

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D., B.Sc. 2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

LA PANDEMIA INVENTATA, LA NUOVA PATOLOGIA DELL'ASINTOMATICITÀ, E LA NON VALIDITÀ DEL TEST PER IL COVID-19

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D.

Ormai, le morti attribuite al Covid-19 sono ridotte a numeri ridicoli (però ancora pompate e sfruttate il più possibile dai media corrotti). Quindi, il problema per i "pandemisti" è diventato come estendere la finta pandemia? L'obiettivo principale è possibilmente di estenderla almeno fino alle prossime elezioni presidenziali americane, con l'auspicio che la falsa pandemia e la conseguente crisi economica indeboliscano il presidente Trump e la sua possibilità di essere rieletto. Il loro sogno sarebbe quello di estendere la pandemia a tempo indeterminato, perché ciò consentirebbe loro di rimodellare la società nella direzione di una civiltà politica tirannica senza libertà e con le masse che vivono nella paura costante. E così hanno inventato la nuova patologia dell'asintomaticità, che consiste nel risultare positivo al tampone Covid-19, anche se si è perfettamente sani.

In effetti, la realtà è stata anche peggiore, poiché il CDC, lo scorso maggio, ha fatto circolare una nuova definizione di "caso probabile" di Covid-19: basta vivere in uno Stato etichettato dal suo governatore come Stato di emergenza Covid-19 (criterio epidemiologico) e avere anche solo un po' di tosse o una combinazione di altri due sintomi, come mal di testa e brividi, o rigidità e mialgia, per essere definiti come "caso probabile" di Covid-9, ed essere così immediatamente equiparato a un caso di Covid-19 confermato. Dopodiché, il numero dei positivi viene moltiplicato coinvolgendo tutte le persone con cui è stato in contatto il "probabile" caso Covid.

Al centro del progetto pandemico c'è il tampone Covid, che si basa sulla RT-PCR (Reverse Transcriptase- Polymerase Chain Reaction o Trascrittasi Inversa - Reazione a Catena della Polimerasi): un campione di materiale organico viene prelevato dalla gola, o più raramente dal fluido bronco-alveolare, dell'individuo testato, e viene poi sottoposto a una procedura RT-PCR per verificare la presenza del virus SARS-Cov-2 nel campione. Questa è la stessa metodologia RT-PCR utilizzata per "isolare" originariamente il virus dal paziente zero. Pertanto, il test Covid dipende essenzialmente dall'avvenuto o non avvenuto isolamento originale del virus SARS-Cov2, perché l'isolamento originale PCR del virus costituisce il golden standard necessario per convalidare i successivi successivi test Covid.

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

I problemi con l'isolamento del virus originale, e quindi con il conseguente test del tampone, sono tanti, e tutti puntano alla verità che il virus SARS-Cov2 non è mai stato isolato e mai testato per la sua patogenicità. Come è noto, alla base della microbiologia ci sono i famosi Postulati di Koch, che stabiliscono principi di buon senso della ricerca microbiologica: per determinare che un microrganismo è causa di una malattia bisogna procedere attraverso 4 passaggi fondamentali:

- a) isolare fisicamente i microrganismi, attraverso metodi di filtraggio, da un paziente malato;
- b) crescere i microrganismi isolati in un brodo di coltura;
- c) Iniettare questo brodo di microrganismi in una cavia, e valutare se i sintomi generati da quell'iniezione sono simili ai sintomi del paziente originale;
- d) isolare di nuovo il microrganismo dal paziente appena infettato e coltivarlo in un brodo di coltura.

Questi postulati sono stati applicati a microrganismi vivi come batteri, ma poiché sono postulati logici si applicano anche a “non organismi” non viventi come i virus, che sono particelle non viventi costituite da un filamento di RNA (o DNA) ricoperto da un involucro (capside) lipoproteico.

