.

Infatti afferma: *“Possibile che ci sia ancora qualcuno che dubita dell’esistenza del virus? [...] questa idea mi pare talmente assurda da non poter essere nemmeno considerata”.*

Una specie di rifiuto ... a pelle!

Cominciamo allora ad analizzare sviluppando alcuni punti.

1) Non ho avuto alcuna contestazione diretta ai miei argomenti da parte del prof Bellavite. Ce ne sono in verità alcune indirette; per esempio il prof ha pubblicato una foto ¹²⁸ in cui dovrebbe essere evidente l’isolamento virale nella fotografia del “ricercato numero uno”. Non è stato difficile risalire alla pubblicazione ¹²⁹. Discussione chiusa a suo parere.

In un certo senso ha ragione, ma non come pensa lui: è la dimostrazione, l'ennesima, che anche gli autori citati non sono proprio riusciti nell'arduo compito che si sono dati.

Facile la spiegazione: essi hanno ripetuto lo stesso schema, ovvero la identificazione di una sequenza nucleotidica trovata nel muco prelevato da 2 pazienti; foto da una cultura cellulare, in mancanza di un doveroso controllo, senza alcuna dimostrazione che la sequenza provenisse dalle particelle da loro fotografate e che a parer loro – sarebbero virus "isolati". Che non siano virus isolati l'ho spiegato in lungo ed in largo qui, citando pubblicazioni equivalenti a questa: [¹³⁰].

Il problema ulteriore è rappresentato dal fatto che si tratta di particelle differenti tra loro, tanto differenti! Tanto differenti da non poter essere un coronavirus (nello stesso studio, poi!). I diametri fuori range sono 6:

Fig 1 a) 500 x 580 nm

Fig 1 c) 136 nm

Fig 1 b) 116 nm

Fig 1 d) 74 nm

Fig 2 c) 111 nm

Fig 2 e) 100 nm

Fig 2 g) 177 nm

Cavilli? non lo sono. "I numeri so' numeri", ci dicono ad ogni piè sospinto gli scienziati di ogni grado ed estrazione. E allora io ho controllato i numeri.

2) Il professor Bellavite, in altro commento, dice che il riferimento (il cosiddetto *gold standard*) è la PCR. Tuttavia non specifica la marca del kit ed il modello. È importante perché ce ne sono decine e decine tra quelle commercializzate e spesso

quelle non sono d'accordo quando confrontate tra loro (non sono validate né standardizzate).

Ma facciamo finta che il problema non ci sia e che il risultato della PCR sia lo specchio fedele della realtà. Da dove sono partiti? Dalla PCR. Così il gold standard consisterebbe nella ripetizione della PCR per conferma. La validazione di un test tramite uno standard di riferimento che lo contiene si chiama "distorsione da incorporazione" (*incorporation bias*). Non ci siamo proprio. Se il gold standard fosse la clinica, allora non ci saremmo ugualmente: molto spesso clinica e risultato al tampone prendono strade diverse (molti malati negativi e molti asintomatici positivi).

Lo stesso prof Bellavite scrive: "[...] *il problema non sono i tamponi, ma l'interpretazione del dato che spesso è errata (es positivo = malato)*".

Altrove: "*Il problema è che sono troppo sensibili*".

Ancora: "*il test RT-PCR è valido per SARS-CoV-2, basta confrontare quello rapido con il tampone tradizionale.*"

Il che corrisponde ad una verifica interna, "da interpretarsi": una scorrettezza metodologica, appunto.

Insomma siamo di fronte ad un cane che si morde la coda, mancando il primo anello della catena, cioè la connessione tra test della PCR e virus isolato (vedi intervista con simulazione¹³¹).

3) Anche mettendo da parte la questione isolamento, dandola cioè come avvenuta per solo amore della discussione, devo notare che né il prof Bellavite, né l'ISS, né l'ISTAT (queste due enti cercano di raccogliere esami sierologici ad un vasto campione della popolazione), né gli esperti in TV, né il prof Bacco hanno mai spiegato il problema costituito dai falsi positivi e negativi, riconosciuto anche su riviste di primo piano. È un

problema estremamente rilevante, visto che nella situazione attuale la probabilità che un risultato positivo sia falso è maggiore di quella che sia vero (negli asintomatici). Questi falsi saranno trattati come veri a tutti gli effetti, con quel che comporta, cioè paura, isolamento, ripetizione degli esami, tracciamento dei contatti ed isolamento anche di quelli. Vedi [132].

La sensibilità e la specificità degli anticorpi dei kit a disposizione sul mercato (anche quelli approvati dalla FDA) sono state calcolate dalle Ditte produttrici. Sono state calcolate mediante confronto con clinica e risultato del tampone (anche su tampone "artificiale"). Peccato che del tampone-PCR non sia nota la sensibilità e la specificità. Un altro circolo vizioso.

Si tratta insomma di test dai risultati erratici. Forse si potrebbe fare meglio con l'estrazione al lotto. E costerebbe di meno.

Ulteriori commenti ad affermazioni del prof Bellavite

[tratto da un post del 24 luglio 2020 ¹³³]

Riporto alcuni piccoli scambi diretti con commenti sotto i post miei e del professore, inoltre commento alcune frasi estrapolate.

B (porf. Bellavite): *“Finalmente poi si torna a parlare di “sequenziamento” dei virus, un po’ come prendere le loro impronte digitali complete. Con tale sistema a Padova hanno dimostrato che i nuovi casi sono di “importazione”, più patogeni di quelli che normalmente circolavano in Veneto”.*

F: Non è sequenziamento del virus. E’ lo stesso esempio che ho fatto io nell’intervista su Byoblu: hanno isolato le impronte dello Yeti, una diversa dall’altra, ma lo Yeti ancora no.

B: *“La validazione si fa eseguendo un test nuovo a confronto con uno valido. Meglio se viene fatto in più centri. Dai risultati preliminari Rigoli dice che ha dato un falso positivo su 1000 test RT-PCR. Il che sarebbe ottimo se confermato. Il problema della RT-PCR NON è la scarsa precisione ma l'interpretazione dei dati nei casi di bassa carica virale. Quindi il fatto che il test rapido (che vede il virus con anticorpi) sia confermato per la positività mi va bene perché indica che è specifico.”*

F: Quale è il test valido? Sarebbe la PCR, secondo il prof. Ma il test dà molti “falsi negativi” (esempio: ¹³⁴).

In una revisione sistematica di 5 studi, i falsi negativi andavano dal 2 al 29% (¹³⁵).

La sensibilità non è stata determinata per NESSUN test nelle persone asintomatiche.

