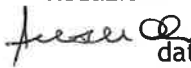


SOMMARIO

1. Modalità operative
 - 1.1 Valutazione clinica
 - 1.2 Trattamento
 - 1.3 Follow up
2. Riferimenti

Redazione Firma  data 10/11/25	Verifica Firma  data 18/11/25	Approvazione Firma  data 24/11/25
--	---	---

1. MODALITA' OPERATIVE

1.1 VALUTAZIONE CLINICA

La valutazione clinica e di laboratorio del paziente iperteso dovrebbe essere condotta tenendo in considerazione quattro obiettivi:

- A. confermare che esista un aumento cronico della pressione arteriosa e determinarne l'entità;
- B. escludere o identificare cause secondarie di ipertensione;
- C. determinare la presenza di danno d'organo e quantificarne la gravità;
- D. identificare la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare e di condizioni che potrebbero influenzare la prognosi ed il trattamento.

Anamnesi Patologica

E' fondamentale raccogliere un'anamnesi patologica completa che dovrebbe stabilire:

- se vi sia familiarità per ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, cardiopatia coronaria, ictus o nefropatie;
- la durata ed il grado di ipertensione nel passato;
- la presenza nel passato o i sintomi attuali di patologie concomitanti significative;
- i sintomi suggestivi di possibili cause secondarie di ipertensione;
- una valutazione attenta delle abitudini di vita tracci il consumo alimentare di sale, grassi e alcool, il numero delle sigarette fumate, il grado di attività fisica, i dati sull'incremento ponderale;
- l'uso di farmaci o di sostanze che possono aumentare la pressione arteriosa (contraccettivi orali, antinfiammatori non steroidei, liquirizia, cocaina, anfetamine);
- i fattori individuali, psicosociali e ambientali che potrebbero influenzare il decorso e il risultato della terapia antiipertensiva tra cui la situazione familiare, l'ambiente di lavoro e il substrato culturale del paziente.

Esame obiettivo

Un esame obiettivo completo è di importanza fondamentale. Esso dovrà comprendere la misurazione attenta della pressione arteriosa; dovrà inoltre comprendere:

- la misurazione del peso e dell'altezza ed il calcolo dell'indice di massa corporea;
- l'esame del sistema cardiovascolare;
- l'esame obiettivo dei campi polmonari e dell'addome;
- lo studio del fondo dell'occhio e del sistema nervoso.

Esami di laboratorio

- Esami ematochimici di routine con particolare attenzione alla potassiemia, creatininemia, glicemia a digiuno ed all'assetto lipidico.
- Esame completo dell'urina con particolare attenzione alla presenza di sangue, proteine e glucosio.
- Elettrocardiogramma

Tali indagini si possono completare in base a quanto emerge dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e dagli altri esami di laboratorio con:

- dosaggio dell'uricemia, della renina plasmatica, dell'aldosterone plasmatico e delle catecolamine urinarie;
- ecocardiogramma per escludere o accertare la presenza di danno d'organo e/o ipertrofia ventricolare sinistra o altre malattie cardiache;
- ecodoppler dei vari distretti vascolari;
- ecografia renale se si sospetta una nefropatia.

Stratificazione dei pazienti in base al rischio cardiovascolare assoluto

La decisione di trattare i pazienti con ipertensione non dovrebbe basarsi soltanto sul livello della pressione arteriosa, ma anche sulla presenza di altri fattori di rischio, di malattie concomitanti (es. diabete), di danno d'organo, di malattie cardiovascolari o renali, nonché di caratteristiche o elementi personali, medici e sociali inerenti il paziente.

GRUPPO A BASSO RISCHIO: meno del 15% di probabilità di contrarre eventi patologici cardiovascolari nei successivi 10 anni.

GRUPPO A MEDIO RISCHIO: 15-20% di probabilità di contrarre eventi patologici cardiovascolari nei successivi 10 anni.

GRUPPO A RISCHIO ELEVATO: 20-30% di probabilità di contrarre eventi patologici cardiovascolari nei successivi 10 anni.

GRUPPO A RISCHIO MOLTO ELEVATO: più del 30% di probabilità di contrarre eventi patologici cardiovascolari nei successivi 10 anni.

1.2 TRATTAMENTO

Scopo primario del trattamento del paziente con elevata pressione arteriosa è di raggiungere la massima riduzione del rischio globale di morbidità e di mortalità cardiovascolari. Ciò richiede.

- A. la correzione di tutti i fattori di rischio reversibili che sono stati identificati quali il fumo di sigaretta, l'ipercolesterolemia ed il diabete;
- B. la cura specifica delle patologie concomitanti;
- C. il trattamento dell'aumentata pressione arteriosa.

Dal momento che la relazione tra rischio cardiovascolare e pressione arteriosa è continua, l'obiettivo della terapia antiipertensiva è di ricondurre la pressione arteriosa a livelli definiti come "normali od ottimali".

Sarebbe dunque auspicabile raggiungere pressioni arteriose ottimali o normali nei giovani, nei soggetti di mezza età o nei diabetici (e cioè inferiori a 130/85 mmHg).

Sarebbe anche auspicabile raggiungere almeno pressioni normali-alte nei pazienti anziani (e cioè inferiori a 140/90 mmHg)

Strategie terapeutiche

Il piano terapeutico dovrà prendere in considerazione:

- il monitoraggio della pressione arteriosa e degli altri fattori di rischio;
- le modificazioni dello stile di vita atte a ridurre la pressione arteriosa e a controllare gli altri fattori di rischio;
- la terapia farmacologica necessaria a ridurre la pressione arteriosa e a controllare gli altri fattori di rischio e le patologie concomitanti.