Ebbene, anche se è stato pubblicato almeno un articolo in cui si afferma che i postulati di Koch's sono stati soddisfatti, la realtà è che il virus SARS-Cov2 non è mai stato isolato e testato. Ho esaminato tutti gli studi che affermano di aver isolato e persino testato il virus, ma tutti hanno fatto qualcosa di molto diverso: hanno preso il liquido faringeo o bronco-alveolare dei pazienti, quindi lo hanno centrifugato per separare le molecole più grandi e pesanti dalle molecole più piccole e più leggere, come appunto i presunti virus; hanno poi preso il surnatante (la parte superiore del materiale centrifugato) e hanno chiamato quella matrice estremamente complessa “virus isolato” a cui poi hanno poi applicato la RT-PCR.¹

È una cosa piuttosto tecnica, ma cercherò di semplificare: il surnatante contiene diversi tipi di molecole, miliardi di diverse micro e nano particelle, comprese quelle che vengono chiamate vescicole extracellulari (EVs) ed esosomi, particelle utili prodotte dal nostro corpo e assolutamente indistinguibili dai virus:

“Al giorno d'oggi, è una missione quasi impossibile separare vescicole extracellulari e virus attraverso i metodi canonici di isolamento delle vescicole, come quello della ultra-centrifugazione differenziale, perché sono

¹ Zhu N et al, A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, N Engl J Med. 2020 Feb 20; 382(8): 727–733.

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D., B.Sc. 2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

*spesso co-pellettati (raccolti assieme) a causa della loro dimensione simile.*²

Quindi, come si fa a isolare un virus specifico da questa enorme miscela di miliardi di particelle indistinguibili, che include esosomi benefici?

Ebbene, non si fa, è impossibile, e quindi si "ricrea" il virus tramite la RT-PCR: prendi due *primers*, due sequenze genetiche già esistenti disponibili in banche genetiche, e li metti in contatto con il brodo del surnatante, finché non si attaccano (*annealing*) ad un qualche frammento di RNA nel brodo, creando così una molecola di DNA artificiale, che è poi moltiplicata con un certo numero di corse di PCR: ogni corsa raddoppia la quantità di DNA, quindi in teoria più corse maggiore è la quantità di DNA prodotta; ma maggiore è il numero di corse, minore è l'affidabilità della PCR, ovvero la sua capacità di "produrre" effettivamente qualcosa di significativo dal supernatante, qualcosa che abbia minimamente a che fare col virus che si cerca: oltre le 30 corse il risultato è essenzialmente privo di significato (come affermato anche da uno dei massimi esperti mondiali di PCR, il prof. Stephen Bustin). Tutti gli studi, così come gli attuali test con tampone, utilizzano sempre tra le 35 e le 40 corse.

La prima domanda senza risposta è: i primer sono costituiti da 18-24 basi (nucleotidi) ciascuno; il virus SARS-Cov2 è presumibilmente composto da 30.000 basi; così il primer rappresenta solo lo 0,07% del genoma del virus. Come è possibile selezionare il virus specifico che stai cercando sulla base di un primer così minuto, e inoltre in un mare di miliardi di particelle simili a virus? Sarebbe come cercare un elefante utilizzando piccolissimi peli di colore grigio della coda: cercando con tali peli di colore grigio si possono trovare gatti grigi, cani grigi, esseri umani ingrignati e così via.

Ma c'è di più. Poiché il virus che stai cercando è nuovo, chiaramente non ci sono primer genetici pronti che si abbinino con la frazione specifica del nuovo virus; quindi si prendono i primers che si ritiene possano assomigliare alla struttura del virus ipotizzata, ma è una mera supposizione, e quando applichi i primers al brodo del surnatante, questi possono attaccarsi a una qualsiasi dei miliardi di molecole presenti, e non si ha nessuna certezza che quello che hai così generato è il virus che stai cercando. Si tratta, infatti, di una nuova creazione artificiale realizzata dai ricercatori, che viene poi chiamata "virus SARS-Cov2", ma non c'è alcun collegamento con il presunto virus responsabile della malattia.

² Giannessi F. et al., *The Role of Extracellular Vesicles as Allies of HIV, HCV and SARS Viruses*, *Viruses* 2020, 12, 571; doi:10.3390/v12050571, p.4.

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

La metodologia RT-PCR standard è afflitta da problemi fondamentali, e questa è la ragione per cui ora stanno cercando di sviluppare una nuova tecnologia, chiamata NGS (new generation sequencing), che è però anch'essa piena di limitazioni, limitazioni di cui sono consapevoli i ricercatori più onesti:

“Le metodologie basate sulla PCR più comunemente utilizzate richiedono la conoscenza delle sequenze genomiche del microrganismo; tuttavia, questa conoscenza non è sempre a disposizione. Un caso tipico è rappresentato dai focolai di patogeni emergenti ...

