



DIABETE OGGI

prevenzione e cura al centro
del cambiamento

Latina, 7 giugno 2025

Ipertensione e nuove linee guida: tra combinazioni e target personalizzati

Ilaria Malandrucchio

Dirigente Medico

*UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche
Ospedale F. Spaziani, ASL Frosinone*

ilaria.malandrullo@aslfrosinone.it



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

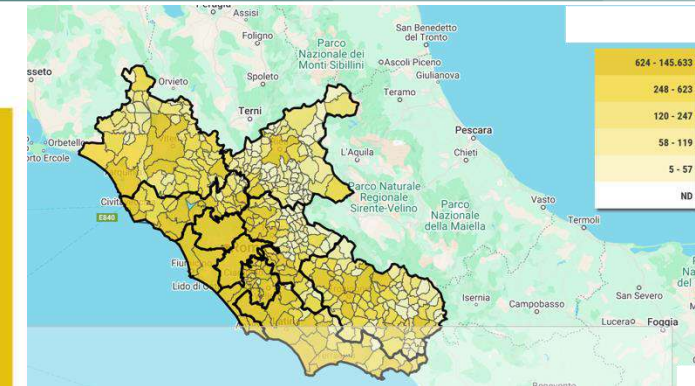
ASL
FROSINONE

Il /la dr./sa Ilaria Malandrucchio dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:
Eli Lilly

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).