Le *modificazioni dello stile di vita* andranno implementate (ove indicato) in tutti i pazienti compresi coloro che necessitano di una terapia farmacologica.

Tali modificazioni devono essere istituite nel contesto di un programma strutturato, specifico per ogni paziente che comprenda il contatto frequente con il personale

sanitario competente.

Le modificazioni dello stile di vita in grado di ridurre la pressione arteriosa sono:

- l'abolizione del fumo di sigaretta;
- la riduzione del peso corporeo;
- la riduzione di un eccessivo uso di sale
- la riduzione del consumo eccessivo di alcool;
- l'aumento dell'attività fisica;

Trattamento farmacologico

Le classi di farmaci più usate nel mondo per ridurre la pressione arteriosa sono:

- i diuretici;
- i α -bloccanti;
- i calcio-antagonisti;
- gli ACE-inibitori;
- gli antagonisti dell'angiotensina II;
- bloccanti α -adrenergici.

I principi che devono regolare l'impiego dei farmaci antiipertensivi sono i seguenti:

- impiego di farmaci a bassi dosaggi per la terapia iniziale;
- impiego di combinazioni di farmaci per massimizzare l'efficacia ipotensiva e minimizzare gli effetti collaterali;
- passare ad una differente classe di farmaci in caso di scarsa risposta antiipertensiva o di scarsa tollerabilità del primo farmaco impiegato;
- impiego di farmaci a lunga durata d'azione che offrono un'efficacia per 24 ore con un'unica somministrazione giornaliera.

Terapia farmacologica iniziale

Per i pazienti a rischio elevato o molto elevato la terapia farmacologica dovrà essere istituita nell'arco di pochi giorni.

Per i pazienti a rischi basso o medio l'inizio della terapia farmacologica dovrà essere deciso in funzione di:

- accordo del paziente sulla strategia da intraprendere;
- entità della riduzione della pressione arteriosa con le modificazioni dello stile di vita;
- entità del controllo degli altri fattori di rischio.

Nei pazienti a medio rischio sarà preferibile procedere per 3 mesi con una strategia basata sulle modificazioni dello stile di vita prima di prendere in considerazione la terapia farmacologica.

Nei pazienti a basso rischio le modificazioni dello stile di vita dovranno essere osservate per almeno 6 mesi prima di prendere in considerazione la terapia farmacologica.

Scelta del farmaco antiipertensivo

Tutte le classi di farmaci attualmente disponibili possono essere impiegate per iniziare e proseguire nel tempo la terapia antiipertensiva.

I fattori da considerare nella scelta dello specifico farmaco sono i seguenti:

- profilo di rischio cardiovascolare di un determinato paziente;
- presenza o meno di danno d'organo, di patologie cardiovascolari, di patologie renali o di diabete;
- presenza di altre patologie che possono sconsigliare o favorire l'impiego di specifiche classi di farmaci;
- diversità della risposta individuale a farmaci di diverse classi;
- possibile interazione con altri farmaci utilizzati per curare altre patologie concomitanti;
- evidenza di una riduzione del rischio cardiovascolare con l'impiego della classe farmacologica scelta.

Si dovrebbe decidere in merito allo specifico farmaco da prescrivere solo dopo aver considerato questi fattori nel loro insieme e aver in ogni caso rispettato le preferenze del paziente.

Farmaci antiipertensivi a disposizione nell'armadio farmaceutico della Casa di Cura

Diuretici: CLORTALIDONE, FUROSEMIDE, SPIRONOLATTONE, CANREONATO DI POTASSIO

-bloccanti: PROPANOLOLO, ATENOLOLO, NEBIVOLOLO, LABETALOLO

Calcio-antagonisti: AMLODIPINA, FELODIPINA, NIFEDIPINA, NIMODIPINA, LACIDIPINA, VERAPAMIL, DILTIAZEM.

ACE-inibitori: ENALAPRIL, PERINDOPRIL, QUINAPRIL, ENALAPRIL + IDROCLOROTIAZIDE, QUINAPRIL + IDROCLOROTIAZIDE.

Antagonisti dell'angiotensina II: LOSARTAN.

Bloccanti α -adrenergici: DOXAZOSIN, URADIPIL, TERAZOSINA.

Istruzione del paziente ed aderenza al trattamento

Dovendo il trattamento antiipertensivo durare per tutta la vita, un buon rapporto tra medico e paziente costituisce il cardine del successo del trattamento stesso. Una buona informazione sia sulla pressione arteriosa che sull'elevazione dei valori pressori (rischi ad essa connessi, prognosi, benefici che ci si può attendere dal trattamento, possibili effetti collaterali del trattamento stesso, ecc.) rappresenta un elemento di importanza cruciale per ottenere un controllo della pressione lungo tutto il corso della vita.

Uno dei modi migliori per aumentare l'aderenza del paziente alla terapia è quello di coinvolgere il paziente nelle decisioni riguardanti la strategia terapeutica.

Infine misure utili a questo scopo sono rappresentate dalla misurazione domiciliare della pressione arteriosa e dal coinvolgimento del nucleo familiare del paziente nella strategia terapeutica.

1.3 FOLLOW UP

Le visite ambulatoriali e gli esami di controllo saranno stabiliti dal Medico curante secondo la classe di rischio del paziente ed i valori pressori riscontrati nelle periodiche misurazioni.

2. RIFERIMENTI

Linee Guida ESC 2024 Per la Gestione della Pressione Arteriosa Elevata e dell'ipertensione, G ITAL CARDIOL 2024; 25 (11 SUPPL 1): e 1-107