Target pressorio tra certezze e confutazioni

Data 19 novembre 2026
Categoria cardiovascolare

La gestione dei valori pressori nei pazienti cronici rappresenta uno dei campi in cui il clinico si sente più spesso sospeso tra l'ambizione di una protezione cardiovascolare aggressiva e il timore di arrecare danno . I risultati dei trial clinici, lungi dal tracciare dogmi definitivi, confermano la natura dinamica e in continua evoluzione della medicina basata sulle evidenze. Due recenti studi clinici paralleli (OPTIMAL-STROKE e OPTIMAL-DIABETES), pubblicati sul New England Journal of Medicine, offrono spunti di riflessione fondamentali per la pratica clinica quotidiana.

Sintesi dei due studi: OPTIMAL-STROKE e OPTIMAL-DIABETES

Entrambi gli studi hanno randomizzato i pazienti a un braccio di trattamento intensivo (target di pressione arteriosa sistolica inferiore a 120 mm Hg) versus un trattamento standard (target inferiore a 140 mm Hg), ottenendo differenze pressorie stabili di circa 13-14 mm Hg tra i gruppi.

OPTIMAL-STROKE ha arruolato oltre 4.300 pazienti con precedente ictus o TIA. La strategia intensiva ha dimostrato una riduzione del rischio relativo statisticamente significativa del 21,6% per l'esito primario composito (morte cardiovascolare, infarto non fatale, ictus o ospedalizzazione per angina instabile/insufficienza cardiaca; P=0,007). Il beneficio si è tradotto in una protezione netta soprattutto sui tassi di recidiva di ictus e sulla patologia coronarica, a fronte di un modesto incremento di farmaci prescritti (in media 3 contro 2,2).

OPTIMAL-DIABETES ha reclutato quasi 9.500 pazienti con diabete di tipo 2. Non sono emerse differenze statisticamente significative sull'endpoint primario tra il target intensivo e quello standard (6% versus 6,7%; P = 0,2). Sebbene si sia osservato un trend favorevole per la riduzione degli ictus isolati, dall'altro lato è emerso un segnale di cautela per quanto riguarda le ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca e, in entrambi i trial, un incremento di complicanze renali di tipo biochimico (riduzione sostenuta dell'eGFR). Un follow-up più prolungato potrebbe mostrare benefici del trattamento intensivo? Forse, ma rimane una tesi da dimostrare, così come si può ipotesi una conferma dei risultati o addiruttura peggiori esiti rispetto al trattamento standard.

Il contributo della Cochrane e il confronto nel diabete (ACCORD, BPROAD e OPTIMAL-DIABETES)

Il quadro nel diabete di tipo 2 appare frammentato. Una nota e rigorosa revisione sistematica Cochrane (incentrata sull'analisi di studi randomizzati controllati) era giunta alla conclusione che i target pressori aggressivi o inferiori ai valori standard nei pazienti diabetici non mostrassero vantaggi significativi sulla mortalità totale o sugli eventi maggiori rispetto a un target standard (attorno o inferiore a 140 mm Hg), evidenziando per contro un incremento degli eventi avversi seri e dei tassi di ipotensione o danno renale .

Lo studio ACCORD-BP (2010) non aveva evidenziato benefici significativi sul target intensivo (<120 mm Hg) in termini di eventi cardiovascolari maggiori.
Al contrario il trial BPROAD (2024 - Cina), condotto su una popolazione asiatica, ha invece riportato un esito favorevole alla riduzione intensiva della pressione, trainato in gran parte dalla massiccia riduzione degli ictus.
Lo studio OPTIMAL-DIABETES (2026), con una popolazione di tipo occidentale/brasiliano (più vicina per profilo di rischio a quella di ACCORD), restituisce un profilo neutro.

L'assenza di meta-analisi aggiornate capaci di armonizzare in modo inequivocabile queste eterogeneità geografiche ed etniche impone molta cautela nell'estrapolare un unico dogma terapeutico di classe.