Perché l'amplificazione casuale / imparziale amplifica gli acidi nucleici dell'ospite insieme a quelli microbici, cercare gli acidi nucleici microbici è come cercare un ago in un pagliaio. “

E questo, che corrisponde a quanto detto finora, riguarda sia RT-PCR che NSG. Questo anche perché molti studi hanno dimostrato che fino al 95% delle particelle simili a virus presenti nel corpo dei pazienti appartengono al genoma del paziente stesso:

“L'identificazione degli acidi nucleici dei patogeni nei campioni clinici è complicata dalla presenza del solito preponderante background ospite ... Nello studio di Brown e colleghi, è stato possibile non assegnare al genoma umano solo lo 0,4% delle letture totali.”³

Il che conferma la mia metafora del liquido faringeo o bronco-alveolare del paziente come un mare di miliardi di particelle simil-virali, la maggior parte delle quali, come vescicole extracellulari e esosomi, appartengono al genoma del paziente.

E questo solleva la domanda successiva: se non hai idea di cosa sia il virus, di come sia fatto, come puoi dire che è responsabile di qualcosa? Tuttavia, i ricercatori cinesi hanno anche cercato di dimostrare la patogenicità del virus. In uno specifico studio cinese⁴, hanno preso il supernatante del liquido faringeo (spacciandolo per virus isolato), e l'hanno iniettato nei topi, confrontandolo con un placebo. Ora, anche se non è stato isolato, se ci fosse davvero un virus responsabile della malattia, esso sarebbe comunque presente in quantità rilevanti

³ Calistri A. Palù G., Unbiased Next-Generation Sequencing and New Pathogen Discovery: Undeniable Advantages and Still-Existing Drawbacks, *Clinical Infectious Diseases*, 2015; 60(6):889–91, p.889.

⁴ Bao L. Et al. The Pathogenicity of SARS-CoV-2 in hACE2 Transgenic Mice, *Nature* (2020) 10.1038/s41586-020-2312-y.

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

nel surnatante del liquido patologico del paziente. Perciò, una volta iniettato nelle cavie dovrebbe ancora produrre effetti devastanti sugli animali.

Ma l'effetto peggiore che ha prodotto è stato un po' di "setole irte" e una minima riduzione di peso dell'8% (forse il virus dovrebbe essere suggerito come aiuto per la perdita di peso?); ma anche questi minimi effetti sono stati ottenuti solo sui topi geneticamente modificati, mentre non c'è stato assolutamente nessun effetto sui topi naturali, non geneticamente modificati o "wild" (WT). Questo significa che il virus, ammesso che ci sia, è incapace di fare il benché minimo danno sui topi normali, e dunque su individui umani normali.

I topi sono stati geneticamente modificati per iper-produrre lo speciale enzima ACE2, la cui iperproduzione potrebbe spiegare alcuni dei sintomi leggeri riscontrati nei topi geneticamente modificati.⁵

Quel che è certo è che nessun effetto di sorta è stato prodotto dal cosiddetto virus su topi normali (persone normali). E questo è lo studio più importante che dimostra la patogenicità del virus Covid-19, l'articolo per eccellenza pubblicato sulla più importante rivista scientifica, Nature!

Poiché questo virus non è mai stato realmente isolato, e quindi non esiste un *gold standard* per supportare ulteriori studi o tests, nessuno standard che li guidi, chiunque è libero di costruirsi il proprio virus SARS-Cov2 privato! Questo è il motivo per cui ora ci sono, in GISAID genome bank, l'organizzazione che raccoglie e archivia tutte le sequenze genomiche, oltre 70.000 sequenze geniche del virus SARS-Cov2, ciascuna delle quali dichiara di essere quella reale.

Per adattarsi a questa follia, ora ci dicono che il virus muta, ed è per questo che ci sono tante sequenze diverse. Ma è credibile che 70.000 diverse strutture geniche tutte corrispondano allo stesso virus? Sarebbe come se avessi un John, di cui sono 70.000 immagini diverse, in ognuna delle quali sembra un uomo, poi una donna, poi un cane, poi un serpente, e così via, eppure vorresti convincermi che sono tutti e sempre John!

Questo, tra l'altro, solleva un'ulteriore questione molto importante: se il presunto virus muta tanto da aver prodotto oltre 70.000 sequenze genetiche diverse, quale di questi sarà selezionato per il vaccino? E come può il vaccino coprire qualcosa se gli altri 69.999 sequenze non sono coperti e il virus, in ogni caso, continua a mutare costantemente?

