

## Test Covid: anche l'OMS conferma la criticità dei tamponi. Ulteriore novità dei test antigenici rapidi

Dr. Stefano Scoglio, Ph.D.

### **L'inaffidabilità di tutti i test**

Come abbiamo visto dal video sul test Covid rapido della frutta, effettuato in data 21/12/2020, nel quale i frutti kiwi, arancio, banana e il succo di frutti di bosco sono risultati positivi, anche il test antigenico rapido ha mostrato di dare risultati casuali, proprio come quello molecolare via PCR. Questo è dovuto al fatto che il virus non è mai stato isolato, e dunque i markers che si cercano, i geni col molecolare, le proteine del virus nel test rapido, sono costruzioni computerizzate che non hanno alcuna relazione con un presunto virus SARS-Cov2. Ho spiegato questo in diversi miei interventi.

Quando abbiamo pubblicato il video che dimostrava come anche la frutta testa positiva al test rapido, sono sorte alcune obiezioni da parte di pseudo studiosi, il cui compito sembra quello di ripetere senza alcuna base realmente scientifica le asserzioni assiomatiche provenienti da Enti legali alla Pubblica Amministrazione e "governative", tacciando come fake news le verità fattuali.

In questo caso, per inficiare il test che abbiamo svolto assieme al dr Amici e al dr. D'Angelo, hanno sostenuto che la frutta può risultare positiva a causa del colore che si trasmetterebbe al test. Affermano cioè che il test sarebbe tarato per il muco umano, generalmente incolore, e quindi il risultato sarebbe alterato dai coloranti della frutta.

In questa affermazioni rileviamo numerose amenità fantasiose, utili per rassicurare solo un pubblico non preparato scientificamente. Il test rapido è un test antigenico: la striscia di rilevamento contiene un presunto anticorpo del virus, che si attiva se incontra una proteina del virus, generando una reazione che fa apparire la seconda linea grigia sulla striscia. Cerchiamo di capire bene: non è che il colore della frutta si trasferisce direttamente alla striscia, se così fosse il test sarebbe da buttare via prima ancora di iniziare, dato che, a differenza di quello che sembrano ritenere i falsi scienziati, anche il muco può avere diverse variazioni di colore, più o meno gialle, e quindi basterebbe avere un muco leggermente colorato, dal giallo al giallastro al verdognolo fino al marrone chiaro per i fumatori, per risultare positivi. Chiunque agiti questo argomento, o è un analfabeta scientifico, o cerca scientemente di depistare.

Il liquido, che sia esso faringeo o da frutta, viene miscelato con una sostanza che dovrebbe "spezzare" il virus eventualmente presente, liberando le proteine del nucleo-capside del virus. Se il virus è presente, le tre gocce della soluzione che vengono immerse nella striscia dovrebbero contenere la proteina del virus stesso, e dato che la striscia contiene un anticorpo specifico, questo si attiva generando una reazione che produce la seconda striscia grigia. Solo per fare piazza pulita sulle sciocchezze del colore affermiamo e ribadiamo che l'anticorpo non è sensibile al colore infatti non avviene che mangiando un frutto colorato il sistema immunitario si attiva a causa del colore. L'anticorpo è cieco, e si attiva solo se riconosce a livello

molecolare l'antigene, in questo caso la proteina virale, per cui dovrebbe essere specifico.

Quindi, il fatto che il test rapido si attivi anche in presenza di sostanze chiaramente non proteiche come i liquidi della frutta (e tra l'altro non si attiva e risulta negativo in rapporto a sostanze altamente proteiche come uovo e formaggio), **indica chiaramente come si tratti di un test inaffidabile.**

Ma come abbiamo avuto modo di spiegare tante altre volte, non è che i tamponi PCR siano più affidabili. Infatti, non avendo il virus isolato a disposizione, e soprattutto utilizzando sempre da 40 a 50 cicli di PCR, anche i tamponi PCR generano risposte del tutto casuali che nulla hanno a che fare col presunto virus (come vedremo ulteriormente in seguito). Detto questo, sarebbe comunque molto più sensato e onesto utilizzare i test antigenici rapidi rispetto a quelli PCR.