Per la questione SPECIFICITÀ, è ancora peggio, molto peggio. Ne ho discusso a lungo nel mio elaborato. Ora cito solo questo: Gallagher J. *Are Coronavirus tests flawed?* ¹³⁶

B: *“Non capisco proprio perché vi ostinate a voler criticare un metodo diagnostico che rimedia i difetti di interpretazione dei tamponi tradizionali. A me pare ovvio che gli anticorpi siano “specifici”, e chi mette a punto il test è la prima cosa di cui si preoccupa. Poi, ma solo poi, si vedrà che sensibilità e specificità non sono 100%, ma questo succede con tutte le metodiche immunologiche, è normale.”*

F: Per gli anticorpi la questione si aggrava vieppiù: teoricamente dovrebbero essere molto più vantaggiosi per la diagnosi (e lo sono per altre situazioni). Tuttavia il loro uso qui pone problemi irrisolvibili. Infatti sono validati (si fa per dire) su tampone positivo alla PCR (o su campione artificiale) associato alla clinica (polmonite interstiziale), non su tampone positivo in asintomatici. Anzi, negli asintomatici i risultati dei due test

divergono ampiamente. Quindi si va avanti a supposizioni fantasiose ed ognuno dice la sua (le stime dei positivi agli anticorpi vanno dal 5 al 10%, al 20 e fino al 34% (prof P Bacco, che per inciso si è rifiutato di darmi le informazioni essenziali che gli ho chiesto). Non è affatto scontato che siano specifici. Su questo ho scritto il post: Ipotesi “test a tappeto”.(23 aprile 2020: *“Il test per COVID19 confrontato con il “test della margherita”*: ¹³⁷). Simili considerazioni sono apparse anche su Medscape, un mese dopo, con il titolo: *“Il passaporto immunitario non è più affidabile del lancio di una moneta”* (Wilson FP ¹³⁸)

B: *“[...] Il sequenziamento non è un artefatto, è il virus!!! Che poi non sia mai stato isolato o visto mi pare una bufala gigante. Scusa ma non saprei come altro definirla”.*

Utilizzo la risposta e domanda di un suo lettore.

Mirco V. : *“mi permetto una domanda da tecnico informatico. Se al gisaid sono state archiviate quasi 70.000 sequenze genomiche relative al virus hCov-19 (Sars-Cov-2 per gli amici), pur non tenendo conto di come queste sequenze siano state ottenute, come potrebbe risultare efficace un test che confronta un'entità statica (che dovrebbe essere "il virus" scelto come riferimento per il test) con un'entità in rapidissima mutazione?”*

Finisco con due domande che gli ho fatto e che sono rimaste inevase:

F: *“C'è una profonda diversità di vedute, a quanto pare. Per arrivare alla semplice soluzione, non c'è niente di meglio che citare i primi tre lavori che abbiano dimostrato che la COVID è causata dal SARS-CoV-2 ed i primi tre lavori dove hanno effettuato l'isolamento virale. Non dovrebbe essere difficile trovarli se ci sono. I test dipendono dalla correttezza di questi primi passaggi.”*

In un post del 20 giugno 2020, che il prof Bellavite titola “GOOD NEWS: IL VIRUS E' MORIBONDO”, scrive:

“In Veneto, su 60.000 tamponi fatti nel corso del mese di giugno, sono risultati positivi solo 210, ma di questi ben 199 erano positivi solo per modo di dire. Infatti con la biologia molecolare (RT-PCR) la positività usciva solo “a ciclo alto”, il che significa che per diventare positivi sono stati necessari più di 27 cicli di amplificazione.

Ricordo che l'amplificazione è un sistema per scovare il virus, anzi l'acido nucleico del virus nelle secrezioni. Se i virus sono pochi, serve un gran numero di cicli di amplificazione. Ora risulta che tutti o quasi i tamponi prelevati recentemente devono fare molti cicli per poter scovare il virus, anzi un pezzetto di RNA virale. Dico un pezzo perché in realtà la “sonda” della reazione di RT-PCR non “vede” il virus ma solo un suo pezzo dell'acido nucleico. Pare anche che a Pavia abbiano provato a seminare i tamponi positivi su cellule in coltura e, su 200 prove, solo 3 o 4 siano state positive per infettività in provetta (il che comunque non significa che lo fossero dal vivo).

Rigoli dice che i 199 soggetti che sono risultati “positivi” a ciclo alto, con grande probabilità non sono infettivi. Possiamo spingerci a dire che, dal punto di vista clinico, questi 199 sono “falsi positivi”. Rigoli ha ammesso che questo tipo di problematica (l'esistenza di molti positivi al laboratorio ma “falsi positivi” clinicamente) potrebbe essersi verificata anche in passato, nel momento del picco dell'epidemia, anche se in quel caso si trovavano moltissimi anche positivi con pochi cicli di amplificazione. E' troppo presto per dire quanti tamponi siano stati “molto” o “poco” positivi nelle settimane del picco epidemiologico.

Coloro che lamentavano l'esistenza di “falsi positivi” al tampone, non avevano tutti i torti. O meglio (come ho già

spiegato su queste pagine) si è verificato un equivoco concettuale su tutta la vicenda: il test RT-PCR è preciso, anzi è il più preciso modo per misurare la presenza del virus (o suoi frammenti), ma l'interpretazione è stata fatta spesso in maniera frettolosa e sbagliata, soprattutto allorché si è parlato di "positivo" come fosse "malato", prescindendo dalla sintomatologia clinica e dalla "entità" della positività alla RT-PCR.

Altrettanto importante è il fatto che coloro che sono positivi "a ciclo alto" non sono contagiosi, sia perché in essi la carica virale è bassissima, sia perché non avendo sintomi non spargono il virus, sia perché il virus è moribondo o morto. La presenza di acido nucleico virale nel tampone potrebbe essere la conseguenza del fatto che le cellule riescono a bloccare la replicazione virale all'inizio, prima che questo invada l'organismo. Oppure sono cellule morte che si sono esfoliate dalle vie aeree perché sono state rimpiazzate da quelle sane. Un'altra cosa interessante è che alcuni soggetti, che si sono "ripositivizzati" dopo essere risultati negativi, avevano nel naso solo dei "pezzi" di virus, cosa che si dimostra dal fatto che solo una delle tre sonde RT-PCR è risultata positiva.

E che dire degli 11 casi che sono positivi "veri", cioè in quelli dove c'era effettivamente "tanto virus" nel loro naso e faringe? Di questi, 4 sono asintomatici e 7 sono sintomatici, ma solo 3 con una clinica preoccupante. Questi dati forniti dal microbiologo confermano in modo clamorosamente chiaro che il virus ormai è "spento", sparito dalla circolazione. Secondo Roberto Rigoli è possibile che esso non torni più, come è successo con la SARS e la MERS, ma ovviamente ha detto che nessuno può dirlo con certezza in questo momento."

F: Tale post è un concentrato di quel che vado dicendo (impostazione teorica mal definita). Insomma, basta regolare il numero di cicli della PCR per avere il risultato desiderato! La

PCR potrebbe selezionare pezzi di virus morto ed il virus presente POTREBBE non essere contagioso. Quel che sembra certo è che esso è diventato più benigno, perché avrebbe diminuito la sua “carica”. Infatti alcuni asintomatici positivi avevano una carica virale elevata. Peccato che ciò contrasta con lavori scientifici (vedi Crisanti ¹³⁹) in cui sostengono che non vi è differenza di carica virale tra sintomatici ed asintomatici (per inciso, nella pubblicazione di Crisanti, dei sintomatici solo il 23% ed il 10% ed erano positivi al test ...).

NB Il pericolo insito nel volere a tutti i costi sostenere la teoria virale stirandola da tutte le parti è intuitivo: un virus che per cause sconosciute diventi benigno, potrebbe ridiventare maligno quando gli girasse di nuovo la ciribiricoccola.