Ed eccoci al problema del tampone, il vero motore di questo pseudo-pandemia. Come abbiamo spiegato all'inizio, il test del tampone utilizza la stessa

⁵ Solo per fare un esempio, l'enzima ACE2 scinde, o disaggrega, l'ormone grelina, responsabile dello stimolo della fame, quindi l'iper-produzione di ACE2 può diminuire la fame e contribuire alla perdita di peso. Unger T, Ulrike M, Steckelings UM, dos Santos RA (eds.). *The protective arm of the Renin Angiotensin System (RAS): functional aspects and therapeutic implications*, Academic Press. pp. 185-189.

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

tecnica che abbiamo visto sopra per lo pseudo-isolamento, a partire dal liquido presuntivamente infetto del paziente. Questo liquido viene centrifugato, quindi inserito nel test prestabilito che dovrebbe avere lo standard virale, cioè il virus isolato, incorporato. Ma se il virus non è mai stato isolato, qual è lo standard utilizzato?

Vari studi hanno trovato molte mutazioni e variazioni tra i diversi ceppi geografici: un articolo, che include anche Robert Gallo tra gli autori, ha riscontrato decine di mutazioni crescenti nel tempo in parallelo con la presunta diffusione del virus dall'Asia all'Europa agli USA⁶; mentre un altro autore ha analizzato 85 diverse sequenze genomiche SARS-Cov2 disponibili presso GISAID, e ha trovato ben 53 diversi ceppi SARS-Cov2 provenienti da varie aree della Cina, dell'Asia, dell'Europa e degli Stati Uniti.⁷

Quindi, quale di questi ceppi virali sta cercando il tampone? Se il virus muta costantemente (ammesso e non concesso che il virus ci sia), allora il test è inutile, perché va a cercare un virus sempre precedente rispetto a quello attualmente in circolazione. Basterebbe questo da solo per capire che il tampone Covid-19 il test è completamente, al 100%, fallace!

Questo è davvero ciò che accade nella realtà. Il "Drosten PCR Test" e il test dell'"Institute Pasteur", i due test considerati i più affidabili (sebbene nessuno dei due lo sia stato convalidato esternamente), entrambi utilizzano un test del gene E, anche se il test di Drosten lo utilizza come test preliminare, mentre l'Institut Pasteur lo utilizza come test definitivo. Secondo gli autori del Drosten test⁸, il test E-gene è in grado di rilevare tutti i virus asiatici, essendo così al contempo molto aspecifico (tutti i ceppi virali) e limitato ad un'area geografica (Asia). Ancora, il test Institut Pasteur, uno dei più adottati in Europa, utilizza il test E-Gene come a test finale, anche se è ormai noto che il virus (o virus) SARS-Cov2 che si ritiene circolino in Europa sarebbero diversi da quelli asiatici. E poi ad aprile, l'OMS ha cambiato l'algoritmo "... raccomandando che da ora in poi un test può essere considerato positivo anche se solo il dosaggio del gene E (che probabilmente rileverà tutti i virus asiatici!) dà un risultato positivo".⁹

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

⁷ Phan Tung, *Genetic diversity and evolution of SARS-CoV-2*, Infection, Genetics and Evolution, 81 (2020), 104260

⁸ Corman VM et al., *Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR*, Euro Surveill. 2020 Jan 23; 25(3): 2000045.

⁹ Engelbrecht T, Demeter K., *COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless*, Jun 27 2020, p.21. <https://off-guardian.org/2020/06/27/covid19-pcr-tests-are-sc>
AR3G6Fuq8C-8XW7szL43scbKOYFx78irq52A6ZQCRdZmPMWiHTqD_2jv4Zo

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

Chiaramente tutto questo è buono solo per alimentare falsi positivi e il panico sociale associato con l'esplosione della "malattia" dell'asintomaticità Covid! Che il test del tampone Covid-19 sia destinato a produrre molti falsi positivi lo era già trovato all'inizio in Cina, quando un articolo¹⁰ è stato pubblicato il 5 marzo 2020 (quindi riferendosi ai test effettuati a febbraio) e riportando un numero dell'80,3% di falsi positivi. È interessante notare che, dopo l'esplosione della "pandemia", il giornale cinese ha ritirato l'articolo!

