

1Agosto

Scienza della razza o scienza razzista?

*Io appartengo all'unica razza che conosco,
quella umana.*
Albert Einstein

Un rapporto del **Public Health England**, pubblicato lo scorso giugno, ha rivelato che i "neri" hanno una probabilità di ricevere una diagnosi di Covid-19, due-tre volte maggiore rispetto ai bianchi e che i tassi di mortalità per Covid-19 sono più alti tra le persone appartenenti a gruppi etnici "neri" e asiatici.

Il 7 aprile nella città di Chicago, era stato registrato quasi il **70%** delle morti per Covid-19 tra la popolazione nera, che nella città si attesta intorno al **30%** del totale.

Negli Stati Uniti, a partire dal 27 maggio, il tasso di mortalità complessivo registrato, da Covid-19 è **2,4** volte maggiore per gli afroamericani rispetto ai bianchi

E' innegabile che esista una maggiore suscettibilità di alcuni gruppi etnici a Sars-Cov2, ma non sappiamo perché ?

Come disse S. Agostino nella disputa contro i Pelagi:

Reme viderunt . causam non viderunt

Videro le cose ma non capirano le cause

Le "cause" potrebbero essere in larga parte spiegate con le *disuguaglianze socioeconomiche e ambientali* tra i diversi gruppi demografici, anche se sono state proposte spiegazioni molto più speculative: alcuni ricercatori hanno sollevato la possibilità che differenze genetiche innate tra i gruppi razziali, siano la causa del fatto che Sars-Cov2 colpisca qualcuno in maggior misura rispetto ad altri.

La diversa vulnerabilità dei "neri" americani al virus sarebbe dovuta a geni non ancora chiaramente identificati come è avvenuto per le "ragioni genetiche" alla base del maggior rischio di diabete per gli afroamericani, uno dei motivi per cui questo gruppo sarebbe più suscettibile a contrarre l'infezione, il tutto senza fornire prove.

Allo stesso modo, sempre senza prove, un gruppo di scienziati del dipartimento di *Scienze Respiratorie, Università di Leicester*, ha scritto su The Lancet (Ethnicity and COVID-19: an urgent public health research priority), che le disparità etniche nella mortalità Covid-19 potrebbero essere in parte attribuibili alla "*composizione genetica*" delle etnie responsabili di una *risposta genomicamente determinata ai patogeni virali*". (Pareek M 2020)

Nelle prime fasi della Pandemia I primi rapporti cinesi e italiani associavano l'aumento dell'età, il sesso maschile, il fumo e la comorbidità cardiometabolica come condizioni favorevoli esiti avversi.

L'etnicità è *un'entità complessa* composta da corredo genetico, costrutti sociali, identità culturale e modelli comportamentali. I sistemi di classificazione etnica hanno dei limiti, ma sono stati usati per esplorare le differenze genetiche e di altra natura. Gli individui di diverse origini etniche variano in comportamenti, comorbidità, profili immunitari e rischio di infezione, come esemplificato dall'aumento della morbilità e della mortalità nelle comunità nere e delle minoranze etniche (BME) nelle precedenti pandemie.

Poiché il COVID-19 si diffonde in aree con grandi popolazioni cosmopolite, è essenziale comprendere se e come l'etnia possa influire sugli esiti di COVID-19.

Da una metanalisi basata su documenti pubblicati e i rapporti di sorveglianza nazionale sulle notifiche e sugli esiti di COVID-19 solo **2** su **29** pubblicazioni hanno riportato dati disaggregati per etnia.

Inoltre nessuno dei dieci paesi con la più alta notifica di casi COVID-19 ha riportato dati relativi all'etnia; La segnalazione della mortalità nel Regno Unito, ad esempio, non richiede informazioni sull'etnia.

. <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/10/uk-coronavirus-deaths-bame-doctors-bma>

. <https://www.bbc.co.uk/news/health-52338101>

E' importante che questi dati epidemiologici siano disponibili come dati disaggregati per etnia per consentire l'identificazione di potenziali fattori di rischio attraverso l'aggiustamento per i fattori confondenti riconosciuti.

Gruppi etnici specifici, come i sud-asiatici, hanno generalmente tassi elevati di comorbidità con diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari, che sono state associate a gravi malattie e mortalità nel COVID-19. (Tillin T 2013)

L' etnia potrebbe favorire la diffusione del virus anche attraverso differenze culturali, comportamentali e sociali, tra cui uno stato socioeconomico inferiore, comportamenti di ricerca della salute e problemi connessi alla convivenza intergenerazionale.

