

20.Marzo

## Il “mistero buffo” del numero dei decessi della pandemia

*La vita è una grande sorpresa.  
Non vedo perché la morte non potrebbe esserne una anche più grande.*  
Vladimir Nabokov

Che casino ! Secondo una nuova stima controversa, il COVID-19 ha causato più di **18** milioni di vittime entro la fine del 2021, circa tre volte il numero ufficiale riportato. Diversi studi precedenti hanno indicato che i conteggi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottovalutano notevolmente i decessi, ma il nuovo, pubblicato su *The Lancet* la scorsa settimana, è il primo esame *peer-reviewed* del periodo fino a dicembre 2021.

Il team, guidato da **Haidong Wang**, ha esaminato le morti a livello globale avvenute tra il 2020 e il 2021 in **191** paesi e territori, confrontando i valori associati ai decessi degli **11** anni precedenti, raccolti dai siti web governativi, il **World Mortality Database**, lo **Human Mortality Database** e l'**European Statistical Office**. Applicando modelli matematici, dall'indagine è emerso che il tasso "reale" di decessi correlato al Covid a livello globale sarebbe di circa **120 morti** ogni 100mila abitanti a fronte del **39,2** ufficiale.

I ricercatori dell'**Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)** hanno analizzato i dati di 74 paesi e territori per stimare l'eccesso di mortalità, morti che superano quelle attese per altre cause. I numeri ufficiali dell'India omettono 3,5 milioni di decessi per COVID-19, il più grande divario tra quelli segnalati e quelli stimati. Ma l'Egitto e molti altri paesi in Africa con popolazioni più piccole hanno rapporti più elevati tra i decessi stimati e quelli segnalati.

### A proposito del IHME

L' *Institute for Health Metrics and Evaluation* è un istituto di ricerca che opera nell'area delle statistiche sanitarie globali e della valutazione dell'impatto presso l' Università di Washington a Seattle. L'Istituto è diretto da **Christopher JL Murray** , medico ed economista sanitario, e professore presso il *Dipartimento di Salute Globale dell'Università di Washington* , che fa parte della School of Medicine . **IHME** conduce ricerche e forma scienziati, responsabili politici e il pubblico in concetti, metodi e strumenti di metriche sanitarie. La sua missione include giudicare l'efficacia e l'efficacia delle iniziative sanitarie e dei sistemi sanitari nazionali.

Nel 2020, **IHME** ha pubblicato il suo modello di proiezione dei decessi causati dalla pandemia di COVID-19 negli Stati Uniti, che è stato **descritto come ampiamente influente**, e linee guida informate sviluppate dall'amministrazione Trump. Il modello prevedeva risultati significativamente diversi da altri modelli, e alcuni epidemiologi hanno sollecitato cautela nell'interpretare il loro modello, [49] che è descritto da alcuni come "ottimista". Il modello ha ricevuto pesanti critiche da parte di alcuni membri della comunità epidemiologica per [essere imperfetto e fuorviante](#).

**IHME** ha rilasciato due importanti aggiornamenti al suo modello nell'aprile 2020 e nel giugno 2020 per migliorarne l'accuratezza e riflettere diversi scenari di distanziamento sociale e utilizzo della maschera.

IHME ha descritto il suo modello aggiornato attuale come un "ibrido" del modello statistico (curve fit) inizialmente rilasciato dall'istituto e un modello meccanicistico basato sulla comprensione epidemiologica del virus. Il modello ibrido prevedeva un numero notevolmente maggiore di

decessi rispetto al modello di adattamento della curva e aveva una previsione fuori campione molto migliore.

Il 7 giugno 2020, **IHME** ha pubblicato le sue prime proiezioni dei decessi per COVID-19 fino al 1 novembre e prevedeva **208.255 decessi** (con un intervallo compreso tra 186.087 e 244.541) a causa della pandemia di COVID-19 negli Stati Uniti. Questi numeri scendono a **162.808** (da 157.217 a 171.193), se almeno il 95% delle persone indossa la mascherina in pubblico.

L'analisi **IHME** è stata criticata per aver sopravvalutato i decessi in eccesso per COVID-19, in particolare in alcuni paesi a reddito più elevato.

[L'OMS prevede di rilasciare le proprie stime riviste nelle prossime settimane.](#) *Appena note provvederò a riportare*

### **Commento personale**

Nello studio di **Albert Einstein** all'Università di Princeton c'era un cartello scritto a mano che diceva: *Non tutto ciò che può essere contato conta e non tutto ciò che conta può essere contato.*

**Marguerite Yourcenar** ci ricorda che l'uomo è *un'istituzione che ha contro di sé il tempo, la necessità, la fortuna e l'imbecille e sempre crescente supremazia del numero.*

Questo "mistero buffo" ci insegna che non si possono adoperare gli uomini come numeri in operazioni d'aritmetica politica sanitaria, perché essi si comportano come i simboli dello zero e dell'infinito, che sconvolgono tutte le operazioni matematiche.

