Linee guida 2025 sull'ipertensione

Data 19 ottobre 2025
Categoria cardiovascolare

Sono state pubblicate da parte dell'AHA e dell'ACC le nuove linee guida sull'ipertensione che aggiornano quelle precedenti del 2017.

L'American Heart Association e l'American College of Cardiology, insieme a numerose altre società professionali, hanno pubblicato nuove linee guida sull'ipertensione. Si tratta di un aggiornamento delle linee guida pubblicate nel 2017. Di seguito una sintesi dei punti più interessanti.

1. Il medico deve procedere ad una misurazione accurata della pressione arteriosa, secondo parametri ormai codificati.

2. Monitoraggio domiciliare della PA. Le linee guida sottolineano l'importanza, insieme alla misurazione Holter 24/ore, anche del monitoraggio domiciliare da parte del paziente. Tuttavia i dispositivi che misurano la PA senza bracciale non sono al momento abbastanza affidabili.

3. La decisione se iniziare una terapia farmacologica deve basarsi non solo sui valori della PA ma anche sul rischio cardiovascolare globale calcolato con lo score PREVENT. Lo score PREVENT (disponibile qui: https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-risk-calculator/prevent-calculator) è stato messo a punto nel 2024 dall'American Heart Association.
Variabili incluse: età, sesso, pressione arteriosa, colesterolo, diabete, fumo, funzione renale (eGFR),
determinanti sociali di salute (es. livello socioeconomico, accesso alle cure, ecc.).
Eventi considerati: infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, malattia renale cronica, mortalità cardiovascolare
Deriva da dati più recenti e da popolazioni più diversificate e si ritiene sia meno propenso s sovrastimare il rischio rispetto a calcolatori precedenti.
Potenziale limite: potrebbe portare a meno persone candidate a terapia (per esempio statine o antipertensivi), con il rischio di sottotrattamento.
Con questo score è possibile calcolare il CVD (malattie cardiovascolari = ASCVD + scompenso cardiaco), l'ASCVD (malattia cardiovascolare aterosclerotica = infarto, ictus, coronaropatia fatale) e HF (scompenso cardaico).

4. Algoritmo operativo. Le linee guida forniscono un algoritmo operativo molto utile che qui riassumiamo.

a) Classificazione della PA
Normale: PAS < 130 e PAD < 80 → continuare monitoraggio e stile di vita.
Elevata / Stadio 1: PAS 130–139 o PAD 80–89
Stadio 2: PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90

b) Valutazione del rischio cardiovascolare globale (PREVENT)
Per i pazienti con stadio 1, calcolare rischio a 10 anni con PREVENT.
Rischio < 7,5% → modifiche dello stile di vita (dieta, esercizio, riduzione sale, fumo).
Rischio ≥ 7,5% → considerare farmaci antipertensivi oltre lo stile di vita.

c) Terapia farmacologica
Nei pazienti con stadio 2 o rischio alto → iniziare farmaco. Preferibile pillola combinata (due farmaci in una compressa) per migliorare l'aderenza. Monitorare risposta e aggiustare dose/regime secondo necessità.

d) Monitoraggio e follow-up
Controlli regolari in ambulatorio e monitoraggio domiciliare.
Educare il paziente a valutare la media della PA nel tempo, non i valori singoli.

e) Denervazione renale
Considerata sperimentale: non raccomandata come terapia di routine.
Alcuni studi hanno mostrato una riduzione significativa, ma modesta (3-5 mmHg) della PAS ambulatoriale a 24 ore rispetto allo sham, altri hanno deto risultati negativi. Inoltre gli studi hanno avuto follow-up brevi e mancano dati sugli esiti cardiovascolari. La RDN non deve essere considerata una terapia curativa né un sostituto completo dei farmaci antipertensivi.
plificazioni eccessive

5. Terapia famacologica. Le linee guida stabiliscono una gerarchia di farmaci da utilizzare in base all'efficacia, alla sicurezza e alle caratteristiche del paziente. Questa gerarchia è suddivisa in "linee" terapeutiche:

a) Prima linea: Diuretici tiazidici (es. idroclorotiazide, clortalidone), ACE-inibitori (es. enalapril, lisinopril, ramipril, ecc.),

ARB (sartani) (es. losartan, valsartan, irbe3sartan, ecc.), Calcio-antagonisti (dihydropyridine, es. amlodipina)
Tutti questi farmaci possono essere usati come monoterapia iniziale in stadio 1 se necessario o in combinazione in stadio 2. La scelta dipende da comorbidità, tolleranza, età, razza (anche se PREVENT non usa più razza come variabile dirischio).

b) Seconda linea / combinazioni
Combinazioni in singola pillola (ACEi + diuretico, ARB + diuretico, ACEi/ARB + calcio-antagonista): raccomandate in stadio 2 o quando serve un controllo più rapido ed efficiente, migliorano aderenza e controllo della pressione.

c) Altri farmaci / terapie aggiuntive:
Beta-bloccanti: non più farmaco di prima linea generale, ma indicati in specifiche condizioni (es. cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, aritmie).
Alfabloccanti, alfa-agonisti centrali, vasodilatatori: riservati a casi particolari o terapie di “salvataggio”.

d) Il controllo dello stile di vita rimane imprescindibile (attività fisica regolare, dieta DASH o mediterranea, abolizione del fumo, riduzione del sale).

Che dire? Un aspetto centrale di queste nuove linee guida è l'introduzione dello score PREVENT, uno strumento più aggiornato e preciso per calcolare il rischio cardiovascolare a 10 anni. A differenza dei precedenti calcolatori, PREVENT considera una gamma più ampia di fattori, inclusi i determinanti sociali di salute, come l'accesso alle cure e il livello socioeconomico. Questo approccio riconosce che il rischio non dipende solo da fattori biologici, ma anche dal contesto di vita del paziente. L'uso di questo score diventa cruciale per i pazienti con ipertensione di Stadio 1. Per questi pazienti, la decisione di iniziare una terapia farmacologica non è più automatica, ma dipende dal rischio calcolato: ae il rischio è inferiore al 7,5%, l'attenzione si concentra sulle modifiche dello stile di vita, con l'obiettivo di evitare un trattamento farmacologico non necessario; se il rischio è uguale o superiore al 7,5%, si prende in considerazione l'avvio della terapia farmacologica, sempre in combinazione con un adeguato stile di vita.
Invece per i pazienti con ipertensione di Stadio 2 (pressione sistolica ≥ 140 mmHg o diastolica ≥ 90 mmHg), l'indicazione è di iniziare subito il trattamento farmacologico, spesso con una pillola combinata per migliorare l'aderenza e l'efficacia.
Le linee guida confermano anche l'importanza del monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa da parte del paziente, complementare alla misurazione in studio o con Holter 24 ore. L'accurata misurazione e la valutazione della media dei valori nel tempo, piuttosto che dei singoli picchi, sono considerate fondamentali.
In conclusione queste linee guida tentano un approccio personalizzato: il focus si sposta da una terapia basata solo sui valori pressori a una decisione guidata dal rischio globale del paziente. Lo score PREVENT permette di identificare con maggiore precisione chi beneficia di una terapia e chi può essere gestito con solo cambiamenti dello stile di vita. Questo potrebbe portare però a un minor numero di persone candidate alla terapia, un aspetto che dovrà essere monitorato per evitare il rischio di sottotrattamento.

RenatoRossi

Bibliografia

Jones DW et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology. Pubblicato il 14 agosto 2025.
DOI:10.1016/j.jacc.2025.05.007