Anche se non si può escludere che possa esserci una predisposizione biologica al Covid-19, come succede per molte altre malattie, tuttavia questo non niente ha a che fare con le distinzioni razziali che ci immaginavamo nell'Ottocento e qualcuno continua ancora stancamente a riproporre.

Il Covid-19 presenta una maggiore complessità perché oltre a una predisposizione genetica, sono tantissimi i fattori coinvolti che potrebbero avere un ruolo nell'insorgenza della patologia. Per esempio il *ceppo virale*: esistono diversi ceppi di Sars-Cov2 in circolazione per il mondo anche se ancora non è noto che implicazioni questo possa avere clinicamente per gli esseri umani. Inoltre possono pesare anche le condizioni ambientali, come l'inquinamento il luogo in cui si vive, il lavoro che si fa, o i mezzi che si usano per spostarsi.

Il ritorno della "scienza della razza"

La scienza ha dimostrato da tempo, già alle soglie degli anni '70, che le razze umane non esistono e che gli esseri umani mostrano variazioni genetiche notevolmente ridotte rispetto ad altri primati. Lo studio del 1972 di **Richard Lewontin** per primo (The Apportionment of Human Diversity), e a seguire quelli condotti negli anni '80 dal genetista **Luca Cavalli Sforza**, per citare i più importanti, hanno dimostrato che le maggiori variazioni genetiche umane non sono tanto quelle di gruppo, quanto quelle individuali: la diversità genetica cioè, è maggiore all'interno di una popolazione, che tra popolazioni differenti. Noi esseri umani abbiamo in comune il **99,9%** del nostro Dna con ogni sconosciuto. Il restante *uno per mille* contiene le differenze che ci rendono tutti diversi, ma sono differenze tra individui. C'è una grande variabilità all'interno delle stesse popolazioni, che le rende biologicamente non omogenee.

Un classico è lo studio condotto su *svedesi e giapponesi*, per confrontarne il metabolismo dei farmaci a opera del **citocromo P450 2D6 (CYP2D6)**. I ricercatori hanno scoperto una grande variabilità tra i partecipanti, con persone che metabolizzavano i **farmaci lentamente e altri molto velocemente**, in entrambe le popolazioni. Le nostre differenze stanno all'interno di una popolazione non tra una popolazione e l'altra: quell' *uno per mille* di differenza fa sì che il nostro vicino di casa possa essere, certe volte, più diverso da noi di un coreano".

La “scienza della razza” non è mai del tutto scomparsa, sarebbe ancora viva in alcuni circoli intellettuali l’idea della supremazia della razza bianca ed esisterebbe una rete ben coordinata di persone che cercano di riportare tali ideologie nell’accademia e nella politica.

Il caso dell’ipertensione: un esempio di malattia “razzializzata”

L’ipertensione, una malattia da tempo considerata “nera”. I neri di origine afro-caraibica nel Regno Unito e negli Stati Uniti hanno infatti notoriamente un maggior rischio di ipertensione rispetto ai bianchi. E negli anni sono state diverse le teorie a riguardo e gli studi condotti per cercare di individuare i geni responsabili della patologia.

Nel 1983 **Clarence Grim e Thomas Wilson** formularono la “**Slavery hypertension Hypothesis**” secondo cui ci sarebbe stata una selezione naturale dei neri d’Africa, trasportati come schiavi negli Stati Uniti, favorendo la sopravvivenza degli individui che sulle navi, riuscivano a conservare più sodio. Nonostante le numerose ricerche questa ipotesi non è stata mai dimostrata. Per molto tempo i ricercatori hanno sostenuto la teoria che l’ipertensione avesse una base genetica, per spiegare per esempio perché fosse più frequente tra i “neri”.

Ma la soluzione più semplice è probabilmente legata alla dieta – un fattore di rischio dominante e in particolare il consumo di sale – così come allo stile di vita e allo stress. La dieta negli Stati Uniti del sud, tradizionalmente associati a afro-americani è ricca di sale e grassi, proprio come in Finlandia, un altro paese dove molte persone soffrono di ipertensione.