L'IPERTENSIONE...*nel Lazio*

NUMERO DI PERSONE CON IPERTENSIONE



Ipotiroidismo e Tiroidite di Hashimoto
359.896

Diabete (tipo 2)
327.605

Miocardipatia aritmica
150.542

BPCO
131.942

Vasculopatia
cerebrale
79.878

Cirrosi
epatica o
Epatite
45.677

Vasculopatia
arteriosa
42.088

IBD
36.079

Ipercolesterolemia
401.180

Cardiopatia ischemica
135.702

Parkinson e
Parkinsonismi
26.604

L'IPERTENSIONE...*nel Lazio*

NUMERO DI PERSONE CON IPERTENSIONE

Ipercolesterolemia
401.180

Ipercolesterolemia
401.180

Ipotiroidismo e Tiroidite di Hashimoto
359.896

Diabete (tipo 2)
327.605

Miocardipatia aritmica
150.542

BPCO
131.942

Cardiopatia ischemica
135.702

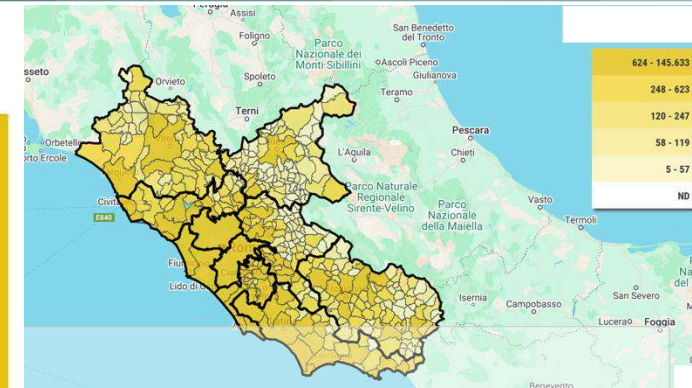
Vasculopatia
cerebrale
79.878

Cirrosi
epatica o
Epatite
45.677

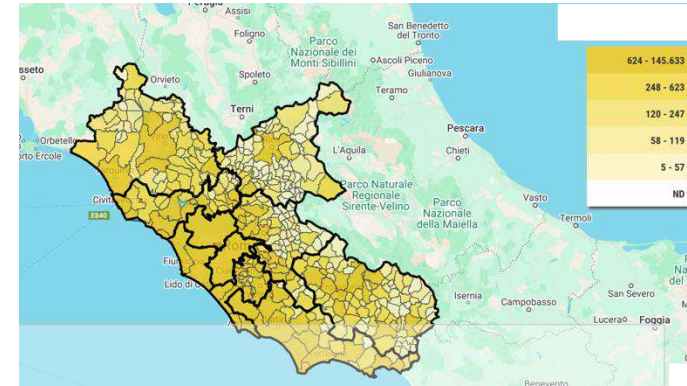
Vasculopatia
arteriosa
42.088

IBD
36.079

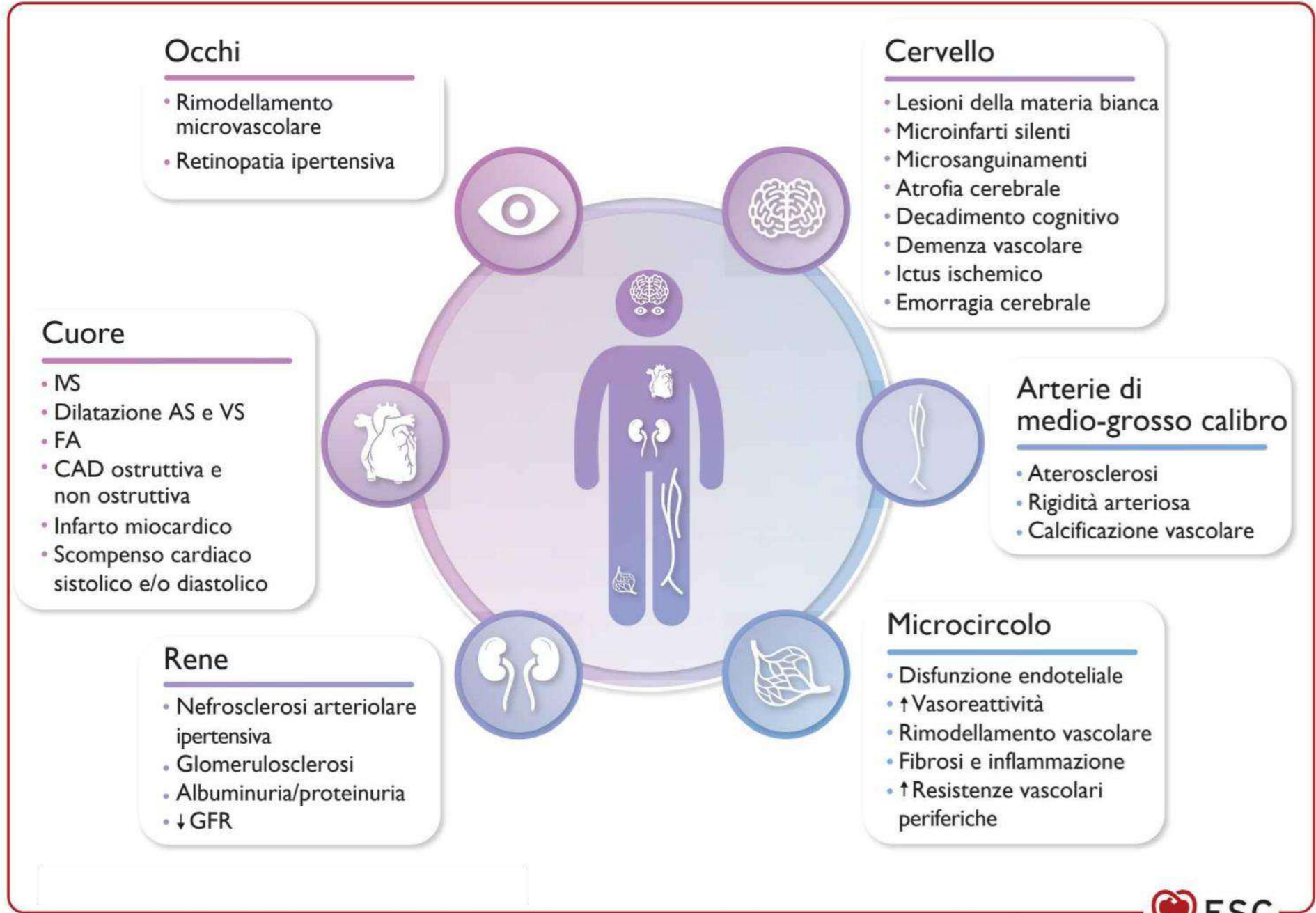
Parkinson e
Parkinsonismi
26.604



L'IPERTENSIONE...*nel Lazio*



Il 53% delle persone con diabete hanno anche l'ipertensione





**European
Society of
Hypertension**



ESC

European Society
of Cardiology



*L'immagine è stata creata
utilizzando l'intelligenza artificiale*

Ipertensione: è scontro tra società scientifiche (Esc ed Esh) sulle linee guida europee



Un divorzio imprevisto che si è consumato tra le due sigle europee e che potrebbe disorientare i medici impegnati nella diagnosi e cura dell'ipertensione.