Ma la sanzione ufficiale dell'inefficacia e della totale inaffidabilità del test Covid-19 è arrivato da un ambito inaspettato, quello dell'Unione Europea. Nel Working Document della Commissione Europea del 16 aprile scorso, cioè dopo il picco della pseudo-pandemia, la Commissione Europea afferma:

"I test COVID-19 tempestivi e accurati sono una parte essenziale della gestione della crisi COVID-19 ... dopo essere stati immessi sul mercato le performance dei dispositivi possono essere convalidate, vale a dire confermate da test aggiuntivi che confermino le specifiche del produttore, ad es. nei laboratori di riferimento, nelle istituzioni accademiche o nelle agenzie nazionali di regolamentazione. Tale convalida non è legalmente obbligatoria ma altamente raccomandata per il processo decisionale di sanità pubblica".¹¹

Ci si aspetterebbe che ci fosse uno standard, una metodologia di test fondamentale che sia validata e pre-autorizzata. Qui non si tratta di un prodotto voluttuario lasciato alla gestione del libero mercato, ma di uno strumento che è stato essenziale per giustificare il potere dei governi di imporre la peggiore chiusura dittatoriale dei diritti civili ed economici che si possa ricordare a memoria d'uomo!

Invece, questa è la situazione descritta dalla stessa Commissione EU:

"In totale, 78 dispositivi basati su RT-PCR... 101 per la rilevazione di anticorpi e 13 per la rilevazione degli antigeni sono stati valutati. "

Di questi 78 dispositivi, alcuni importati dalla Cina, nessuno è mai stato controllato o ispezionato, figuriamoci convalidato, in anticipo. Solo 3, "... quelli dell'Institut Pasteur, l'Hong Kong Faculty of Medicine e la Charité sono state convalidate internamente", cioè certificate come valido dal produttore stesso, il

¹⁰ Zonghua L et al, Potential false-positive rate among the 'asymptomatic infected individuals' in close contacts of COVID-19 patients, 2020 Mar 5;41(4):485-488.doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200221-00144

¹¹ European Commission, Working Document of Commission Services, Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria, April 16 2020.

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

che equivale a dire che anche quelli non sono mai stati convalidati o autorizzati da un qualsiasi organismo indipendente o governativo. Inoltre:

“Le informazioni più cruciali in relazione ai metodi di RT-PCR per la rilevazione di SARS-CoV-2 sono le sequenze degli oligonucleotidi (primers e probes) utilizzati per l'amplificazione del cDNA...ad eccezione di pochi casi, non abbiamo potuto trovare nessuna informazione sulle effettive sequenze dei primers e dei probes utilizzate nei dispositivi.”

In altre parole, i dispositivi in circolazione potrebbero contenere qualsiasi tipo di cosa, per quel che ne sanno le autorità.

E lo stesso livello di inaffidabilità si applica anche ai test sierologici o anticorpali non solo perché, come abbiamo visto sopra, ne circolano oltre 100 tipi diversi senza nessuna preventiva valutazione o autorizzazione, ma perché alla base del test sierologico sta lo stesso fondamentale limite che affligge il tampone, ovvero l'assenza di uno standard affidabile a causa del mancato isolamento del virus. Quando si parla di sierologico si parla di anticorpi, e tutti probabilmente pensano che esistano anticorpi specifici per ciascun virus. Niente di più lontano dalla realtà: gli anticorpi che si ritrovano con il sierologico sono solo due, e solo sempre quelli, le IgG e le IgM, quest'ultime risposte immunitarie precoci, mentre le igG si generano più tardi. Ora, se sono sempre e solo due, come si fa a capire se si riferiscano al SARS-Cov2 e non a un raffreddore, o uno stress emotivo, a una contusione, e così via? In teoria, si estraggono tali anticorpi dal siero, e li si sottopone alla stessa metodologia PCR usata per il tampone, per vedere se si attivano a contatto del SARS-Cov2. Ma poiché, come abbiamo visto, il SARS-Cov2 non è mai stato isolato, ed è solo una costruzione artificiale di laboratorio, il risultato del sierologicvo è un mero terno al lotto, che probabilmente si attiva o non si attiva in modo casuale, senza nessun vero rapporto con il presunto virus che è presunta causa del Covid-19.

Insomma, abbiamo affidato la fine della nostra libertà a tali non controllati, mai convalidati e mai autorizzati test, siano essi tamponi o sierologici!