### **Dal verificazionismo al positivismo scienziato**

A questo punto, avendo affermato la totale inaffidabilità dei tamponi di qualsiasi tipo, la cosa dovrebbe essere chiusa qui. Ma so che la stragrande maggioranza delle persone, i politici e i media tutti, partono dal presupposto che il virus è stato isolato e identificato. Ecco che allora, mi accingo a dismettere i miei panni, e vestire di nuovi, per quanto temporanei. Così, dismetto le vesti del **verificazionista (fornitemi le prove che verifico)**, indossando quelle del **positivista**. Il positivismo giuridico, come è noto, è quella dottrina che accetta come legge tutto quello che il legislatore produce, senza mai discutere la moralità o l'appartenenza di ciò che il legislatore produce al diritto naturale. Il positivismo scientifico è la posizione di quella che Khun chiamava la "scienza normale", che non pone mai in discussione gli assiomi fondanti, i presupposti, ma parte sempre dalla loro indiscussa accettazione. Così, per un po' vesto i panni del positivismo scienziato: in cuor mio so che il virus non è mai stato isolato e che non c'è nessuna prova della sua patogenicità; ma dato che devo interloquire con politici e magistrati che danno per scontato che il virus c'è e causa il Covid, e che di conseguenza i tamponi, rapidi o PCR, cercano un patogeno reale e identificato, accetto i loro presupposti, e discuto dei due tipi di tampone dall'interno dell'approccio virologico ufficiale ascientifico, valutando il loro essere più o meno efficaci nel rivelare l'effettiva realtà dell'infezione.

### **Test Covid: l'ammissione della OMS**

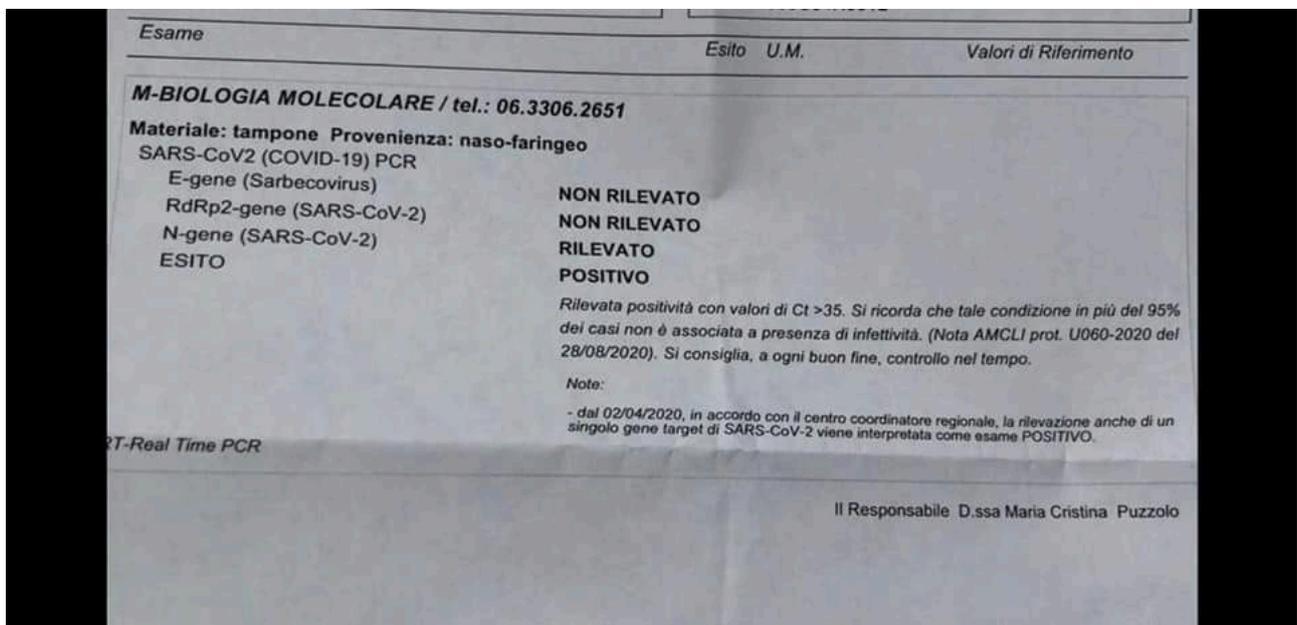
La grande differenza tra i due tipi di test, l'antigenico rapido e il molecolare (PCR), è che il test PCR, utilizzando un elevato numero di cicli, rileva anche la singola molecola di acido nucleico corrispondente al gene del virus, e quindi dà positivi anche casi in cui la carica virale è bassissima e tale da non essere un grado né di generare alcun sintomo (da cui l'elevato numero di positivi asintomatici), né di rendere il soggetto positivo infettivo; i test rapidi, invece, essendo centrati sul rilevare la proteina antigene del virus, nel caso in cui la carica virale sia molto bassa, avranno a disposizione pochissima quantità della proteina virale, non sufficiente ad attivare la risposta anticorpale; e quindi daranno risposte negative.