Linee guida per l'ipertensione: Esc-Esh, cronistoria di un divorzio che (forse) si poteva evitare



2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension

Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia (Chairperson)^{a,*,} Reinhold Kreutz (Co-Chair)^{b,*,} Mattias Brunström^c, Michel Burnier^d, Guido Grassi^e, Andrzej Januszewicz^f, Maria Lorenza Muiesan^g, Konstantinos Tsioufis^h, Enrico Agabiti-Roseiⁱ, Engi Abd Elhady Algharably^b, Michel Azizi^{j,k}, Athanase Benetos^l, Claudio Borghi^m, Jana Brguljan Hitijⁿ, Renata Cifkova^{o,p}, Antonio Coca^q, Veronique Cornelissen^r, J. Kennedy Cruickshank^s, Pedro G. Cunha^{t,u}, A.H. Jan Danser^v, Rosa Maria de Pinho^w, Christian Delles^x, Anna F. Dominiczak^y, Maria Dorobantu^z, Michalis Doumas^{aa}, Maria S. Fernández-Alfonso^{bb,cc}, Jean-Michel Halimi^{dd,ee,ff}, Zoltán Járαι^{gg}, Bojan Jelakovic^{hh}, Jens Jordan^{ii,jj}, Tatiana Kuznetsova^{kk}, Stephane Laurent^{ll}, Dragan Lovic^{mm}, Empar Lurbe^{nn,oo,pp}, Felix Mahfoud^{qq,rr}, Athanasios Manolis^{ss}, Marius Miglinas^{tt,uu}, Krzysztof Narkiewicz^{vv}, Teemu Niiranen^{www,xx}, Paolo Palatini^{yy}, Gianfranco Parati^{zz,aaa}, Atul Pathak^{bbb}, Alexandre Persu^{ccc}, Jorge Polonia^{ddd}, Josep Redon^{eee,fff}, Pantelis Sarafidis^{ggg}, Roland Schmieder^{hhh}, Bart Spronckⁱⁱⁱ, Stella Staboulis^{jjj}, George Stergiou^{kkk}, Stefano Taddei^{lll}, Costas Thomopoulos^{mmm}, Maciej Tomaszewski^{nnn,ooo}, Philippe Van de Borne^{ppp}, Christoph Wanner^{qqq}, Thomas Weber^{rrr}, Bryan

European Journal of Internal Medicine 126 (2024) 1–15



European Journal of Internal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim

Practice Guidelines

2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension

Endorsed by the European Federation of Internal Medicine (EFIM), European Renal Association (ERA), and International Society of Hypertension (ISH)



European Society of Cardiology

European Heart Journal (2024) 45, 3912–4018
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)

Authors/Task Force Members: John William McEvoy ^{*,†}, (Chairperson) (Ireland), Cian P. McCarthy [‡], (Task Force Co-ordinator) (United States of America), Rosa Maria Bruno [‡], (Task Force Co-ordinator) (France), Sofie Brouwers (Belgium), Michelle D. Canavan (Ireland), Claudio Ceconi (Italy), Ruxandra Maria Christodorescu (Romania), Stella S. Daskalopoulou (Canada), Charles J. Ferro ¹ (United Kingdom), Eva Gerds (Norway), Henner Hanssen (Switzerland), Julie Harris (United Kingdom), Lucas Lauder (Switzerland/Germany), Richard J. McManus (United Kingdom), Gerard J. Molloy (Ireland), Kazem Rahimi (United Kingdom), Vera Regitz-Zagrosek (Germany), Gian Paolo Rossi ² (Italy), Else Charlotte Sandset ³ (Norway), Bart Scheenaerts (Belgium), Jan A. Staessen (Belgium), Izabella Uchmanowicz (Poland), Maurizio Volterrani (Italy), Rhian M. Touyz ^{*,†}, (Chairperson) (Canada), and ESC Scientific Document Group

ESH **MASTER**plan for Hypertension Management



© ESH 2024

Misurazione della pressione arteriosa clinica

1



Misurare dopo che il paziente è stato seduto comodamente in una stanza tranquilla per 5 min

2



Utilizzare un dispositivo validato con un bracciale adeguato alla circonferenza del braccio

3



Posizionare il bracciale a livello del cuore a schiena e braccio supportati

8



Alla prima visita valutare se presente ipotensione ortostatica e poi valutare in base ai sintomi