Un altro studio ha rivelato un collegamento tra l’ipertensione e il basso tasso di scolarità mi mette profondamente in crisi me le la mia ipertensione....e ipotizza che i fattori coinvolti non siano tanto biologici, quanto ambientali e sociali.

L’idea che l’ipertensione sia una malattia “nera” è stata così ampiamente accettata, che le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* del Regno Unito raccomandano che ai pazienti neri di età inferiore ai 55 anni con ipertensione vengano somministrati calcio-antagonisti anziché inibitori dell’enzima di conversione dell’angiotensina (Ace), invece indicati per i pazienti non neri di età inferiore a 55 anni. In realtà però nessuno studio dimostra che gli Ace-inibitori, funzionino più sui bianchi che sui neri.

Jay Kaufman, epidemiologo della *McGill University* e **Richard Cooper**, cardiologo ed esperto globale di ipertensione presso la *Loyola University di Chicago* hanno provato ad analizzare tutta la letteratura disponibile, per confermare una maggior efficacia di un farmaco a dispetto di un altro, a seconda del gruppo etnico di appartenenza, senza però trovare prove.

Per concludere: I neri americani hanno più probabilità di morire per qualunque causa rispetto ai bianchi americani. L’aspettativa di vita di un americano nero è inferiore a quella di un americano bianco. È tuttavia scientificamente perverso supporre che esista una base genetica per spiegarlo.

La maggior incidenza del COVID-19 negli afro-americani non è riconducibile alla razza ma al razzismo Sars-Cov2 infetta in prevalenza le persone di colore perché sono più esposte per via dei lavori che fanno (spesso in prima linea, come aiuti sanitari a domicilio, impiegati delle poste, magazzinieri ecc.) o per via dei quartieri in cui vivono, in genere più piccoli e angusti e più densamente popolati.

Una volta infettati hanno inoltre più alte probabilità di morire, perché portano un carico maggiore di malattie croniche: i neri hanno infatti il **60%** in più di diabete e il **40%** in più di ipertensione come già ricordato. Onere dovuto a diversi motivi, tra cui il minor accesso alle cure sanitarie e il contesto in cui vivono per esempio gli svantaggi sociali e un’assistenza medica inadeguata sono

strettamente legati a salute e sopravvivenza. Anche se nel caso dei neri americani questi fattori vengono spesso trascurati dai ricercatori che tendono più spesso a cercare una prova nella biologia piuttosto che rispondere alla domanda con le disuguaglianze sociali”.

Quando utilizziamo classificazioni demografiche per definire la prevalenza della malattia, come nel caso di Covid-19, bisogna aver presente che queste distinzioni siano solo sociali e non abbiano basi biologiche. Se la razza deve essere usata come variabile di ricerca o strumento diagnostico, i motivi devono essere chiaramente documentati e giustificati, per evitare di ricadere nella palude degli stereotipi che prescindono dalla valutazione dei singoli casi, su persone o gruppi sociali.

Il nostro cervello è portato a semplificare, si è evoluto per trovare soluzioni semplici e continua farlo sistematicamente, semplificare significa eliminare il superfluo e usare solo l'essenziale. Ma questo schema è pericoloso, è una lente deformante, che non ci permette di capire la nostra realtà biologica. Tutto dovrebbe essere reso il più semplice possibile, ma non più semplicistico. La semplicità è complicata da raggiungere. Il razzismo e le sue categorizzazioni permangono perché obiettivamente convengono a molti. Sono uno strumento spendibile nella vita politica e nei conflitti sociali dove conviene a molti mantenere le barriere, sebbene dal punto di vista biologico non abbiano senso. Se dovessimo svegliarci una mattina e scoprire che tutti sono della stessa razza, credo e colore, troveremmo qualche altra causa di pregiudizio entro mezzogiorno. Oggi sappiamo con certezza che la segregazione è morta. L'unica domanda che rimane è quanto costoso sarà il funerale. (Martin Luther King)

Riferimenti

-Pareek Met al. Ethnicity and COVID-19: an urgent public health research priority. Lancet. 2020 May 2;395(10234):1421-1422.

-Tillin T et al. The relationship between metabolic risk factors and incident cardiovascular disease in Europeans, South Asians, and African Caribbeans: SABRE (Southall and Brent Revisited) a prospective population-based study. J Am Coll Cardiol. 2013 Apr 30;61(17):1777-86.