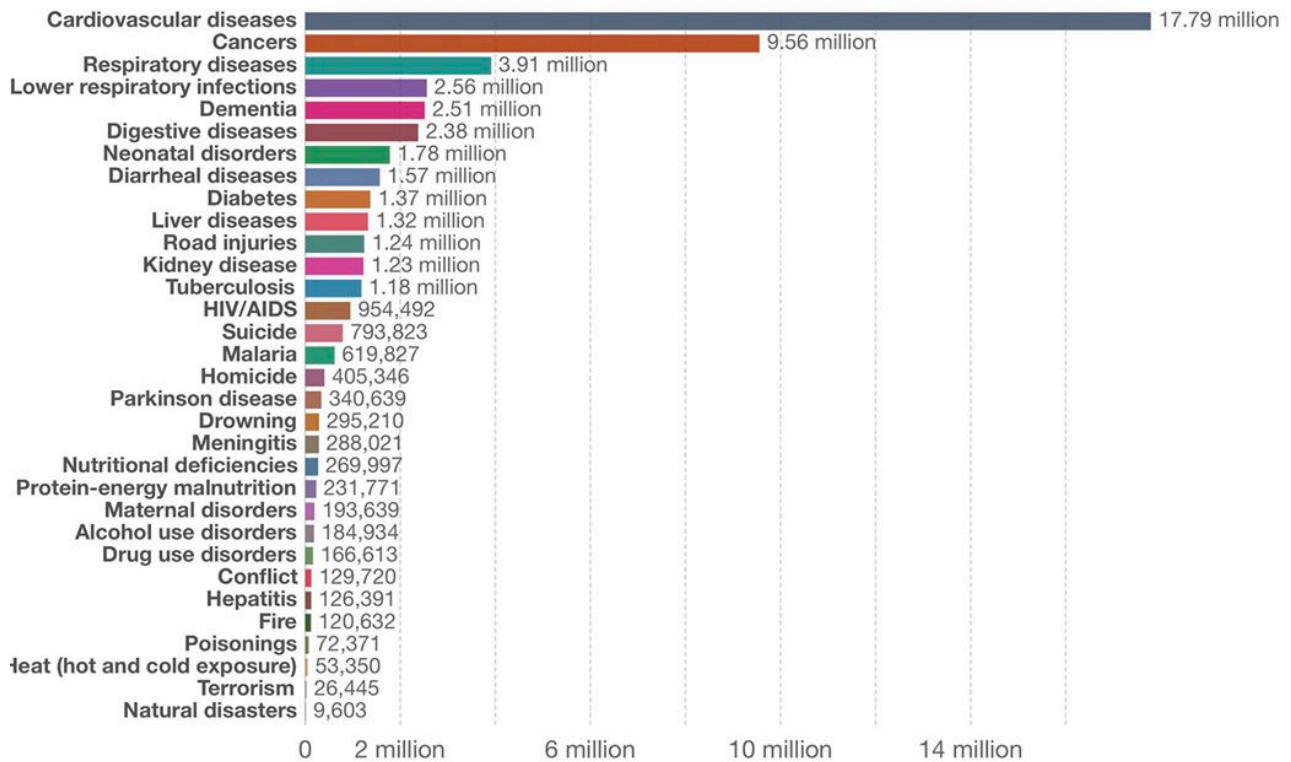
Tutti i media del mondo gridano al fatto che questa presunta pandemia ha già causato più di 750.000 morti. Sappiamo che anche questo numero è stato molto gonfiato: le morti di persone molto anziane (80+ anni) e molto malate (2-3 patologie fatali), morte di qualunque patologia grave da cui erano affette, sono state attribuite al Covid-19 solo perché i pazienti, anche dopo l'autopsia, sono risultati positivi al test inaffidabile, o addirittura anche senza nessun test.