**Kant** saggiamente notava che prima di valutare se una risposta è esatta si deve valutare se la domanda è corretta e la domanda non interrogarsi sui numeri del **IHME** bollettino, quanto piuttosto se questi numeri misurano effettivamente la presenza di Sars-Cov-2

La domanda che personalmente mi pongo da due anni ed a cui sto cercando ogni giorno attraverso questo *crono-racconto* di dare una risposta è se il paradigma interpretativo di questa pandemia sia corretto per quanto riguarda le origini del virus (che ignoriamo), le modalità di identificazione (importanti bias nelle procedure) la stessa storia naturale (imprevedibile) che mi ha portato come cronista ad usare l'espressione prudenziale di cosa pensiamo di aver capito.

Ho il triste sospetto che misuriamo questa pandemia con strumenti inadeguati o starati nel loro funzionamento, come se misurassimo la febbre con termometri rotti e che i numeri che registriamo non sempre sono adeguata alla realtà che viviamo

Questa querelle è l'ennesima dimostrazione che abbiamo idee molto confuse su quello che è realmente accaduto in questa incredibile pandemia

### **Un anno fa... Baedeker/Replay del 20 marzo 2021**

*Le piastrine nei pazienti COVID-19 : enigmi irrisolti*

Speravo che in relazione alla sospensione del vaccino Astra-Zeneca l'EMA diffondesse i dossier a sua disposizione sul quadro emostatico ed in particolare su un possibile attivazione piastrinica anomala dei casi sotto osservazione E' possibile che nei prossimi giorni gli "ulteriori approfondimenti annunciati" durante la conferenza stampa di ieri 18 marzo possano far luce indirettamente sulle relazioni tra trombosi ed attivazione piastrinica in Covid-19.

In particolare queste informazioni potrebbero essere una risposta alle molte perplessità ed ai quesiti sollevati dal lavoro di Manne BK et al Platelet gene expression and function in patients with COVID-19.

Blood. 2020 Sep 10. del Centro di Scienze della salute dell'Università dello Utah di cui riporti alcuni dati salienti Le complicanze trombotiche nei pazienti con COVID-19 sono comuni e contribuiscono all'insufficienza d'organo e alla mortalità. I pazienti con COVID-19 grave presentano anomalie emostatiche che imitano la coagulopatia intravascolare disseminata associata a sepsi, con la differenza che il sintomo predominante è dato dall' aumento del rischio di trombosi piuttosto che il sanguinamento, in altre parole un coinvolgimento diretto delle piastrine

Tuttavia, non è noto se e quanto l'infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) da sindrome respiratoria acuta grave alteri la funzionalità coagulativa contribuendo in maniera determinante alla fisiopatologia del COVID-19. Il lavoro dell'Università dello Utah è uno studio condotto su 41 pazienti gravemente malati di infezione da SARS-CoV-2 (n = 41) confermata dalla reazione a catena della polimerasi di trascrizione inversa (PCR; RT-PCR). E' stato analizzato sangue intero anticoagulato citrato acido (ACD) da pazienti ospedalizzati con COVID-19 dal 17 marzo al 5 giugno 2020.

Tutti i pazienti COVID-19 sono stati reclutati secondo protocolli di studio approvati dal comitato di revisione istituzionale (IRB) dell'Università dello Utah (IRB # 00102638, 00093575). Tutti i pazienti arruolati nel nostro studio sono stati ricoverati in ospedale e sono stati arruolati entro 72 ore dall'ammissione in ospedale o in unità di terapia intensiva (ICU). Donatori sani, della stessa età e del sesso sono stati arruolati secondo un protocollo IRB separato (IRB # 0051506).

Il lavoro di Manne è ricco di dati interessanti , in particolare i risultati relativi alle alterazioni dell'espressione genica delle piastrine e le alterazioni funzionali dei pazienti infetti. L'analisi dell'espressione genica piastrinica ha rivelato 3090 geni espressi in modo differente tra pazienti non in terapia intensiva rispetto ai donatori sani, mentre 2256 erano espressi in modo differenziale nei pazienti in terapia intensiva rispetto ai donatori sani (tasso di falsi ritrovamenti

**Per le conclusioni vai al testo integrale**