Prosecuzione della discussione con il prof Bellavite

In un tempo successivo, il prof Bellavite mi ha inviato, senza alcun commento, il titolo di 4 pubblicazioni. Evidentemente dovevo considerarle come prove a sostegno della sua tesi. Così ho fatto, analizzandole ¹⁴⁰.

1) Calderaro et al. [¹⁴¹]

È l'articolo più interessante. Vi si riporta il caso di una neonata di sette settimane (allattata al seno), portata in ospedale il 25 febbraio per febbre, vomito ed infezione del tratto respiratorio alto. Nessun sospetto di COVID 19, poiché allora il SARS-CoV-2 non era ancora comparso nella provincia di Parma. Inoltre i genitori stavano bene. Risultò negativa ai test per molti agenti infettivi. In quel caso però venne richiesta anche una coltura per virus respiratori. Venne dimessa in buone condizioni tre giorni dopo, il 28 febbraio. Dopo ulteriori 7 giorni, dalla cultura fu asseritamente riscontrata la crescita del “SARS-CoV-2”,

evidenziandolo alla microscopia elettronica ed alla PCR. Tuttavia il muco della piccola - conservato a meno 80 gradi – ed esaminato per verifica risultò negativo alla PCR. Le considerazioni possono essere molte. La procedura descritta per l'isolamento è corretta se non fosse che non era stato previsto alcun controllo negativo (il che è fondamentale), la foto non è quella di particelle virali isolate, ma di una sola (ben scelta) ma di dimensioni inferiori al limite inferiore per i coronavirus.

A parte il fatto che il lavoro risale ai primi di aprile - a giochi ormai fatti - e tratti di un caso singolo, resta inevasa la risposta alla domanda: come contrasse l'infezione la piccola che era ovviamente rimasta in costante contatto con i genitori, specie la madre, e questi ultimi no? Un tanto, ricordiamolo, succedeva a Parma quando di tali "infezioni" in giro non ne erano registrate (in febbraio 2020). Poi, non si può fare a meno di osservare come non ci sia stata corrispondenza tra risultati del tampone e quelli della cultura nella bimba colpita da una "prima infezione" letale, che perciò avrebbe dovuto dilagare in un corpiccino indifeso. Quale significato dare a tutto ciò? Non sicuramente di una prova di relazione tra una malattia (COVID) – neppure diagnosticata - ed un "virus" quanto mai ... timido ed evanescente!

2) Colavita et al.

Gli autori in questo studio non hanno l'impegno della dimostrazione, tanto è vero che la danno per scontata, senza citare il lavoro (od i lavori) dove ciò sarebbe stato stabilito. Anche qui non ci sono controlli. L'isolamento si riferisce all' RNA testato con metodiche di sequenziamento, non con il virus. Non vi è nessuna fotografia di microscopia elettronica.

3) Sun et al.

Gli autori danno per scontato che la dimostrazione di un nesso causale ci sia già stata ed infatti citano lo studio di Zhu. Peccato

che in quest'ultimo, gli autori stessi ammettano esplicitamente di non aver dimostrato un nesso causale.

Le osservazioni da parte mia sono analoghe a quelle già fatte (non vi è reale isolamento del virus; l'unica formazione presentata come particella virale non lo è visto che ha dimensioni inferiore minimo consentito).

È notevole poiché avvalora quanto già affermato, cioè che i tamponi negativi possono diventare positivi se vengono effettuati più cicli. Per inciso il cut/off arbitrario è stato stabilito a 38 cicli in questo studio, mentre il professor Bellavite indicava - come numero di cicli suggeriti - 27.

Inoltre, il 30° e 42° giorno, dopo che gli anticorpi erano presenti da almeno 12 e 24 giorni rispettivamente, il tampone era ancora positivo (indice di incoerenza dei risultati dei test).

4) Lavoro di Park et al.

Considerano come già avvenuta la dimostrazione dell'isolamento e del nesso di causa con la "nuova malattia" e citano al proposito il lavoro di Zhu et al (Nota 3), che io ho già analizzato. Ripetono il cosiddetto "isolamento" tramite sequenziamento e ripetono gli stessi errori. Danno come corrette misure del coronavirus che non lo sono e pubblicano foto in cui le misure di molte particelle virali sono inferiori alle stesse misure da loro menzionate. Penso non valga la pena ripetere nel dettaglio tutta la analisi, simile alle altre già fatte.

CONCLUSIONE (riguardo le contestazioni del prof Bellavite)

Il tentativo di falsificazione operato dal prof Bellavite nei confronti di quel che sostengo è fallito. Lo stesso professor

Ariberto Fassati, virologo londinese intervistato dalla dottoressa Gioia Locati (¹⁴²) ammette che il sequenziamento dell'RNA non è sufficiente per sostenerlo, vi DEVE essere anche l'isolamento FISICO del virus. Curioso è constatare come neanche lui sappia dire come si debba procedere.

L'ho spiegato qui in un'intervista video: ¹⁴³.

Qui in audio: Intervista radio 54: ¹⁴⁴.

Qui in maggiore dettaglio: ¹⁴⁵

Come ciliegina sulla torta, sono stati pubblicati recentemente sul BMJ dei lavori in cui si dice espressamente che "I test sierologici non sono pronti per l'uso da parte dei clinici e nella popolazione generale" ¹⁴⁶. Cosa che ISTAT e Ministero hanno recentemente fatto, dando per completamente affidabili i risultati: lo vado ripetendo da un nel po'.

APPENDICE 2

Confutazione delle tesi della dott.ssa Loretta Bolgan

La dottoressa mi cita nel suo poderoso e meritevole lavoro ¹⁴⁷, ma non affronta i problemi che ho messo in luce e non smentisce affatto quel che ho scritto. Non riporta completamente quanto da me sostenuto, cioè scrive: *“[Franchi e Kaufman] hanno messo in discussione l’esistenza di particelle del virus sulla base della similarità con gli esosomi prodotti dalle cellule in seguito al processo infiammatorio, contenenti tossine di scarto.”* Questo è in parte vero per Kaufman. Entrambi abbiamo sostenuto (ma val la pena ricordare anche il prof Scoglio) che quello che mostrano nelle foto di microscopia elettronica non è il virus isolato e purificato. Kaufmann ha ipotizzato trattarsi di esosomi. Io ho spiegato esattamente perché non poteva trattarsi del cosiddetto SARS-CoV-2 dato che le particelle indicate non avevano neanche le dimensioni di un coronavirus ed esse erano pure tanto differenti tra loro, sia confrontando studi diversi, sia talvolta nel medesimo studio. Infatti titolai un post così: *“Anche le dimensioni contano!”* Non ho avuto alcuna obiezione finora al riguardo.

La dott.ssa Bolgan sostiene che *“il sequenziamento NGS non richiede l’isolamento dal campione”*. Io potrei essere d’accordo se prima fosse stata dimostrata con sicurezza la bontà di tale procedura. Manca insomma il primo anello che ancori la ipotesi alla realtà. La dottoressa invece sembra dire che non ce n’è bisogno.

Oltre a ribadire il mio disaccordo per motivi già espressi, ho la fortuna di poter citare un virologo, il Professor Ariberto Fassati ¹⁴⁸, il quale è stato intervistato dalla giornalista Gioia Locati, che gli ha domandato: *“Quindi il SARS-CoV-2 non è stato isolato*

fisicamente?”. La risposta del professore è stata: *“Sì lo è stato (ed è riportato su Nature). Perché, per quanto raffinata, una sequenza non basta, occorre provare che un virus esista davvero, perciò anche oggi è importante non accontentarsi di analizzarne i frammenti ma isolarlo anche fisicamente”*.