In questo senso, possiamo dire che mentre il test PCR rileva chiunque abbia anche la minima traccia del virus, anche con una carica virale bassissima o quasi inesistente, il test antigenico rapido da positività solo quando vi sia una carica virale sufficientemente elevata, e quindi tale da rendere il soggetto potenzialmente sintomatico e infettivo. Da questo punto di vista, anche se il test rapido è chiaramente meno “sensibile”, è anche vero che è utile per cercare chi possa veramente infettare, laddove il test PCR fa diventare positivi anche chi abbia una carica virale, e dunque una capacità infettiva, estremamente bassa o, considerando che per il Covid si utilizzano dai 40 ai 50 cicli, addirittura nulla.

Quando sono stati comparate le performance dei risultati del test rapido in rapporto al test PCR, si sono avuti diversi risultati: in uno studio, il test rapido ha rilevato i 2/3 dei positivi al tampone PCR<sup>1</sup>; in un altro studio ha rilevato solo 1/3 dei casi<sup>2</sup>. I bugiardini riportano una concordanza dell'85-90%.

La verità è che, nella pratica concreta, questi **test rapidi intercettano solo gli individui con una carica virale elevata**; anche se questo, per i propugnatori della emergenza a tutti i costi, è un difetto perché non consente di intercettare chiunque abbia anche solo una traccia irrilevante del SARS-Cov2, **in realtà di tratta di un pregio, perché esclude tutti i falsi positivi asintomatici e non infettivi**.

Riprendiamo il certificato del test Covid che ho pubblicato qualche tempo fa:



In questo onesto certificato viene detto chiaramente: essendo stato il risultato di positività ottenuto con più di 35 cicli di PCR, “...tale condizione, in più del 95% dei casi, non è associata alla presenza di infettività”.

<sup>1</sup> Atreyee B et al., Performance of Abbott ID Now COVID-19 Rapid Nucleic Acid Amplification Test Using Nasopharyngeal Swabs Transported in Viral Transport Media and Dry Nasal Swabs in a New York City Academic Institution, Journal of Clinical Microbiology, August 2020, Volume 58 Issue 8, pp. 1-7.

<sup>2</sup> Scohy A et al. Low performance of rapid antigen detection test as frontline testing for COVID-19 diagnosis, Journal of Clinical Virology 129 (2020) 104455

Come sollecitai allora: **perché questa verità conosciuta da tutti non viene presa in considerazione dai politici?** In fondo, ora **anche l'OMS ha preso una posizione netta in proposito.** Vediamo la prima affermazione OMS:

*“...the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as positivity rate decreases, irrespective of the assay specificity. Therefore, healthcare providers are encouraged to take into consideration testing results along with clinical signs and symptoms, confirmed status of any contacts, etc...”*

*“La probabilità che una persona che risulti positiva (SARS-Cov 2 rilevato) sia effettivamente infetta con il SARS-Cov 2 diminuisce con la diminuzione dei tassi di positività, al netto della specificità del test. Perciò gli operatori della salute sono incoraggianti a prendere in considerazione i risultati del test insieme ai segni clinici e ai sintomi, ai contatti confermati, etc.”*

Nonostante le resistenze dei falsi scienziati, la OMS conferma quello che ho scritto a suo tempo: poiché la positività effettiva dipende anche dalla prevalenza (diffusione del virus nella popolazione), la probabilità che il test positivo sia effettivamente positivo in una situazione di bassa prevalenza (e in Italia noi siamo attorno all'1-2%) è molto ridotta. Continua l'OMS:

*“The design principle of RT-PCR means that for patients with high levels of circulating virus (viral load), relatively few cycles will be needed to detect virus and so the Ct value will be low. Conversely, when specimens return a high Ct value, it means that many cycles were required to detect virus. In some circumstances, the distinction between background noise and actual presence of the target virus is difficult to ascertain.”<sup>3</sup>*

