

Giampaolo Collecchia

Un esempio di modello sindemico, nell'ambito delle malattie croniche, è lo studio delle complesse interazioni tra diabete tipo 2 e depressione, modulate dai fattori socioeconomici. Tale approccio può essere innovativo e rilevante perché invita, soprattutto il clinico, ad allargare lo "sguardo" per identificare le barriere e le circostanze che causano o comunque esacerbano le condizioni patologiche e svolgere un ruolo di contrasto verso le diseguaglianze.

Il concetto di modello sindemico è stato introdotto negli anni 90 da un antropologo medico, M. Singer. Il termine sindemico, sottoutilizzato e (relativamente) nuovo per una concettualizzazione in realtà nota, è la crasi delle parole sinergia, epidemia, pandemia ed endemia. Inizialmente applicato per le malattie infettive, in particolare HIV/AIDS e tubercolosi, il modello è utilizzabile per l'analisi delle interazioni di malattie o condizioni patologiche di qualunque tipo: patologie croniche non trasmissibili (ad esempio diabete, cancro, ictus, malattie mentali), tossicodipendenze, malnutrizione, alterazioni del comportamento[1]. In particolare, si propone di approfondire l'interazione sinergica tra due o più malattie e le situazioni sociali in cui le condizioni patologiche si realizzano, considerando non solo la classica definizione biomedica delle tipiche condizioni di comorbilità, ma anche, con uno sguardo allargato, l'interazione tra fattori genetici, ambientali e di stile di vita. Con le parole dello stesso Singer: *"Syndemics are the concentration and deleterious interaction of two or more diseases or other health conditions in a population, especially as a consequence of social inequity and the unjust exercise of power"*. [2,3]

Alla base del costrutto ci sono tre criteri di base:

1. compresenza, in una stessa popolazione, di due o più malattie o condizioni di salute;
2. presenza di fattori contestuali e sociali in grado di creare le condizioni per il loro raggrupparsi;
3. il conseguente *clustering* determina una interazione negativa, sul piano biologico, sociale o comportamentale, aumentando il carico di malattia nella popolazione.

Il modello sindemico è applicabile sia a livello individuale, clinico, che di popolazione, soprattutto in comunità con sfavorevoli condizioni di vita per difficoltà economiche, disuguaglianza sociali, inadeguato accesso alle cure. Esso presenta un deciso orientamento ad evidenziare le reti di connessione tra lo stato di

salute/malattia e i determinanti socioeconomici in grado di determinarne la diffusione e la progressione, evitando la frammentazione assistenziale tipica dei sistemi sanitari classici. Le implicazioni riguardano tutte le azioni volte a limitare le disuguaglianze sociali e l'esposizione a fattori ambientali nocivi, in una prospettiva generale di attenzione alla tutela ed alla promozione dei diritti umani[4].

Un esempio di modello sindemico, nell'ambito delle malattie croniche, è lo studio delle complesse interazioni tra diabete tipo 2 e depressione, modulate dai fattori socioeconomici. Sul piano biologico, E. Mendenhall e collaboratori descrivono l'aumentata incidenza di depressione nei pazienti diabetici e, al contrario, l'effetto della depressione sul rischio e le complicanze del diabete. Inoltre evidenziano le basi fisiopatologiche condivise tra le due patologie, in particolare la risposta infiammatoria e le alterazioni del trasporto glucidico, associate a *pattern* comportamentali quali consumo di cibi altamente calorici, scarso impegno per l'attività fisica e aumento di peso, favorito dagli antidepressivi, che secondo alcuni studi sarebbero anche responsabili del peggioramento a lungo termine del controllo glicemico[5]. **L'interazione negativa risulta notevolmente accentuata in contesti caratterizzati da condizioni sociali quali povertà, migrazione, discriminazione, violenze**, che favoriscono disturbi mentali e diabete, per la concomitanza di situazioni stressanti, iperalimentazione e ridotta attività fisica. Gli autori osservano anche il ruolo del mercato alimentare nel favorire un ambiente obesogeno e nel rendere l'associazione sindemica diabete e obesità difficilmente contrastabile nell'attuale contesto socio-sanitario. Come esempio di approccio sindemico viene riportato il cosiddetto VIDDA (*violence, immigration, depression, type 2 diabetes, abuse*), studiato nelle donne messicane immigrate negli Stati Uniti. Per una descrizione dettagliata del modello sindemico, del suo lessico e delle applicazioni in diverse realtà si rimanda ai riferimenti bibliografici[1,6,7,8].