4



Misurare la PA tre volte (a distanza di 1–2 min ciascuna) e registrare la PA media delle ultime due rilevazioni

7



Rilevare la frequenza cardiaca al polso con metodo palpatorio per escludere la presenza di aritmie

6



Alla prima visita misurare la PA ad entrambe le braccia per rilevare eventuali differenze pressorie

5



Effettuare ulteriori misurazioni se le prime due differiscono di oltre 10 mmHg



Misurazione domiciliare della pressione arteriosa

1



Utilizzare un dispositivo per la PA validato

2



Misurare la PA in una stanza tranquilla dopo 5 min di riposo con schiena e braccio supportati



3



Registrare ogni volta la media di due misurazioni intervallate da 1–2 min

5



Registrare e fare la media di tutte le misurazioni e mostrare i risultati al medico

4



Misurare la PA 2 volte al giorno (al mattino^a e alla sera) per almeno 3 ma meglio 7 giorni



STRUMENTI VALIDATI PER LA MISURAZIONE

<https://www.stridebp.org/>



Practice Guidelines 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension European Journal of Internal Medicine 126 (2024) 1–15

TABLE 1. Classification of office BP and definitions of hypertension grades

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and	80–84
High-normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^a	≥140	and	<90
Isolated diastolic hypertension ^a	<140	and	≥90

The BP category is defined by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.

^aIsolated systolic or diastolic hypertension is graded 1, 2 or 3 according to SBP and DBP values in the ranges indicated. The same classification is used for adolescents ≥16 years old (see Section 15.1).

CLASSIFICAZIONE



Classificazione della pressione arteriosa



La diagnosi di ipertensione e di PA elevata deve essere confermata mediante misurazioni al di fuori dell'ambiente medico (HBPM o ABPM) o almeno un'ulteriore misurazione della PA clinica

- Un rischio stimato di eventi CV a 10 anni $\geq 10\%$ viene considerato un rischio sufficientemente elevato e potenzialmente meritevole di trattamento antipertensivo nel contesto della PA elevata.
- I soggetti adulti con PA elevata presentano un rischio di eventi CV molto più eterogeneo rispetto ai soggetti con ipertensione

Raccomandazione	Classe ^a	Livello ^b
Ai fini delle decisioni terapeutiche si raccomanda di classificare la PA in non elevata, elevata e ipertensione ^{116,121,122,131-138} .	I	B

Condizioni associate a rischio di malattie cardiovascolare che potrebbero necessitare un trattamento antipertensivo nei soggetti adulti con PA elevata



Malattia cardiovascolare clinica accertata

Malattia cardiovascolare aterosclerotica^a
Scompenso cardiaco



CKD moderata o severa

eGFR <60 ml/min/1.73 m² o
albuminuria ≥30 mg/g (≥3 mg/mmol)



Altre forme di danno d'organo mediato dall'ipertensione

Cardiache^b
Vascolari^b



Diabete mellito

Diabete mellito di tipo I e di tipo 2^c



Ipercolesterolemia familiare

Ipercolesterolemia probabile o certa

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Per il trattamento della PA elevata si raccomanda di utilizzare un approccio basato sul rischio e i soggetti affetti da CKD moderata o severa, MCV accertata, HMOD, diabete mellito o ipercolesterolemia familiare devono essere considerati ad aumentato rischio di eventi CV ^{31,153-159,161-163,172} .	I	B

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CV

Processo di sviluppo

Algoritmi SCORE2 originali:

Predittori: età, sesso, fumo, diabete, pressione sanguigna sistolica, colesterolo totale e HDL

Calibrato per prevedere il rischio di malattie cardiovascolari nelle regioni europee a rischio **basso**, **moderato**, **alto** e **molto alto**.



