- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Tue, 20 Jan 2026, 03:37:50

Corrispondenza

All'Editor. La lettura e l'analisi delle ultime linee guida 2007 per il trattamento dell'ipertensione arteriosa[1] ma, soprattutto, la loro applicazione in questi primi mesi dalla loro pubblicazione, portano a proporre alcune riflessioni sia di carattere culturale sia di carattere strettamente organizzativo.

Innanzitutto occorre dire che è stato sensibilmente rinforzato l'accento sul concetto di rischio globale e di danno d'organo. Testualmente è stato scritto *"Poiché il danno d'organo subclinico ha rilevanza fisiopatologica nello sviluppo di eventi e nella determinazione del rischio cardiovascolare, in clinica è necessario effettuarne un'accurata ricerca"*.

In un confronto con le linee guida del 2003[2], volendone estrapolare le differenze sostanziali, salta all'occhio una regola che potremmo definire *"la regola del cinque"*.

È storicamente noto, infatti, che i bersagli da colpire sono *cinque*: il cuore, il sistema vascolare, il rene, la retina e l'encefalo. Ma anche *cinque* sono i valori soglia di pressione arteriosa che oggi vengono considerati:
- 140/90 mmHg per la misurazione clinica,
- 125-130/80 mmHg per il monitoraggio ambulatoriale delle 24 h,
- 130-135/85 mmHg per il periodo diurno,
- 120/70 mmHg per il periodo notturno,
- 130-135/85 mmHg per la misurazione domiciliare,

laddove la differenziazione tra periodo diurno e notturno non era considerata nel 2003.

In fase diagnostica, in parallelo ai test di routine nel contesto dei quali sono stati inseriti colesterolemia LDL, funzionalità renale valutata con la formula di Cockroft-Gault e microalbuminuria un tempo indicata solo per i diabetici, *cinque* sono i test raccomandati per una corretta definizione del rischio globale:
- il test di tolleranza al glucosio,
- la misurazione della distensibilità arteriosa,
- la misurazione dell'indice caviglia-braccio,
- l'esame del fundus oculi,
- la valutazione dei valori di pressione arteriosa sia attraverso il monitoraggio ambulatoriale delle 24 h sia mediante l'automisurazione.

Infine, volendo riassumere la "filosofia" delle citate linee guida, *cinque* sono i messaggi che ci vengono inviati:
- non si può e non si deve prescindere da una precisa stratificazione globale del rischio cardiovascolare;
- la microalbuminuria deve comunque essere considerata in tutti i pazienti ipertesi senza macroproteinuria;
- occorre valutare i parametri di rigidità arteriosa: a tale proposito è stato evidenziato il ruolo dell'indice caviglia-braccio, un indice semplice, attuabile in qualsiasi ambulatorio e che, a fronte della sua semplicità di esecuzione, è in grado di fornire importanti segnali prognostici;
- occorre inquadrare e trattare quella entità che è la sindrome metabolica;
- il medico, e di riflesso il paziente, devono entrare nell'ottica che le associazioni terapeutiche sono da usare senza remore allo scopo di raggiungere il vero obiettivo che è la riduzione dei valori pressori, unico fondamentale elemento da cui dipende la prognosi del paziente iperteso indipendentemente dal come si raggiunge tale obiettivo.

Attuare un siffatto programma comporta inevitabilmente un forte impegno in termini di strutture, uomini e mezzi in prima istanza economici: un impegno che non può e non deve essere sottovalutato da quelle autorità che sono preposte alle attività organizzative e direttive, qualunque sia il livello che si consideri, un impegno comunque giustificato dal forte impatto epidemiologico e prognostico che l'ipertensione riveste in termini di mortalità e disabilità.

I dati ISTAT diffusi dal Ministero della Salute nel 2007 indicano che il 13.6% della popolazione soffre di ipertensione arteriosa, percentuali che oltre i 65 anni salgono al 40.5% contro il 36.5% registrato 5 anni fa. I dati aggiornati al febbraio 2003 indicavano ancora una incidenza annuale di 186 000 nuovi casi di ictus, di cui il 30% con sequele gravemente disabilitanti, laddove l'ipertensione gioca un ruolo per il 40% degli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Tue, 20 Jan 2026, 03:37:50

eventi[3]; così come dallo studio INTERHEART[4] emerge che l'ipertensione comporta un "peso" del 22% sull'insorgenza della malattia coronarica acuta.

In realtà l'abolizione del day-hospital diagnostico, oggi sostituito dall'attività di day-service che per la sua strutturazione inevitabilmente implica un contributo economico da parte del paziente, anche per quest'ultimo motivo, viene a privare da un lato il medico di uno strumento culturale che consente lo sviluppo di strategie scientifiche-diagnostiche-terapeutiche e dall'altro il cittadino di un punto di riferimento per lo screening e il successivo follow-up.

Per quanto detto, appaiono, a nostro avviso, proponibili due strategie destinate ad intersecarsi:

• che si riconsideri una soluzione intermedia che preveda un day-hospital "economicamente integrato" da parte dell'utenza con una quota monetaria sicuramente più modesta di quella attuale;

• che anche le Società Scientifiche che rappresentano i diversi gruppi di medici ospedalieri e del territorio si prendano carico di trasmettere tale indiscutibile, positivo messaggio di prevenzione.

Fabio Magrini, Ferdinando Massari
U.O. di Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare
Ospedale Maggiore Policlinico
Fondazione IRCCS di Milano

Bibliografia

1. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25: 1105-87.
2. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011-53.
3. Pianeta Sanità: stato di salute dei cittadini e ricorso ai servizi sanitari. I principali risultati dell'indagine ISTAT, ritratto della sanità italiana. http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=386&sub=1&lang=it.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.