Implicazioni pratiche

Il modello descritto ha sicuramente il merito di attirare l'attenzione e suscitare consapevolezza su un tema cruciale, che non interessa soltanto popolazioni lontane ma è vissuto anche nella nostra realtà, caratterizzata da un esponenziale aumento della povertà e delle disuguaglianze sociali. Tale approccio fornisce una cornice concettuale per un'analisi delle connessioni biosociali utile per realizzare interventi appropriati, in ambito clinico e di politiche sanitarie e invita a considerare l'intreccio dei *pattern* di fattori sociali, strutturali e fisiopatologici che interagiscono tra loro e modificano negativamente le traiettorie delle singole malattie, aumentandone il carico complessivo[9]. **Applicare un approccio sindemico può essere pertanto innovativo e rilevante perché invita, soprattutto il clinico, ad allargare lo "sguardo" per identificare le barriere e le circostanze che**

causano o comunque esacerbano le condizioni patologiche.

Niente di nuovo peraltro sul piano ontologico. I professionisti della salute, soprattutto i medici di medicina generale (MMG), conoscono l'importanza dei determinanti socioeconomici e culturali, anche se ne tengono poco conto nella pratica professionale, contribuendo frequentemente a determinare una condizione definita come logica delle "cure inverse", **per la quale si tende ad offrire di più a chi ha meno bisogno e risulta spesso a rischio minore.** Il MMG peraltro sa che la realtà biologica della malattia si iscrive in un contesto sociale, economico e culturale che rappresenta il maggiore determinante della salute e che lo stile di vita riflette la risposta adattativa al bisogno di integrazione tra la cultura del singolo e quella della comunità di appartenenza, una caratteristica quindi più della società che degli individui.

Il problema non risolto è come tenerne conto effettivamente/efficacemente nella pratica professionale. Non basta infatti "nominare" una consapevolezza per renderla reale, come avviene per il "canto" della realtà degli aborigeni australiani, descritto da B. Chatwin[\[a\]](#). Un approccio *syndemics-oriented* può essere innovativo e rilevante se non si limita ad essere strumento di lettura qualificata della realtà **ma se influisce sull'azione, per realizzare una progettualità esplicita, documentabile, effettiva.** La gestione effettiva dei determinanti extraclinici di salute, da parte dei professionisti sanitari, è infatti generalmente poco praticata, soprattutto a causa di una formazione accademica che tradizionalmente mantiene separati gli aspetti clinici ed extraclinici, enfatizzando i modelli di spiegazione biomedici, potenti ed efficaci ma scotomizzanti la soggettività del paziente e il suo contesto di vita (*not our job*)[\[10\]](#).

La Medicina generale (MG), che secondo l'OMS può essere considerata un determinante della salute, ha i riferimenti disciplinari, la visione olistica, lo "sguardo" a 360° che possono consentirle una consapevolezza maggiore, rispetto ad altre discipline, della rilevanza delle condizioni di svantaggio socioeconomico, psicologico e culturale. Non ha peraltro potere di azione su molti aspetti socio-sanitari e inoltre il MMG, ingabbiato in una logica di prestazioni ("appropriate e codificate") più che di presa in carico delle persone, ha poco tempo per riconoscere ed identificare le variabili di contesto. Esempio tipico è la depressione dell'anziano, espressione spesso di domande-richieste non sanitarie che però ricevono una risposta medicalizzante con la prescrizione di farmaci antidepressivi.

In particolare, il MMG potrebbe avere un proprio ruolo specifico nel riconoscere le disuguaglianze e orientare la pratica in modo da tenerne conto, ad esempio, nella valutazione del rischio e nella relativa scelta degli interventi, considerando tali condizioni come veri e propri fattori di rischio, da integrare nella valutazione clinica e verso i quali

sviluppare capacità professionali e organizzative specifiche.

La teoria sindemica enfatizza inoltre la necessità di un approccio epidemiologico assistenziale, in grado di definire percorsi, strumenti, metodi per descrivere/raccontare le storie degli incroci tra popolazioni, contesti (sanitari e non), istituzioni e realizzare un'organizzazione dei servizi, sanitari e non, appropriata per i bisogni delle persone e non soltanto auto-compatibile con modelli e risorse pre-definiti, in una società nella quale la salute è "di fatto" uno degli indicatori dell'economia e non risponde a criteri di diritto ma di compatibilità-sostenibilità economica[11].