Adattamento di SCORE2 per individui con diabete di tipo 2:

Fattori predittivi aggiunti: età alla diagnosi del diabete, HbA1c ed eGFR

→ **SCORE2-Diabete**

Dati utilizzati: 229.460 individui con diabete di tipo 2 da cartelle cliniche elettroniche, registro del diabete, studi di coorte



Validazione di SCORE2-Diabetes:

Validazione esterna su 217.036 individui con diabete di tipo 2 provenienti da Svezia, Spagna, Malta e Croazia



Modelli di rischio

cardiovascolare SCORE2-Diabete a 10 anni



Caratteristiche principali

- Stima il rischio decennale di eventi cardiovascolari in individui con diabete di tipo 2
- Distingue il rischio negli individui con diabete di tipo 2 utilizzando metodi convenzionali
Fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e quelli specificamente correlati al diabete
- Calibrato per prevedere il rischio di malattie cardiovascolari nelle regioni europee a rischio **basso**, **moderato**, **alto** e **molto alto**.
- Allineato con le previsioni di rischio SCORE2 per gli individui senza diabete
- Punteggi di rischio separati per uomini e donne con diabete di tipo 2

Modificatori del rischio

Modificatori sesso-specifici (Classe IIa)



Diabete gestazionale



Iipertensione gestazionale



Pre-eclampsia



Parto prematuro



Uno o più nati morti



Aborto spontaneo ricorrente

^aCautela nel considerare di instaurare il trattamento nei pazienti con PA elevata e:

- Fragilità moderato-severa
- Ipotensione ortostatica sintomatica
- Età ≥ 85 anni

^aCautela nel considerare di instaurare il trattamento nei pazienti con PA elevata e:

- Fragilità moderato-severa
- Ipotensione ortostatica sintomatica
- Età ≥ 85 anni

Paziente con PA elevata^a
PAS clinica 120–139 mmHg o
PAD clinica 70–89 mmHg

MCV accertata,
CKD moderata/severa,
HMOD, DM o FH
(Classe I)

Paziente con
(solo) DMT2
ed età
<60 anni

Calcolare
SCORE2 o SCORE2-OP
(Classe I)

Calcolare
SCORE2- Diabetes
(Classe IIa)

Rischio stimato di MCV a 10 anni

<5%

5% – <10%

$\geq 10\%$

Considerare modificatori del rischio condivisi
(Classe IIa)

Uno qualsiasi tra:
• Etnia ad alto rischio
• Anamnesi familiare di ASCVD precoce
• Deprivazione socioeconomica
• Malattie autoimmuni
• Malattia mentale grave
• HIV

Considerare modificatori del rischio sesso-specifici
(Classe IIa)

Uno qualsiasi tra:
• Diabete gestazionale
• Iperensione gestazionale
• Pre-eclampsia
• Parto prematuro
• Uno o più nati morti
• Aborto spontaneo ricorrente

Se permane incertezza, decisione
condivisa sulla base del calcolo del rischio
(Classe IIb)

Uno tra i seguenti
criteri di anomalità:
• CAC score
• Placca carotidea o femorale
• Troponina cardiaca ad alta sensibilità
• NT-proBNP
• Velocità dell'onda di polso

Interventi
sullo stile di vita
per ridurre la PA
(Classe I)

Rivalutare
rischio/PA
un anno dopo
(Classe IIa)

Interventi
sullo stile di vita
per ridurre la PA
(Classe I)

Rivalutare
rischio/PA
un anno dopo
(Classe IIa)

