Ipertensione arteriosa: quale target di trattamento?

Data 14 maggio 2026
Categoria cardiovascolare

Un editoriale esamina il problema del target pressorio nel paziente iperteso.

Su American Family Physician Journal è stato pubblicato un interessante editoriale che tratta un argomento molto importante: quale dovrebbe essere il target pressorio da raggiungere nel paziente iperteso?
Gli autori riportano una tabella che mostra come le linee guida elaborate in ambito di cure primarie o multidisciplinari prevedano in genere un target di pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg, mentre quelle specialistiche sono più aggressive, con un target inferiore a 130/80 mmHg.

Questa maggiore aggressività deriva da due studi, il trial SPRINT e il trial BPROAD. In entrambi i casi si è visto che raggiungere target più ambiziosi di pressione comportava benefici clinici. Per esempio nello SPRINT il gruppo in trattamento aggressivo aveva una minore probabilità di decesso da qualsiasi causa (NNT = 83 in poco più di 3 anni). Nel PBROAD, in cui erano arruolati solo pazienti con diabete, il trattamento intensivo riduceva gli esiti cardiovascolari, anche se l'entità era piccola: meno 3 eventi ogni 1000 anni-persona. In pratica vuol dire meno 3 eventi ogni 1000 persone seguite e trattate per un anno oppure meno 3 eventi per 333 persone in 3 anni (NNT = 111 per 3 anni).

Tuttavia, nota l'editoriale, va considerato che il trattamento intensivo comporta anche degli effetti collaterali: ipotensione, sincope, anomalie elettrolitiche, insufficienza renale acuta, effetti chiaramente dimostrati nello studio SPRINT.

Ma si fa notare un altro punto che a nostro avviso è fondamentale e che riguarda le modalità con cui veniva misurata la pressione nei due studi (cosa, tra l'altro, che abbiamo sottolineato anche noi a suo tempo nel commentare lo SPRINT): il paziente era lasciato da solo per 5 minuti, poi veniva misurata automaticamente la pressione per 3 volte con un bracciale automatico con un intervallo di 60 secondi tra una misurazione e l'altra. Una prtocedura che richiederebbe circa 10 - 12 minuti a paziente, quindi praticamente irrealizzabile nell'attività giornaliera.
Qualsiasi medico pratico sa bene che le modalità con cui viene misurata la pressione in ambulatorio è molto diversa. Secondo l'editoriale un valore di PA di 140/90 misurato dal medico corrisponde grosso modo a 130/80 mmHg se misurato secondo il protocollo SPRINT. Su questo punto concordiamo in toto per averlo più volte sperimentato di persona.
A questa difficoltà si potrebbe ovviare ricorrendo all'automisurazione domiciliare che però, a sua volta, presenta criticità come ad esempio la capacità del paziente di eseguire misurazioni corrette, l'uso di apparecchi omologati e di qualità, uan adeguata compliance del paziente, affidabilità nella registrazione dei risultati.
Per ultimo l'editoriale ricorda una revisione Cochrane del 2020 che concludeva che arrivare a target pressori inferiori a 140/90 mmHg non porta a benefici superiori ai rischi.

Quindi che fare?

La nostra convinzione è che si possa anche cercare un target ambizioso, inferiore a 130/80, purchè siano soddisfatte alcune condizioni: il paziente tolleri bene il trattamento più aggressivo, non presenti effetti collaterali pericolosi (ad esempio vertigini, sincope e cadute, anomalie elettrolitiche), non abbia fragilità cliniche e/o un'aspettativa di vita limitata. In tutti i casi, come suggerisce l'editoriale, la PA dovrebbe esse misurata secondo i protocolli dei due studi citati.

RenatoRossi

Bibliografia

Ebell MH, Slawson DC. BP Target Should Be a Shared Decision That Balances Benefits and Harms
Am Fam Physician. 2025 December;112(6):598-599.