*“Il principio costruttivo della RT-PCR significa che con pazienti con livelli elevati di virus circolante (carica virale), **serviranno relativamente pochi cicli per rilevare il virus** e dunque il valore Ct sarà basso. Di converso, quando i campioni riportano un valore Ct elevato, **questo significa che per trovare il virus sono occorsi molti cicli. In alcune circostanze, la distinzione tra rumore di fondo ed effettiva presenza del virus è difficile da stabilire.**”*

Nonostante l'ovvia cautela espressiva, la verità emerge chiara: se il virus è presente in forma sufficiente ad ammalare e infettare, serviranno pochi cicli di PCR; se il virus viene rilevato con troppi cicli, è molto difficile stabilire che non si tratti di mero rumore di fondo. Qui la posizione è netta. Non è solo che il risultato con oltre 30-35 cicli indica una carica virale bassa e dunque non infettiva, ma è proprio che a questo livello di Ct (cicli PCR), i risultati addirittura rilevano non necessariamente il virus ma un “rumore di fondo”, che nulla ha a che fare col virus. Insomma, l'OMS ci dice due cose molto importanti:

---

<sup>3</sup> WHO, WHO Information Notice for IVD Users, <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users>

- che sopra un numero ragionevole di cicli di PCR (che per universale convenzione è attorno ai 30 cicli), i test non hanno nessun valore e creano solo falsi positivi;

- che anche quando il risultato sia ottenuto con un numero di cicli inferiore, anche tale risultato deve essere interpretato in relazione a “segni e sintomi clinici”, ed è chiaro che nessuna tale integrazione può essere fatta con i positivi asintomatici, che appunto non hanno sintomi che possano confermare il risultato.

**Tutto questo conferma quello che hanno prodotto i miei studi...**

Una serie di importanti articoli hanno stabilito che il livello massimo di cicli di PCR (Ct) per cui un caso si possa considerare positivo è 25, mentre in Europa i cicli a cui viene sottoposto il campione è sempre maggiore di 35 :

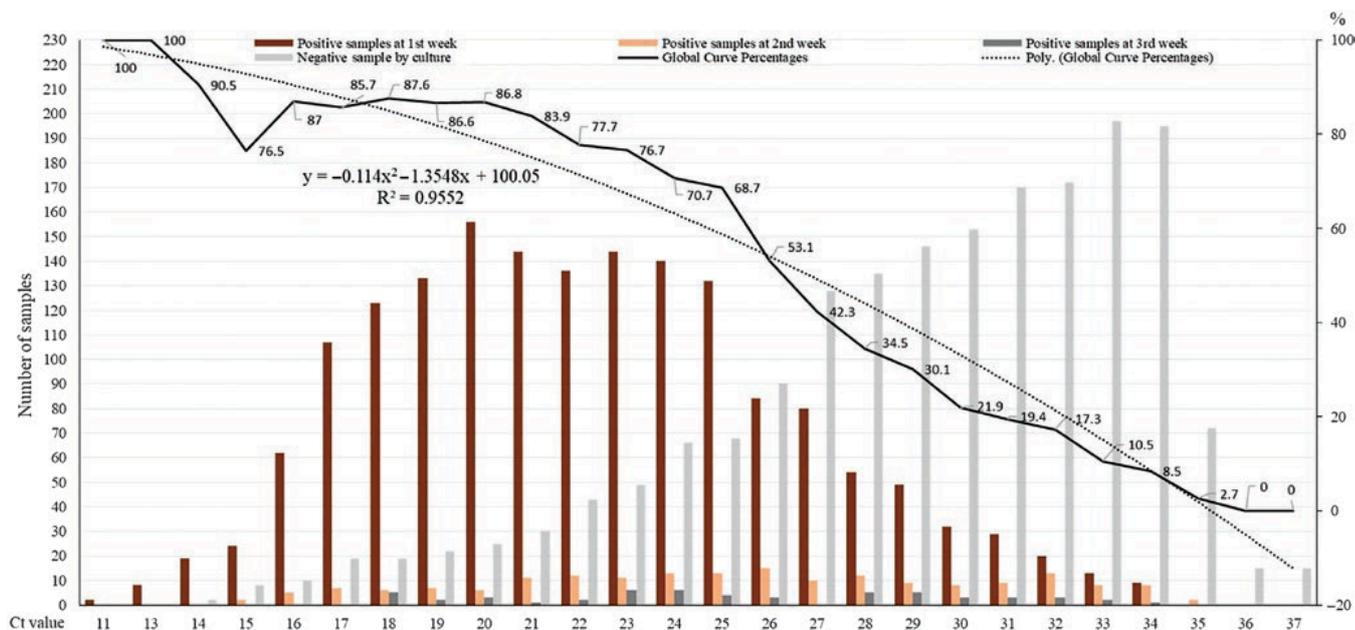
*“in an article published in Clinical Infectious Diseases, Bullard et al reported that **patients could not be contagious with Ct >25** as the virus is not detected in culture above this value...we have performed 250.566 SARS-CoV-2 RT-PCR for 179.151 patients, of whom 13.161 (7.3%) tested positive...It can be observed that at Ct = 25, up to 70% of patients remain positive in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20%. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive.”<sup>4</sup>*