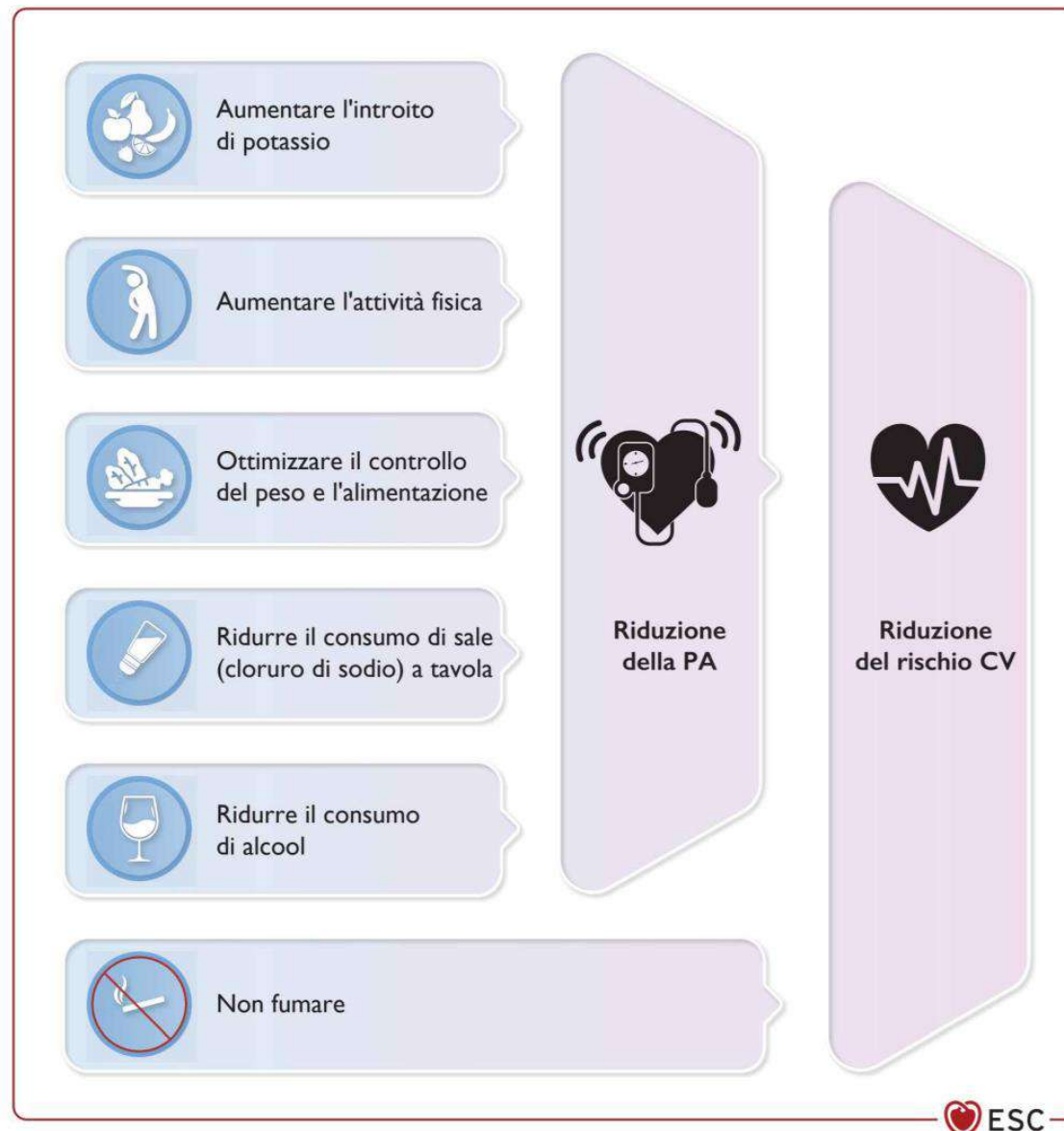
Interventi sullo stile di vita
per ridurre la PA
(Classe I)

Dopo 3 mesi di interventi
sullo stile di vita, trattamento
farmacologico nei pazienti
con $\geq 130/80$ mmHg
(Classe I)

Interventi sullo stile di vita
per ridurre la PA
(Classe I)

Dopo 3 mesi di interventi
sullo stile di vita, trattamento
farmacologico nei pazienti
con $\geq 130/80$ mmHg
(Classe I)