Tuttavia, fossero anche realmente 750.000 decessi per COVID-19, sarebbero chiaramente nella norma del numero di di decessi per malattie respiratorie, come mostrato dal grafico seguente:

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

2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

Number of deaths by cause, World, 2017



Source: IHME, Global Burden of Disease

OurWorldInData.org/causes-of-death • CC BY

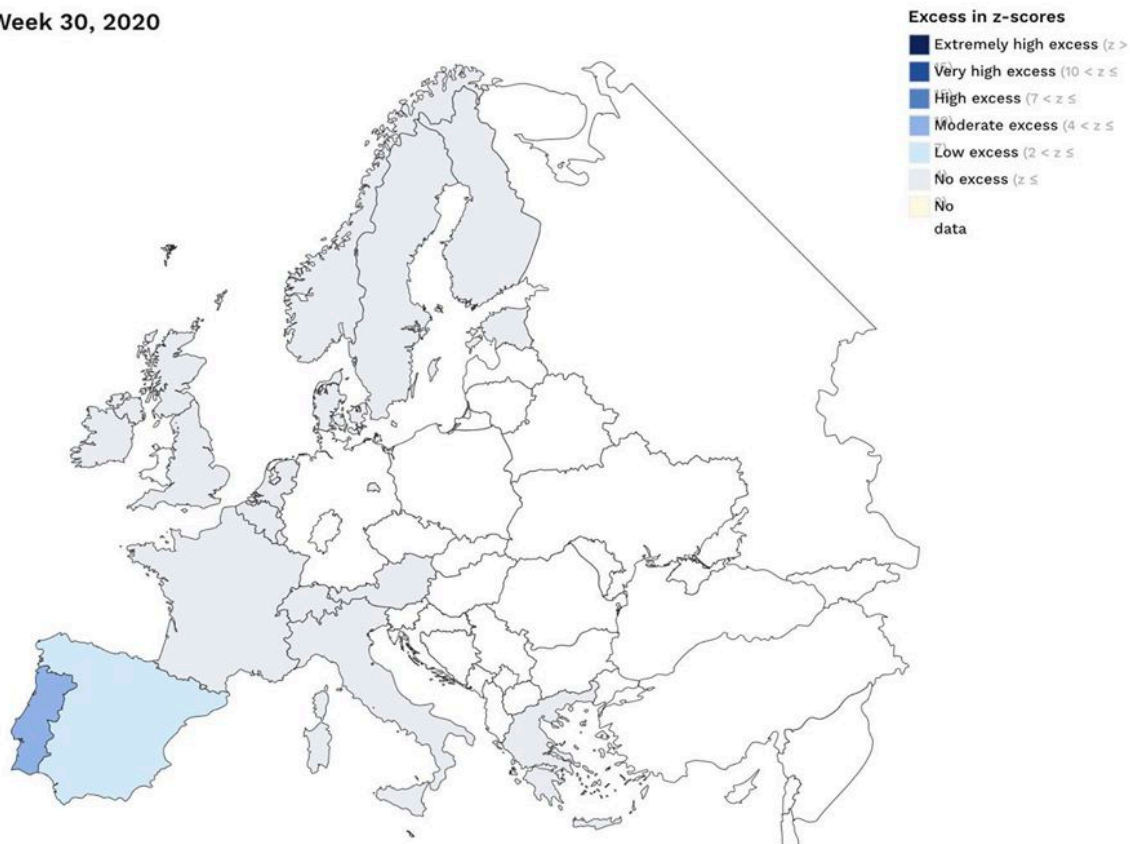
Ogni anno, come mostrano queste statistiche ufficiali, nel mondo muoiono quasi 7 milioni di persone per patologie respiratorie. Le 750.000 morti attribuite al Covid-19 negli ultimi 6 mesi, anche se dovessero essere raddoppiati (cosa improbabile, poiché l'attuale mortalità per Covid-19 è in netta diminuzione in tutto il mondo), comporterebbe circa 1,5 milioni di morti, ancora ben al di sotto dei quasi 7 milioni di morti all'anno per problemi respiratori (e certamente le morti dichiarate per Covid sono state tutte morti che negli anni Passati sarebbero state classificate come morti per malattie respiratorie).

E infine, anche le statistiche dell'UE confermano che l'attuale livello di mortalità è assolutamente normale:

Alla fine di Luglio 2020, secondo EuroMoMo, l'agenzia ufficiale che supervisiona la mortalità all'interno dell'UE, in tutta Europa, ad eccezione di un leggero aumento in Spagna e Portogallo, e compresi i paesi in teoria molto duramente colpiti dalla pandemia, come l'Italia e il Regno Unito, non c'è stato nessun aumento della mortalità. Tutto bene, quindi, se non fosse per le devastanti e dittatoriali decisioni politico-economiche.

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D., B.Sc. 2018 Candidate Nobel Prize in Medicine

Week 30, 2020



Week of study: 32, 2020. Must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be imprecise.