

Alice Fabbri



La “pre-ipertensione”, al pari di altre “pre-malattie” quali la pre-osteoporosi e il pre-diabete, sembra avere il potenziale di trasformare la maggior parte della popolazione adulta del nostro pianeta da sana a malata.

“Chi decide che cosa costituisce una patologia e cosa è normalità?” Con questa provocatoria domanda si apre un editoriale recentemente pubblicato sul *BMJ*, a firma di Fiona Godlee[1]. Fino ad ora, scrive la direttrice della rivista inglese, queste decisioni sono state per lo più appannaggio dei più autorevoli membri della professione medica; tuttavia, in considerazione della loro crescente vicinanza a coloro che traggono profitto dallo sviluppo e dalla vendita di farmaci, la Godlee si domanda se essi siano ancora il soggetto più indicato per svolgere tale ruolo.

L’editoriale è stato scritto dopo la pubblicazione, il 24 agosto 2010, di un articolo di Ray Moynihan, giornalista australiano autore del libro “Farmaci che ammalano”, che da anni indaga sulla relazione tra medici e industria farmaceutica[2]. **Il bersaglio di Moynihan in quell’articolo era una condizione nota come “pre-ipertensione” che, al pari di altre “pre-malattie” quali la pre-osteoporosi e il pre-diabete, sembra avere il potenziale di trasformare la maggior parte della popolazione adulta del nostro pianeta da sana a malata.**

Seguendo Moynihan, proviamo a ricostruire le tappe di questa vicenda iniziata nel 2003, quando le autorità sanitarie statunitensi hanno redatto le nuove linee guida per il trattamento dell’ipertensione, istituendo una categoria, prima inesistente, in cui far ricadere i soggetti con pressione arteriosa nel range più alto della norma. La prima questione che si è posta, racconta Moynihan, è stata la scelta del nome da attribuire alla nuova entità, e già in questa fase è arrivata in soccorso la ricerca di mercato.

George Bakris, uno dei membri del comitato che ha definito la pre-ipertensione come categoria clinica, ha riferito che sono stati organizzati focus group al fine di stabilire quale delle tre possibili definizioni proposte - pressione borderline, pressione normale alta, o pre-ipertensione - avrebbe avuto maggior presa sul pubblico.

Le linee guida del 2003 affermano chiaramente che la pre-ipertensione non rappresenta un'entità patologica, bensì una nuova classificazione per i soggetti con pressione arteriosa sistolica compresa tra 120 e 139 mmHg, o diastolica compresa tra 80 e 89 mmHg[3]. Tali linee guida chiariscono anche che, per ridurre il proprio rischio, i soggetti con pre-ipertensione non necessitano di un trattamento farmacologico, ma dovrebbero innanzitutto agire modificando il proprio stile di vita.

Attualmente, però, l'industria sta tentando di penetrare anche questo mercato, potenzialmente molto vasto dato che una persona su tre potrebbe essere classificata come pre-ipertesa, e appare in questa luce legittimo il dubbio di Moynihan sul fatto che la pre-ipertensione possa non rappresentare una classificazione clinica realmente utile, ma piuttosto "una miniera d'oro globale". L'opportunità si è presentata in occasione dell'organizzazione della Conferenza internazionale sulla pre-ipertensione e la sindrome cardiometabolica, che si svolgerà a Vienna nel Febbraio del 2011. **Obiettivo della conferenza, organizzata grazie ai finanziamenti dell'industria, è quello di avviare lo sviluppo di linee guida per il trattamento farmacologico della pre-ipertensione**[4]. Secondo un primo studio condotto già nel 2006 in questo ambito, il Candesartan sarebbe infatti risultato moderatamente protettivo per lo sviluppo di ipertensione in 800 pazienti "affetti" da pre-ipertensione[5].

Sono tuttavia numerose anche le voci critiche che si stanno sollevando, all'interno della comunità scientifica internazionale, in merito a un possibile trattamento farmacologico di questa condizione, e ancor prima in merito alla definizione stessa di pre-ipertensione. Curt Furberg, professore di Salute Pubblica alla Wake-Forest University, sostiene che la pre-ipertensione non è una patologia, ma "un modo per incrementare il mercato delle industrie farmaceutiche". Anche Jay Meltzer, docente al Columbia College di New York, ritiene che la pre-ipertensione sia in realtà una pseudo-sindrome e afferma: "Queste sono persone sane che entrano nell'ambulatorio del proprio medico non sentendosi malate e si sentono dire che hanno una nuova malattia. E' indegno". Meltzer ritiene inoltre che la conferenza di Vienna sia una "un'idea orribile" in quanto potrebbe "creare un centinaio di milioni di nuovi pazienti, bersaglio di un trattamento farmacologico".