Si tratta di realizzare percorsi assistenziali di integrazione/contaminazione tra la MG ed altri soggetti/servizi: infermieri, operatori sociali, specialisti, familiari, membri/risorse della comunità (ad esempio gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani etc.), supportati da politiche sanitarie che dovrebbero "riconoscere" la logica sindemica, l'associazione tra condizioni mediche e sociali, poste su un ideale piano cartesiano, con la salute per ascissa e la sanità per ordinata, flessibile tanto da diventare talvolta inclinato per espellere modelli incapaci di rendere descrivibili i veri bisogni della comunità. Il recente Piano Nazionale della Cronicità fa ben sperare in questo senso riconoscendo il grande contributo dei determinanti sociali nella definizione dello stato di salute, in particolare per quanto riguarda l'accesso a sistemi efficaci di prevenzione e cura. Le proposte di intervento riguardano ad esempio la definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili o in contesti sociali difficili, potenziando l'assistenza domiciliare integrata nelle condizioni di particolare disagio[12].

Una logica sindemica dovrebbe condurre alla ricerca/sperimentazione di profili di salute per una presa in carico dei diritti di cittadinanza delle persone, identificare i gruppi di popolazione a rischio e analizzare le disuguaglianze nella salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, stili di vita, etc. ...). E' necessaria per questo una *evidence-based policy*, peraltro difficile da realizzare, per motivi tecnici, ad esempio la necessità di una multidimensionalità degli interventi e della integrazione di dati qualitativi e quantitativi, ma soprattutto culturali, legati alla controcultura medicalizzante della società e del mercato delle malattie. È ad esempio necessaria una valutazione accurata degli *outcome*, infatti interventi di politica sanitaria teoricamente utili si sono rivelati in pratica dannosi per la salute o paradossalmente responsabili di un aumento delle disuguaglianze, avendo un impatto maggiore nelle classi più elevate[13]. Qualunque progetto di ricerca dovrebbe comunque avere una progettualità tale da favorire la (ri)comparsa ed il ruolo discriminante delle persone-popolazioni come soggetti titolari di diritti, riconosciuti non solo teoricamente ma

anche nei fatti[14].

La necessità di considerare la maggior parte delle comuni malattie, nella loro complessità, non solo negli aspetti prettamente clinici, ma anche come una questione di salute pubblica, invita anche a utilizzare i *big data* delle attuali tecnologie computazionali per lo sviluppo di politiche sanitarie multidimensionali e sistematiche in grado di integrare i determinanti biologici della salute con quelli economici e sociali[14]. Il modello sindemico allontana infatti l'idea che le malattie originano da forze misteriose o vengono determinate geneticamente ma solleva il problema della responsabilità nei loro confronti delle politiche sanitarie, evidenziando la necessità di un continuo impegno da parte delle istituzioni a mantenere effettivo il diritto alla salute degli individui e delle popolazioni.

Giampaolo Collecchia, Medico di medicina generale, Massa.

Nota

(a) *“I miti aborigeni sulla creazione narrano di leggendarie creature totemiche che nel Tempo del Sogno avevano percorso in lungo e in largo il continente cantando il nome di ogni cosa in cui si imbattevano, uccelli, animali, piante, rocce, pozzi, e col loro canto avevano fatto esistere il mondo”* (B. Chatwin, *Le Vie dei Canti*).

Bibliografia

1. Singer M, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389: 941-50
2. Singer M. AIDS and the health crisis of the US urban poor: the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 1994; 39(7): 931-948.
3. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology* 1996; 24(2): 99-110.
4. Boldrini P. [Modello sindemico e modello IcF: separati alla nascita?](#)
5. Mendenhall E et al. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression and diabetes among low-income populations. *Lancet* 2017; 389: 951-63.
6. Willen SS et al. Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet* 2017; 389: 964-77.
7. Douglas-Vail M. Syndemics theory and its applications to HIV/AIDS public health interventions. *Int. J. Med. Sociol. Anthropol* 2016. Vol. 4 (1); 81-90.
8. Anderman A. Outbreaks in the age of syndemics: new insights for improving Indigenous health. *Can Commun Dis Rep.* 2017; 43(6): 125-32.

9. Fruhbeck G, Kiortsis D, Catalan V. Precision Medicine: diagnosis and management of obesity. *Lancet* 2017; [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30312-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30312-1).
10. Farmer PE, et al. Structural violence and clinical medicine. *Plos Med* 2006; 3: 1686-91.
11. Tognoni G, et al. Salute e Diritto. Pensieri per una progettualità di ricerca. Postfazione in: A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. ETS, Pisa, 2006
12. [Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016](#) [PDF: 2,8 Mb]
13. Hemingway H, et al. Impact of socioeconomic status on coronary mortality in people with symptoms, electrocardiographic abnormalities, both or neither: the original Whitehall study 25 year follow-up. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 510-16.
14. Collecchia G. La medicina di precisione e le scienze omiche: risultati, promesse, disincanti. *Assist Inferm Ric* 2018; 37: 52-55.