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI



RIDURRE IL SODIO RIDUCE GLI EVENTI CV

THE PRESENT AND FUTURE

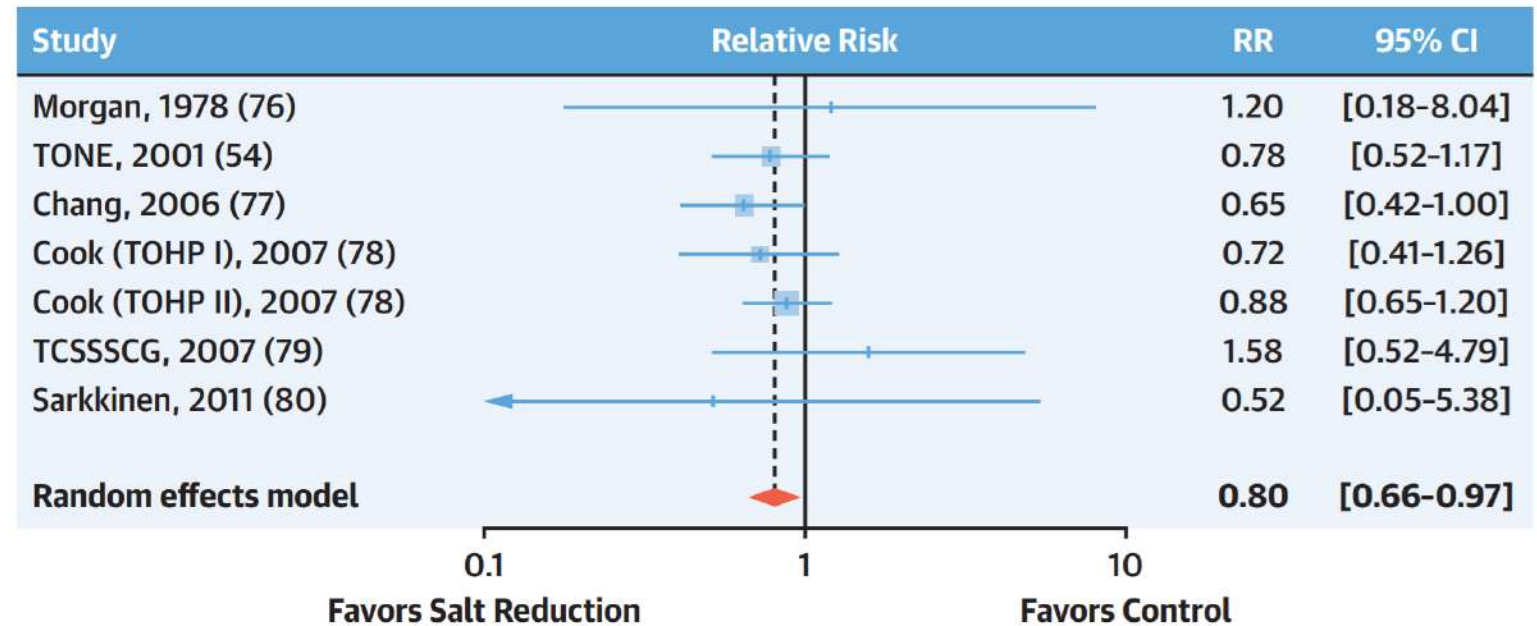
JACC STATE-OF-THE-ART REVIEW

Salt Reduction to Prevent Hypertension and Cardiovascular Disease

JACC State-of-the-Art Review VOL. 75, NO. 6, 2020

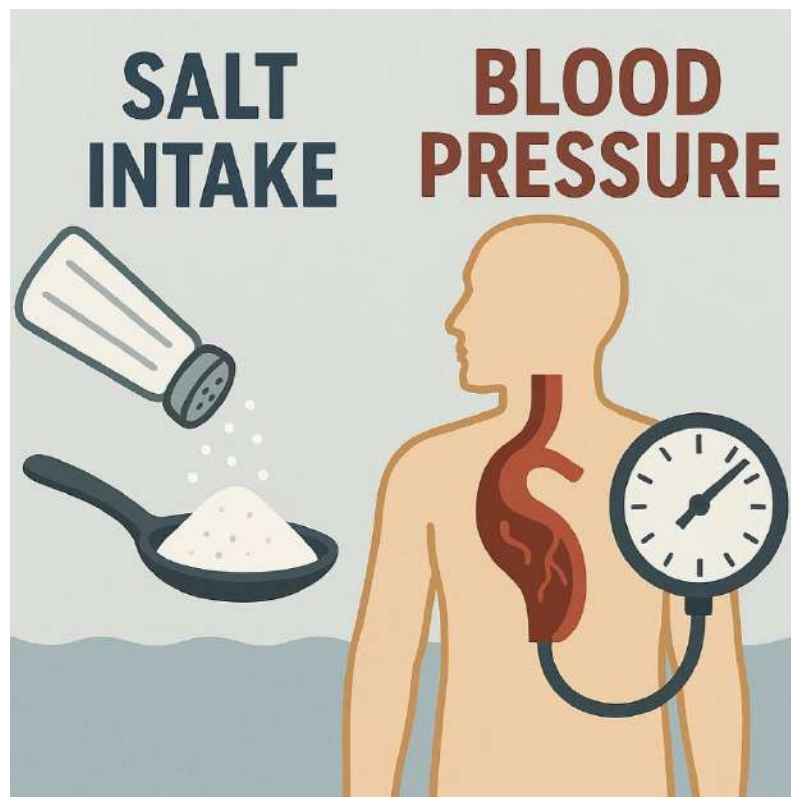
Feng J. He, PhD,^{a,*} Monique Tan, MSc,^{a,*} Yuan Ma, PhD,^b Graham A. MacGregor, MD^a