Indicazioni pratiche per il medico di medicina generale e lo specialista

Alla luce di queste evidenze per il momento ancora in divenire, riteniamo che la strategia clinica debba differenziarsi nettamente a seconda della popolazione di fronte alla quale ci troviamo. Ad esempio nei pazienti con anamnesi di ictus o TIA, l'obiettivo di una pressione sistolica inferiore a 120 mm Hg trova oggi un solido supporto di efficacia cardiovascolare. Tuttavia, il dato numerico va rigorosamente personalizzato. È d'obbligo cucire la terapia addosso al singolo paziente, valutando attentamente l'aspettativa di vita, la fragilità, la tollerabilità ortostatica, il rischio di cadute e la funzionalità renale, evitando eccessi in soggetti con estesa patologia carotidea severa o scarsamente tolleranti.
Nei pazienti con diabete (senza pregressi eventi maggiori) i dati contrastanti (dalla vecchia posizione Cochrane ai risultati altalenanti tra ACCORD, BPROAD e la recente neutralità di OPTIMAL-DIABETES) consigliano molta prudenza. In linea generale un target on-treatment inferiore a 130/80 mm Hg (se perseguibile in sicurezza per il singolo individuo)

può essere ragionevole per molti diabetici, riservando la spinta intensiva sotto i 120 mm Hg solo a ristretti sottogruppi ad altissimo rischio cardiovascolare o con complicanze specifiche. Per la popolazione generale diabetica, insistere su target troppo aggressivi potrebbe non portare a vantaggi schiaccianti e, al contrario, esporre a un incremento misurabile di eventi avversi renali.

Conclusioni

La ricerca clinica conferma la lezione popperiana: ogni studio non fa emergere "la verità" dogmatica, ma corregge il tiro, demolendo le generalizzazioni e imponendo un modello di cura sartoriale. L'errore clinico più grande sarebbe interpretare l'assenza di benefici nello studio OPTIMAL-DIABETES come un invito all'inerzia terapeutica, così come sarebbe un errore applicare ciecamente il target dei 120 mm Hg a ogni paziente diabetico fragile o anziano.
Nel dubbio, finché la letteratura non produrrà meta-analisi aggiornate e dati a lungo termine definitivi sul bilancio netto tra protezione vascolare e tossicità renale, il buon senso clinico raccomanda di attenersi ai target validati dalle linee guida (come il target <130/80 mmHg raccomandato dall'ADA per la maggior parte dei diabetici), riservando la terapia aggressiva solo a chi potrebbe trarne un beneficio netto documentato.

RenatoRossi

Bibliografia

1. https://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=8932

2. Sampaio Silva G, Machline-Carrion MJ, Santo K, Brainer Clares de Andrade J, Martins E, Guimarães PO, Monfardini F, Nieri J, Assis SRL, Martins SCO, Pontes Neto OM, Feitosa ADM, Moro CHC, Fuchs SC, Gagliardi R, Silvestre O, Silva RP, Antunes M, Rocha EC, Minelli C, Maia LN, Bortolotto LA, Sousa MG, Drager LF, Bazan R, Vilela-Martin JF, Oliveira-Filho J, Zétola VF, Avelar W, Carbonera LA, Braga GP, Conforto AB, Tavares CAM, Lima FO, Martins GL, Rebello LC, Rodgers A, Whelton PK, Fuchs FD, Berwanger O; OPTIMAL-STROKE Trial Investigators. Intensive Blood-Pressure Control in Patients with Previous Ischemic Stroke. N Engl J Med. 2026 Nov 7. doi: 10.1056/NEJMoa2612924. Epub ahead of print. PMID: 43001741.

3. Santo K, Martins E, Silva GS, Guimarães PO, Tavares CAM, Andrade JB, Monfardini F, Nieri J, Assis SRL, Felício JS, Silveira FS, Silveira MS, Feitosa ADM, Hissa MN, Sobral-Filho DC, Vilela-Martin JF, Cestario EES, Yugar-Toledo JC, Batista MC, Rassi N, Gomes MAM, Bergo RR, Geloneze B, Mill JG, Nigro-Maia L, Sousa MG, Hernandes ME, Turatti L, Brandão AA, Barroso WS, Sposito AC, Drager LF, Bortolotto LA, Franken M, Lemos PA, Santos RD, Fuchs SC, Rodgers A, Whelton PK, Fuchs FD, Berwanger O; OPTIMAL-DIABETES Trial Investigators. Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2026 Nov 7. doi: 10.1056/NEJMoa2612922. Epub ahead of print. PMID: 43001746.

4. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 30;2013(10):CD008277. doi: 10.1002/14651858.CD008277.pub2. PMID: 24170669; PMCID:PMC11365096.