Neanche il povero professore Ariberto, virologo inesperto, è ben consapevole di come si effettua isolamento e purificazione, ma almeno ammette che ci vuole. La dottoressa Bolgan dice che no. Eppure lei stessa afferma che *“gli esosomi non sono distinguibili dai virus al microscopio elettronico”*. Non menziona il fatto cruciale che le foto non mostrano né gli uni né gli altri isolati e purificati, né tantomeno distinti gli uni dagli altri.

“Però gli esosomi in coltura non si replicano”. Se così fosse, il problema sarebbe risolto. Infatti se qualche particella similvirale fosse ritrovata in una coltura non potrebbe che essere virus, sembra dire così (non è vero, perché anche in colture cellulari se ne possono formare, ma sembra dire così). Se ci fosse, non ci dovrebbe essere nessuna difficoltà a fotografarlo dopo averlo purificato e quello non potrebbe essere un esosoma, secondo la dottoressa. Allora il problema delle fotografie non dovrebbe porsi. Invece il problema permane.

La dottoressa propone il solo sequenziamento. Con piena, totale ed incondizionata fiducia di chi ha fatto per primo l'operazione. Operazione eseguita su materiale ignoto tratto da coltura. Senza controlli! Operazione che talvolta dava risultato positivo e talvolta negativo sui malati con polmonite bilaterale. Aspetto fondamentale eppure trascurato. Lo stesso dott Stefano MANERA, rianimatore che ha lavorato in Rianimazione nell'ospedale di Bergamo nei mesi clou, ha raccontato che anche lui era perplesso di fronte a tali numerosi malati "ripetutamente negativi" che avrebbero dovuto essere "positivi".

Sulla PCR, la dottoressa mi dà man forte poiché afferma: *“Non è stato possibile validare la PCR dal punto di vista clinico perché non c'è correlazione tra la presenza del virus e l'insorgenza o lo stadio della malattia”*. Allora si ripresenta prepotente la domanda: dove e con cosa è stata validata la PCR? A che servirebbe se non aiuta a distinguere quel che più ci interessa? Dunque la PCR non può essere il *gold standard*, neanche per lei. Eppure tale è considerato, dalle Autorità Sanitarie, e pure dal dott Serravalle e dal prof Bellavite.

Mettendo al centro di questo piccolo universo il sequenziamento e non il virus *“perché non ce n'è più bisogno”*, sembra che tutto possa essere facilmente spiegato. Peccato non sapere a quale dei 150.000 sequenziamenti si debba fare riferimento, ed a quale kit di PCR ed a quanti cicli si ritenga di poter trovare il risultato desiderato. Potrebbe essere il titolo di un nuovo romanzo psicologico: *“Uno, nessuno o 150.000”*, sulla totale indeterminatezza e impalpabilità della nostra scienza moderna in cui ogni contorsionismo sembra essere consentito. Per starci dentro, bisogna però trascurare anche tutto il resto, di cui ho parlato nelle diverse sezioni del presente scritto.

Bibliografia

¹ Wuhan Municipal Health Commission. Press statement related to novel coronavirus infection (in Chinese)
<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2020012709194> (2020).

² Zhou P et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature 2020;579:270-3.

³

OMS: Definizione del caso ai fini di sorveglianza 18/02/2020

Caso sospetto che richiede test diagnostici (da non segnalare a livello europeo)

Pazienti con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti: tosse, mal di gola, respiro corto) che richiedono il ricovero o meno

INOLTRE

Nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, è stato soddisfatto almeno uno dei seguenti criteri epidemiologici:

- Erano in stretto contatto con un caso confermato o probabile di infezione da SARS-CoV-2;

OPPURE

- Aveva una storia di viaggi in aree con presunta trasmissione in corso della comunità;

OPPURE

- Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria in cui venivano trattati pazienti con infezioni da SARS-CoV-2.

OMS: Definizione del caso ai fini di sorveglianza 18/02/2020

Caso probabile

Un caso sospetto per il quale il test per SARS-CoV-2 è inconcludente (il risultato del test riportato dal laboratorio) o per il quale il test è risultato positivo su un test di pan-coronavirus.

Caso confermato

Una persona con conferma di laboratorio dell'infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente da segni e sintomi clinici

⁵ The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. Chinese Center for Disease Control and Prevention CCDC Weekly.2020;2(8): 113-122.

⁶ Robert Koch Institute Wie werden Todesfälle erfasst? [retrieved on May 15, 2020]
<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html>

“Stando ai calcoli di Amburgo pare che lì ci siano meno morti per coronavirus rispetto ai calcoli fatti dall'istituto Robert Koch: 8 mercoledì scorso secondo la città-stato. Nella statistica ufficiale del Robert Koch Institut erano invece 14. La cosa si spiega così: nella statistica del RKI finiscono tutti i casi di morte, nei quali viene riscontrato il virus Sars-CoV2. Amburgo conta invece solo i casi, in cui le persone siano morte a causa del covid. In caso di morte con test positivo al coronavirus le salme vengono mandate alla medicina legale, per scoprire la causa di morte: era COVID? “

⁷ ISS. Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia Il presente report è basato sui dati aggiornati al 13 Marzo 2020

⁸ ISS. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 11 giugno 2020. *Età media dei deceduti 80 anni, età mediana 82.*

⁹ Alessandro Bonsignore (presidente OMCEO Liguria):
<https://www.youtube.com/watch?v=jPH0IRupRZw>

¹⁰ Scoglio Stefano.
<https://drive.google.com/open?id=1LAlsV-rWDh1HiFKJCtByImLrxj2Xi9lZ>

¹¹ <https://bit.ly/3nyMmnG>

¹² <https://bit.ly/3deZQjB>

¹³ Zhu N et al. A novel Coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727-33. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.
"Sebbene il nostro studio non soddisfi i postulati di Koch, ...

¹⁴ Postulati di Koch-Henle

I postulati possono essere riassunti in quattro semplici punti:

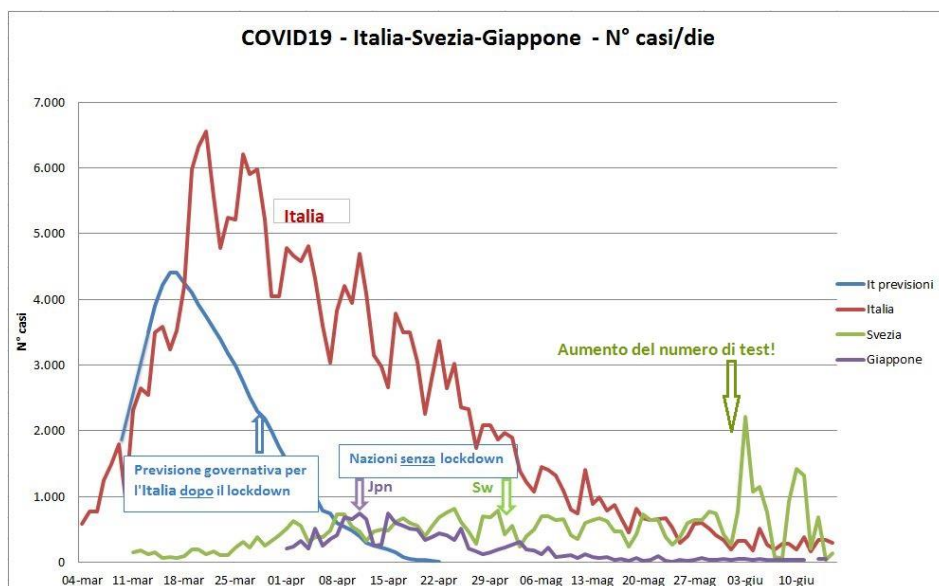


¹⁵ Rivers, T. M. Viruses and Koch's Postulates. *Journal of bacteriology* 33, 1-12 (1937).