La vicenda della pre-ipertensione rappresenta quindi un eccellente studio di caso per riaprire il dibattito su quali possano essere le conseguenze di un'eccessiva vicinanza tra la professione medica e l'industria del farmaco. In primo luogo, vi è la

delicata questione della ricerca sponsorizzata da privati: sette degli undici autori dello studio del 2006 sul trattamento farmacologico della pre-ipertensione hanno infatti dichiarato molteplici legami con le compagnie farmaceutiche, e uno di essi era addirittura dipendente dell'AstraZeneca, ditta produttrice del Candesartan.

In secondo luogo, il “caso pre-ipertensione” solleva il problema dei legami finanziari degli estensori delle linee guida: in base alle dichiarazioni dei conflitti di interesse accessibili sul web, 11 dei 12 membri del comitato statunitense che nel 2003 ha creato la categoria della pre-ipertensione avevano multiple connessioni con l'industria farmaceutica[6]. Questi dati, che non rappresentano un'eccezione ma al contrario una prassi costituita, sono la conferma che i panel che elaborano linee-guida sono diventati una sorta di “concentratore” di conflitti di interesse, la cui dichiarazione e gestione spesso non è affatto ottimale.

La vicenda della pre-ipertensione si collega infine anche alla delicata e controversa questione delle pre-malattie. Numerose infatti sono le pre-condizioni - come il pre-diabete e la pre-osteoporosi - che stanno creando un notevole dibattito all'interno della comunità scientifica, in quanto hanno il potenziale di etichettare come malate persone che sarebbero in realtà meglio inquadrare come “a rischio di essere a rischio”. A questo proposito, Moynihan richiama anche il concetto di “*Surveillance Medicine*” utilizzato da David Armstrong, professore di Medicina e Sociologia al King's College di Londra. **La “*Surveillance Medicine*” ha infatti ridisegnato i confini tra salute e malattia portando alla problematizzazione del “normale”; in altre parole, essa sta ricostruendo la natura stessa di ciò che consideriamo patologico in modo tale che il problema diventa “meno la malattia di per sé, ma piuttosto uno stato di rischio semipatologico e di premalattia”[7].**

Questo riapre inevitabilmente la questione sollevata da Fiona Godlee nel suo editoriale: chi definisce cosa è malattia e cosa è normalità? Fino ad ora questo compito è stato affidato ad autorevoli professionisti, ma la sempre più stretta vicinanza tra la professione medica e l'industria del farmaco dovrebbe spingerci a domandarci se essa sia ancora in grado di svolgere al meglio tale ruolo. “Prevenire gli effetti devastanti di un infarto, di un ictus e della frattura di anca è nell'interesse di tutti; tuttavia, se il modo migliore per farlo sia medicalizzare miliardi di persone sane, etichettate con una pre-malattia, è una questione che richiede un serio dibattito all'interno di un gruppo di voci più ampio” [2]. Questa è quindi l'interessante proposta avanzata da Moynihan, e cioè la costituzione di un ampio gruppo rappresentativo in cui la società più estesa possa prendere queste decisioni in maniera indipendente, “al di fuori dalle lunghe ombre delle multinazionali del farmaco”[2].

Alice Fabbri. Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università

di Bologna

Bibliografia

1. Godlee F. Are we at risk of being at risk? *BMJ* 2010; 341:4766.
2. Moynihan R. Who benefits from treating prehypertension? *BMJ* 2010; 341:4442.
3. Chobanian A, Bakris G, Black H, et.al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
4. **Prehypertension and Cardio Metabolic Syndrome International Conference Secretariat. Sponsorship and exhibition prospectus.** [[PDF: 910 Kb](#)]
5. Julius S, Nesbitt S, Egan B, et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. *NEJM* 2006;354:1685-97.
6. National Heart, Lung, and Blood Institute. [Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure \(JNC 7\). Conflicts of interest: financial disclosure.](#)
7. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn* 1995;17:393-404.