*“In un articolo pubblicato su Clinical Infectious Diseases, Bullard et al hanno riportato che i pazienti non potevano essere contagiosi oltre i 25 cicli, in quanto il virus, sopra tale valore, non è più rilevato nelle culture...abbiamo realizzato 250.566 SARS-Cov2 RT-PCR su 179.151 pazienti, di cui 13.161 (7.3%) erano positivi...Si può osservare che a un valore di Ct = 25 fino al 70% dei pazienti resta positivo nella coltura virale, e che al Ct = 30 questa percentuale crolla al 20%. Al Ct = 35, il valore*

---

<sup>4</sup> Jaafar R et al. Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, Clinical Infectious Diseases, 2020; quoting : Bullard J, Dust K, Funk D, et al. Predicting infectious severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 from diagnostic samples. Clin Infect Dis 2020; doi:10.1093/cid/ciaa638.

che abbiamo usato per dichiarare la positività alla PCR, meno del 3% delle colture sono positive.”



Quindi, con il numero di cicli normalmente utilizzato, generalmente superiore a 35, e nella grande maggioranza dei casi superiore a 40 e fino a 50, **il numero dei dichiarati positivi che siano effettivamente tali crolla sotto il 3%**. Non si capisce quindi perché le autorità sanitarie e i politici non assumano una netta posizione, dichiarando invalidi o nulli, tutti i test PCR con cicli superiori ai 25.

Tuttavia, quello che voglio sostenere qui, è che un'altro modo per liberarci dall'enorme mole di positivi asintomatici che continua a giustificare misure draconiane e illiberali, è quello di passare ai test antigenici rapidi, che appunto tendono a rilevare solo i casi con elevata carica virale, ovvero più o meno quelli che risulterebbero con un uso corretto della PCR con non più di 25 cicli.

Le Marche sono state la prima Regione ad effettuare uno screening di massa con i test antigenici rapidi. Al 20 Dicembre erano stati testati 25.049 volontari, con soli 126 casi positivi.<sup>5</sup> **Questo rappresenta lo 0.5% di positivi.**

Ora, dato che la media attuale dei positivi con test PCR (che in Italia sono tutti fatti con oltre 35 cicli) è attorno al 10-15%, lo 0.5% sul 12.5% costituisce mediamente circa il 4% dei positivi PCR: un numero non molto lontano dal quel meno del 3% di positivi effettivi sul totale dei positivi rilevati con oltre 35 cicli di PCR.

Da questo punto di vista, i test rapidi antigenici appaiono essere il modo più rapido per uscire da una pandemia che si regge su un calcolo di positivi al Covid con un 95-97% circa di falsi positivi. Se da domani tutte le regioni adottassero i test rapidi antigenici, e al contempo imponessero ai laboratori che effettuano il test PCR

<sup>5</sup> [https://www.ansa.it/marche/notizie/2020/12/21/covid-25.049-adesioni-a-screening-massa-marche-in-3-giorni\\_f24f9c38-f202-45a1-8e0d-836c6f1eb9ac.html](https://www.ansa.it/marche/notizie/2020/12/21/covid-25.049-adesioni-a-screening-massa-marche-in-3-giorni_f24f9c38-f202-45a1-8e0d-836c6f1eb9ac.html)

di non effettuare test con più di 25 cicli, la pandemia sarebbe radicalmente ridimensionata, e si mostrerebbe per quel che è, una pandemia da PCR.

C'è solo da sperare che queste riforme dei metodi di analisi non vengano fatte in segreto dopo la diffusione del vaccino anti-Covid, in modo da attribuire al vaccino, invece che alle procedure di analisi corrette, la fine della pandemia.

Dr. Stefano Scoglio



Urbino, li 29/12/2020