¹⁶ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/sweden/>

¹⁷ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/japan/>

¹⁸ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/italy/>



¹⁹ Bozza relazine tecnica. Decreto-legge recante misure urgenti a causa dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. 11 marzo 2020. A pag 36 il grafico di previsione, poi cancellato nella versione finale: vedi grafico a pag 38.

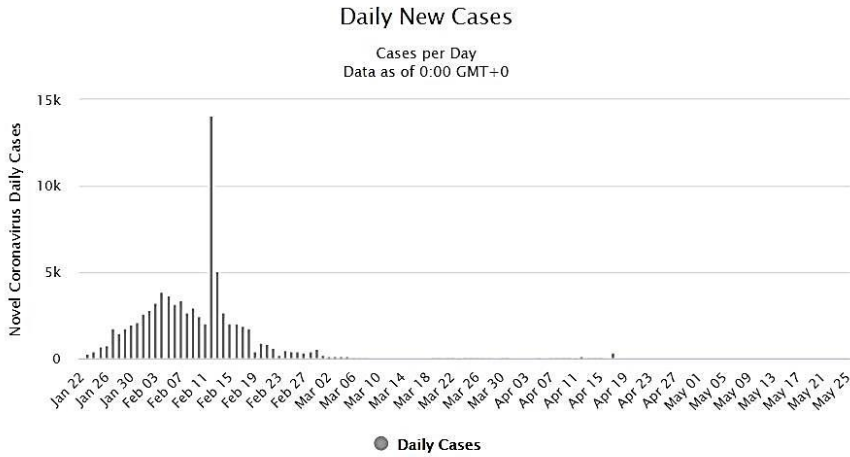
²⁰ Coronavirus. "Con riapertura totale entro metà giugno 151 mila malati in terapia intensiva". Il report del Comitato tecnico-scientifico che ha convinto il Governo. 28/04/2020. <https://bit.ly/3dasaUi>

²¹ Gates B. Innovation for Pandemics. N Engl J Med 378;22 May 31, 2018.

²² Event 201 A Global Pandemic Exercise. PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE A CALL TO ACTION. October, 18, 2019.

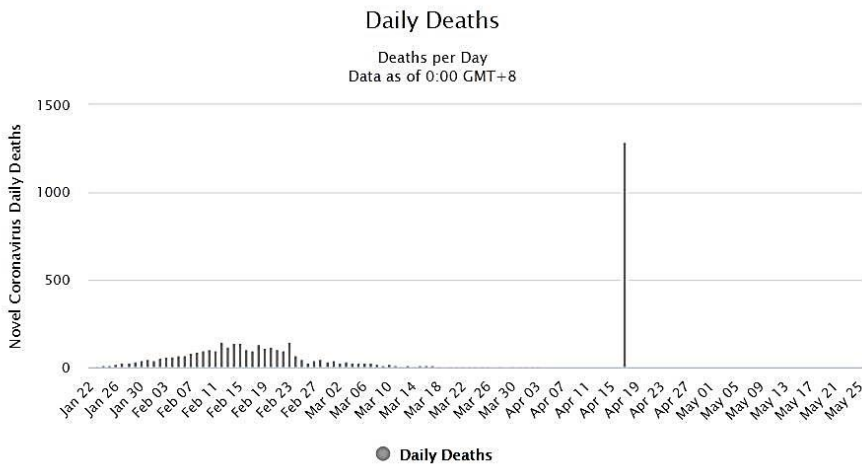
²³ Worlmeter Coronairus Cina casi:

Daily New Cases in China

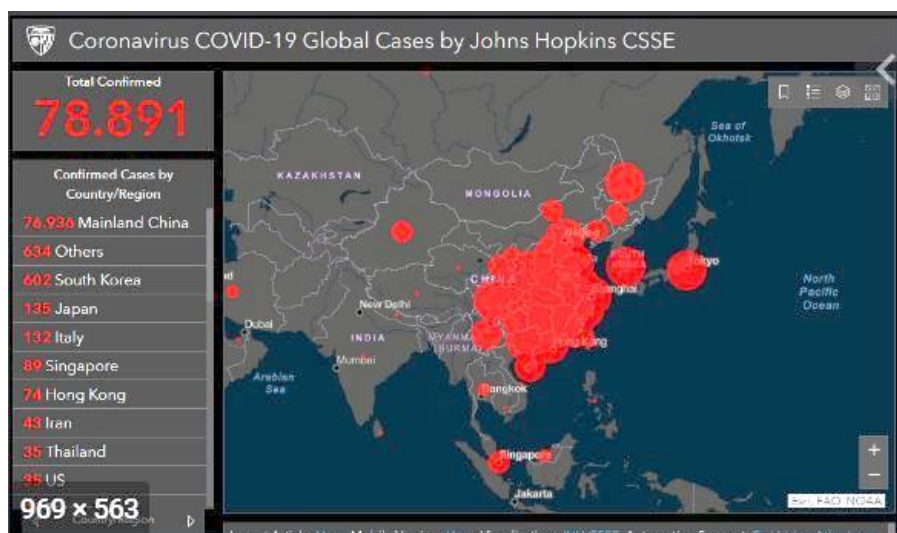


²⁴ Worlmeter Coronairus Cina decess (i decessi relativi al giorno 18 aprile sono totalmente svincolati dai casi):

Daily New Deaths in China



²⁵ John Hopkins University. Schermata del 21 febbraio 2020



²⁶ Ruggiero E. Ogni minuto nel mondo 5 bambini muoiono di fame. Un rapporto <https://bit.ly/2SNlamY>

²⁷ Oxfam. Fame nel mondo, oltre 113 milioni di persone nel mondo allo stremo nel 2018 <https://bit.ly/36XWEro>

²⁸ WHO Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance 19 March 2020.

“... per la polmonite acquisita in comunità. Test addizionali non dovrebbero ritardare il test per COVID-19. Poiché coinfezioni possono avvenire, tutti i pazienti che soddisfano la definizione di caso dovrebbero essere testati per il virus della COVID-19, indipendentemente se viene ritrovato un altro patogeno respiratorio.”

²⁹ La definizione adottata dall'ISS:

*La definizione internazionale di caso prevede che venga considerata caso confermato una persona con una conferma di laboratorio del virus che causa COVID-19 a prescindere dai segni e sintomi clinici

<https://www.ecdc.europa.eu/en/case-definition-and-european-surveillance-human-infection-novel-coronavirus-2019-ncov>

³⁰ Albenga, studentessa di 17 anni muore di polmonite. Ma è giallo: il tampone ha escluso il virus. Il Secolo XIX. <https://bit.ly/2S69V8H>

³¹ Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. Radiology 2020 Feb 26:200642 [Epub ahead of print].

³² Bandirali M, Sconfienza LM, Serra R, Brembilla R, Albano D, Pregliasco F E, Messina C. Chest Radiograph Findings in Asymptomatic and Minimally Symptomatic Quarantined Patients in Codogno, Italy during COVID-19 Pandemic. Radiology. 2020;295(3):E7. doi:10.1148/radiol.2020201102.

³³ Damiano S. Spuntano i casi simil Covid polmonite e tampone negativo . 17 maggio 2020. <https://bit.ly/36VqFbe>

³⁴ Woloshin S et al. False Negative Tests for SARS-CoV-2 Infection — Challenges and Implications. N Eng J Med June 5, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2015897

³⁵ Li Z et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. J Med Virol. 2020;1–7.

³⁶ Wise J. Covid-19: Risk of second wave is very real, say researchers. BMJ 2020;369:m2294 doi: 10.1136/bmj.m2294 (Published 9 June 2020).

³⁷ Sensibilità 88.66% e specificità 90.63%. Ipotesi prevalenza 5% su popolazione di 60 milioni: 3 milioni veri positivi, di cui individuati dal test 2.660 (sensibilità 88,66%); 340.000 falsi negativi. Dei 57 milioni di veri negativi, 5.341.000 saranno identificati come positivi (falsi positivi).

³⁸ Sensibilità 88.66% e specificità 90.63%. Ipotesi prevalenza 12% su popolazione di 60 milioni: 7,2 milioni veri positivi, di cui individuati correttamente dal test 6.384.000 (sensibilità 88,66%); 816.000 falsi negativi. Dei 52,8 milioni veri negativi, 4.947.000 saranno identificati come positivi (falsi positivi). Quasi 1 su 2.

³⁹ Cairns E. Covid-19 antibody tests face a very specific problem. April 22, 2020. <https://bit.ly/3iI5jk3>.

⁴⁰ Awesomecapital. FDA clamps down on Covid-19 antibody tests. May 7, 2020 <https://bit.ly/36J3ErZ>.

⁴¹ Wilson FP. COVID 'Immunity Passport' No More Reliable Than a Coin Flip. Medscape. 27 maggio 2020. <https://www.medscape.com/viewarticle/931097>

⁴² Franchi F. Il test della margherita a confronto. 23 aprile 2020 <https://bit.ly/36FXr06>.

⁴³ FDA. In Vitro Diagnostics EUAs. <https://bit.ly/2FbX9CI> (download June 17, 2020).

⁴⁴ Abbott. Advancing diagnostics of COVID-19. <https://abbo.tt/36SaQlO>

⁴⁵ Woloshin op. cit.

⁴⁶ Whitman JD et al. Test performance evaluation of SARS-CoV-2 serological assays. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.25.20074856v2>

- ⁴⁷ Lassaunière R et al. Evaluation of nine commercial SARS-CoV-2 immunoassays. <https://bit.ly/2GU2j6L>
- ⁴⁸ FDA. EUA Authorized Serology Test Performance <https://bit.ly/2GMLjiU>
- ⁴⁹ Elizabeth Cairns. The FDA gets aggressive with Covid-19 antibody tests. June 18, 2020. <https://bit.ly/3djD8XG>.
- ⁵⁰ Woloshin op cit.
- ⁵¹ D'Ambros Chiara Intervista al prof Andrea Crisanti "Epidemia di coronavirus in Italia" <https://bit.ly/2GO70PR>
- ⁵² AGI Per Borrelli i potenziali contagiati sono circa 600 mila. 24marzo 2020 <https://bit.ly/2T1VYJt>.
- ⁵³ Pasqualetto A. Epidemia sottovalutata. Intervista al prof Andrea Crisanti. <https://bit.ly/36SMY1h>
- ⁵⁴ Matteo Bassetti: «Ipotesi prevalenza in Italia tra il 12 e il 20%, significa almeno 5-8 milioni di positivi» https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/coronavirus_bassetti_milioni_positivi_test_sierologici_ultime_notizie-5170064.html.
- ⁵⁵ Camozzi M. Coronavirus, 34% degli italiani positivo. Studio rivoluzionario dalla Puglia. 12 maggio. <https://bit.ly/3diicA2>
- ⁵⁶ Meleam. Sars-cov2 Coronavirus (COVID-19) Febbraio – Aprile 2020 <https://meleamspa.com/download/3504/>
- ⁵⁷ Comar M et al. COVID-19 experience: first Italian survey on healthcare staff members from a Mother-Child Research Hospital using combined molecular and rapid immunoassays test. April 22, 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.19.20071563v1>
- ⁵⁸ Elizabeth Cairns The FDA gets aggressive with Covid-19 antibody tests. June 18, 2020

<https://www.evaluate.com/vantage/articles/news/policy-and-regulation/fda-gets-aggressive-covid-19-antibody-tests>

⁵⁹ FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS SARS-CoV-2 IgG assay - Abbott Laboratories Inc. April 26, 2020
[https://www.corelaboratory.abbott/sal/faq/SARS-CoV-2 IgG EUA HCP Fact Sheet.pdf](https://www.corelaboratory.abbott/sal/faq/SARS-CoV-2_IgG_EUA_HCP_Fact_Sheet.pdf)

⁶⁰ Whitman D et al. op.cit.

⁶¹ Corman V M et al. . Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2000045.
L'epidemia in corso del nuovo coronavirus (2019-nCoV) recentemente emerso rappresenta una sfida per i laboratori di sanità pubblica poiché **gli isolati di virus non sono disponibili** mentre ci sono prove crescenti che l'epidemia è più diffusa di quanto si pensasse inizialmente e che già si verifica una diffusione internazionale tra i viaggiatori. Obiettivo: abbiamo mirato a sviluppare e implementare **una solida metodologia diagnostica da utilizzare in ambienti di laboratorio di sanità pubblica senza disporre di materiale virale.**

⁶² Zhu N et al (op cit).

⁶³ Zhou et al. (op cit)

⁶⁴ Crowe D. Flaws in Coronavirus Pandemic Theory.
<https://theinfectiousmyth.com/book/CoronavirusPanic.pdf>

⁶⁵ Young BE et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. JAMA. 2020 Mar 3.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762688>.

⁶⁶ Young BE et al op cit.

⁶⁷ Li Q. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020 Jan 29.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>.

- ⁶⁸ Bustin SA et al. The MIQE guidelines: minimum information for publication of quantitative real-time PCR experiments. Clin Chem. 2009 Apr; 55(4): 611-22.
<https://academic.oup.com/clinchem/article/55/4/611/5631762>
- ⁶⁹ Crowe D. Episode 251: Stephen Bustin on Challenges with RT-PCR. The Infectious Myth. 2020 Apr 14; 251. <https://bit.ly/3jKMvBU>
- ⁷⁰ Crowe D. Episode 251 op.cit.
- ⁷¹ Bustin SA et al. The MIQE guidelines: minimum information for publication of quantitative real-time PCR experiments. Clin Chem. 2009 Apr; 55(4): 611-22.
<https://academic.oup.com/clinchem/article/55/4/611/5631762>
- ⁷² Corman V et al. Diagnostic detection of 2019-nCoV by real-time RT-PCR. Charité Virology. 2020 Jan 17. <https://bit.ly/3nTW6c6>
- ⁷³ Emergency Use Authorizations for COVID-19 Tests. FDA. 2020 Apr 19. <https://www.fda.gov/medicaldevices/emergency-situations-medical-devices/emergency-use-authorizations>
- ⁷⁴ Zou L et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med. 2020 Mar 19; 382(12): 1177-1179.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001737>
- ⁷⁵ Crisanti A. Situazione gravissima. Sifacciano tamponi a tappeto. Intervista a Il Gazzettino. <https://bit.ly/36OAW9t>
- ⁷⁶ Locatelli F. Presidente Ist Sup Sanità. “Il virus non è mutato ma è diminuita la sua carica virale”. <https://bit.ly/33yYZab>
- ⁷⁷ Redazionale. Coronavirus, decessi dimezzati in un giorno. Calano casi, migliora indice di contagio <https://bit.ly/3IT16vO>

⁷⁸ Li Y et al. Stability issues of RT-PCR testing of SARS-CoV-2 for hospitalized patients clinically diagnosed with COVID-19. J Med Virol. 2020 Mar 26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25786>

⁷⁹ <https://bit.ly/33zi3oH>.

⁸⁰ <https://bit.ly/3jBm7dQ>

⁸¹ <https://bit.ly/2SxFU1I>

⁸² <https://www.youtube.com/watch?v=dYfSqMult6c>.

⁸³ International Committee on Taxonomy of Viruses ICTV. "*Virions are spherical, 120–160 nm across (Coronavirinae)*" Virus Taxonomy: 2019 Release EC 51, Berlin, Germany, July 2019 Email ratification March 2020 (MSL #35).

(download June, 22 2020: "*Virions are spherical, 120–160 nm across (Coronavirinae)*" <https://bit.ly/33x4kyE>

⁸⁴ Raphael Dolin. Coronavirus infections, including SARS. Etiologic Agent, in Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition.

⁸⁵ Ksiazek TG et al. A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome N Engl J Med 2003;348:1953-66.

⁸⁶ Xing-Yi Ge et al. Isolation and characterization of a bat SARS-like coronavirus that uses the ACE2 receptor. Nature 2013;503:535-8.

⁸⁷ Zhu N et al. op. cit.

⁸⁸ J Ruler

⁸⁹ Zhou P et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature 2020;579:270-3.

⁹⁰ Bao, L. et al. The pathogenicity of SARS-CoV-2 in hACE2 transgenic mice. Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2312-y> (2020).

⁹¹ Zhu et al. op cit

⁹² Ren Li-Li et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study Chinese Medical Journal 2020;133(9).

⁹³ Caly L, Druce J, Roberts J, et al. Isolation and rapid sharing of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) from the first patient diagnosed with COVID-19 in Australia. Med J Aust. 2020;212(10):459-462. doi:10.5694/mja2.50569

⁹⁴ Su H, Yang M, Wan C, et al. Renal histopathological analysis of 26 postmortem findings of patients with COVID-19 in China. Kidney Int. 2020;98:219–227.

⁹⁵ Miller SE and Brealey JK. Visualization of putative coronavirus in kidney. Kidney International (2020) 98, 228–239.

⁹⁶ Kissling S, Rotman S, Gerber C, et al. Collapsing glomerulopathy in a COVID-19 patient. Kidney Int. 2020;98:228–231.

⁹⁷ Miller op cit.

⁹⁸ Kissling et al. Authors reply. Kidney Int. 2020;98:232.

⁹⁹ Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. Lancet 2020; 395: 1417–18.

¹⁰⁰ Cynthia S Goldsmith, Sara E Miller et al. Electron microscopy of SARS-CoV-2: a challenging task. Lancet 2020; 395:e99.

¹⁰¹ Miller op cit.

¹⁰² International Committee on Taxonomy of Viruses ICTV. Op. cit.

¹⁰³ Calomeni E et al. Multivesicular bodies mimicking SARS-CoV-2 in patients without COVID-19 Kidney International (2020) 98, 228–239.

¹⁰⁴ Sheridan C. Coronavirus and the race to distribute reliable diagnostics. Nature. 19 FEBRUARY 2020. <https://go.nature.com/3k9aURQ>

¹⁰⁵ Gallagher J. Are Coronavirus test flawed? BBC. February 13, 2020. <https://www.bbc.com/news/health-51491763>

¹⁰⁶ <https://mp.weixin.qq.com/s/RpXRE8Ow5nHealxIEr-Ng>

Tan Wei, vicepresidente del Comitato professionale per la radiologia medica della provincia di Hubei, ritiene che i risultati della TC siano in buon accordo con la nuova polmonite coronarica, ma il rilevamento negativo dell'acido nucleico rappresenta circa il 30% -40%.

¹⁰⁷ Corman (op cit)

¹⁰⁸ Xiao S-Y et al. Evolving status of the 2019 novel coronavirus infection: Proposal of conventional serologic assays for disease diagnosis and infection monitoring. J Med Virol. 2020;92:464–467.

¹⁰⁹ James Gallagher. op. cit.

¹¹⁰ Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. Radiology. February 26, 2020; 1-23. <https://doi.org/10.1148/radiol.202000642> .

¹¹¹ Catherine Carver, Nick Jones. Is there any significant difference in sensitivity of COVID-19 virus (SARS-CoV-2) tests based on swabs from oropharyngeal (OP) vs nasopharyngeal (NP) sampling vs both? CEBM research March 26, 2020 Centre for Evidence Based Medicine. 25th March 2020. <https://bit.ly/30xL56n> (download 19 giugno, 2020)

“VERDICT

The only current COVID-19 specific data comparing Oro Pharyngeal (OP) with Naso Pharyngeal (NP) swabs comes from two low quality, non-peer-reviewed studies and should be viewed with caution. It is not possible to accurately assess sensitivity from the existing data

and there are no data to assess the diagnostic impact of combining both tests.”

¹¹² Tan Yucheng. Chi sono pazienti falsi negativi con nuova polmonite da Coronavirus. Southern People Weekly 9 febbraio.
<https://mp.weixin.qq.com/s/RpXRE8Ow5nHeaLhxIEr-Ng>

¹¹³ Xingzhi Xie et al. Chest CT for Typical 2019-nCoV Pneumonia: Relationship to Negative RT-PCR Testing. Radiology Published Online:Feb 12 2020<https://doi.org/10.1148/radiol.2020200343>

¹¹⁴ Dr Andrew Kaufman Researched Position On COVID 19 Virus or Exosomes. <https://www.youtube.com/watch?v=Gsyhvb8EI3A>

¹¹⁵ Lida A Beninson 1 , Monika Fleshner Exosomes: An Emerging Factor in Stress-Induced Immunomodulation . Semin Immunol. 2014;26(5):394-401.

¹¹⁶ Sahoo S et al. Exosomes From Human CD34Stem Cells Mediate Their Proangiogenic Paracrine Activity. Circ Res. 2011;109:724-728.

¹¹⁷ Pironti G et al. Circulating Exosomes Induced by Cardiac Pressure Overload Contain Functional Angiotensin II Type 1 Receptors. Circulation Volume 131, Issue 24, 16 June 2015, Pages 2120-2130.

¹¹⁸ Fortunato O et al. Exo-miRNAs as a New Tool for Liquid Biopsy in Lung Cancer. Cancers 2019;11 (888):1-16.

¹¹⁹ Nemeth A. et al. Antibiotic-induced release of small extracellular vesicles (exosomes) with surface-associated DNA. Scientific Report 2017;7:8202. DOI:10.1038/s41598-017-08392-1

¹²⁰ Tan Yucheng (op cit).

¹²¹ Gallagher (op. cit.)

“... Dr Li Wenliang, who first raised concerns about the disease and has been hailed as a hero in China after dying from it. Dr Li posted a picture of himself on social media from his hospital bed, on 31 Jan. The next day, he said, he had been diagnosed for coronavirus He

said his test results had come back negative on multiple occasions before he had finally been diagnosed. “

¹²² **1) Vaccinazioni pregresse.** In particolare nella zona più colpita (Brescia Bergamo), l'attuale epidemia è stata preceduta di poco da una estesa campagna vaccinale per anti influenza, anti pneumococco, anti-HZV, anti meningococco. **2) Elevatissimo inquinamento ambientale** dell'aria nella zona di Bergamo e Brescia; **3) Per la gravità della malattia ha inciso molto lo stress del sistema sanitario** che si è trovato impreparato, anche grazie ai tagli effettuati negli ultimi 10 anni, con riduzione del personale e dei posti letto nelle terapie intensive **4) Il carico di lavoro e di tensione** emotiva del personale medico ed infermieristico è stato eccessivo e prolungato. **5) Le autopsie** che hanno permesso un miglioramento dell'approccio terapeutico sono state inizialmente scoraggiate dallo stesso Ministero; **6) Sono stati testati farmaci sperimentali** di nulla utilità ed alta tossicità, secondo protocolli aggressivi, “giustificati” dalla presenza di una “malattia mortale”, pericolosi soprattutto per chi stava già male, era in età avanzata od aveva patologie concomitanti, **7) I protocolli migliori avrebbero potuto essere individuati prima.** Il cortisone è stato usato in modo difforme da quanto previsto per le polmoniti virali. Inizialmente non era provata la terapia con eparina; l'antibiotico azitromicina è stato associato a miglioramento della prognosi (possibile coinvolgimento di mycoplasmi?).

¹²³ Samuele Ceruti, Medicina d'Urgenza, Lugano, Svizzera. Lettera aperta ai colleghi italiani <https://bit.ly/3d6W2Rh>

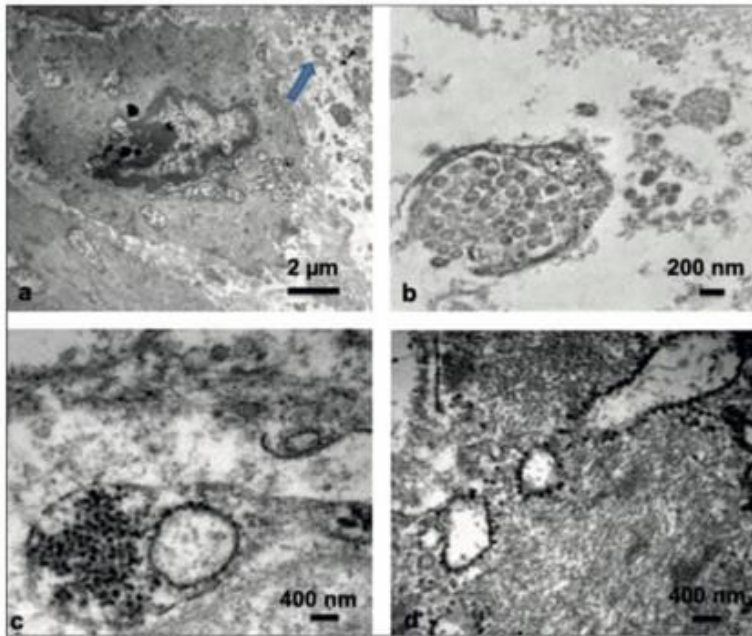
¹²⁴ David Icke, intervista a London Real
<https://www.bitchute.com/video/EquVm55o5d7b/>

¹²⁵ <https://bit.ly/34NvAZ7>

¹²⁶ CORONA & DINTORNI “Il vaccino era già stato brevettato anni fa”.03.02.2020: <https://bit.ly/3ICfoAY>

¹²⁷ SCACCO AL RE [la versione 1 è stata sostituita con la 2, il LINK all'interno del post (3 aprile 2020): <https://bit.ly/2FjJwJS> .

¹²⁸ <https://bit.ly/33wxLkC>



¹²⁹ Pesaresi M et al SARS-CoV-2 identification in lungs, heart and kidney specimens by transmission and scanning electron microscopy. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2020; 24: 5186-5188.

¹³⁰ Pandemia COVID analisi critica. <https://bit.ly/2GBTM8w>.

¹³¹ <https://www.youtube.com/watch?v=Wcc2z7vbHz0>

¹³² COVID-19- Quale TEST, quale DIAGNOSI(25 marzo 2020):
<https://www.facebook.com/fabio.franchi.2.0/posts/139500407639452>
Falsi positivi e falsi negativi (1 aprile):
<https://www.facebook.com/fabio.franchi.2.0/posts/142690727320420>

¹³³ <https://bit.ly/34NvAZ7>

¹³⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.11.20021493v2>

¹³⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.16.20066787v2>

¹³⁶ <https://www.bbc.com/news/health-51491763>

¹³⁷ Ipotesi “test a tappeto”.(23 aprile 2020) test per COVID19 confrontato con il “test della margherita”: <https://bit.ly/36FXr06>.

¹³⁸ L’articolo è stato tolto (<https://wb.md/3jKEFsa>).
Lo si può trovare nella memoria cache: <https://bit.ly/33xGF1h>

¹³⁹ Lavezzo E., Crisanti A. et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo’. Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2488-1> (2020).

¹⁴⁰ <https://bit.ly/3dzwMDr>

¹⁴¹ Colavita et al. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1176>
Sun et al. <https://bit.ly/31nVPEy>
Park et al. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7036342>
Calderaro et al. <https://bit.ly/3daFRct>

¹⁴² <https://bit.ly/30Mjdel>

¹⁴³ <https://www.youtube.com/watch?v=Wcc2z7vbHz0>

¹⁴⁴ <https://bit.ly/3ISRP71>

¹⁴⁵ <https://bit.ly/2GBTM8w> COVID analisi critica.

¹⁴⁶ Duong YT et al. Serologic assays for SARS-CoV-2 antibodies, especially point-of-care tests, are not ready for widespread use by clinicians, the general public, or policy makers. BMJ 2020;370:m2655

¹⁴⁷ Bolgan L. **COVID-19 DANNO MULTIORGANO COMPLICAZIONI RESPIRATORIE** CAPITOLO 2 https://bit.ly/COMPLICAZIONI_RESPIRATORIE

¹⁴⁸ Gioia Locati. Intervista al Professor Ariberto Fassati, MD PhD della Division of Infection & Immunity, School of Medical Sciences, University College London. <https://bit.ly/30Mjdel>