FIGURE 5 Salt and CVD



INTROITO DI SODIO

Paziente con PA elevate o ipertensione
introito di sodio raccomandato $\leq 2\text{g}/\text{die}$
pari a circa 5g o a un cucchiaino da tè di sale al giorno

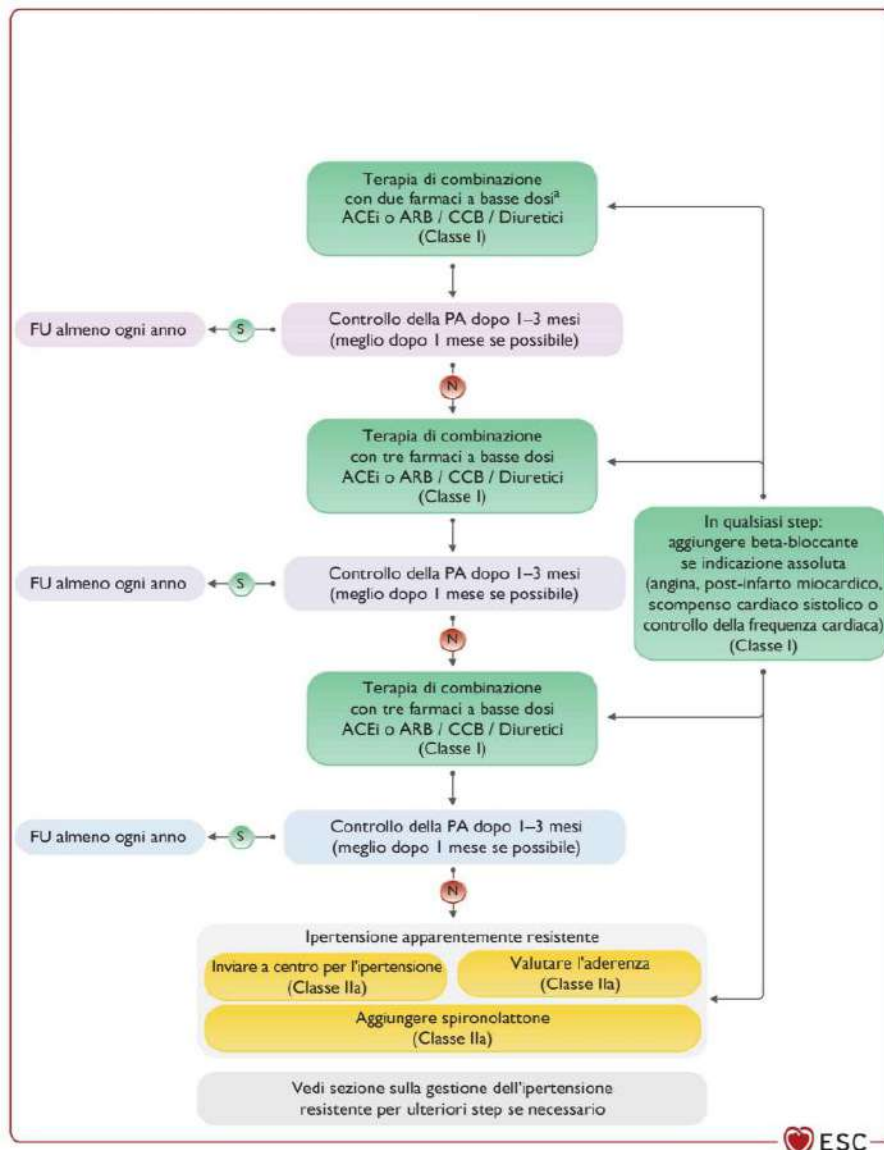


CONSUMO DI SALE NEL LAZIO

Consumo di sale

	Regione n = 6441			Italia n = 63798			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto ● peggiore ● simile rispetto al valore nazionale ● migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Adulti che fanno attenzione al consumo di sale	58.2	56.9	59.4	55.8	55.3	56.2	
Adulti che hanno iniziato a fare attenzione al consumo di sale negli ultimi 12 mesi	9.2	8.4	9.9	9.2	8.9	9.5	

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Fra tutti i farmaci antipertensivi, gli ACE-inibitori, gli ARB, i CCB diidropiridinici ed i diuretici (tiazidici e simil-tiazidici come il clortalidone e l'indapamide) si sono dimostrati efficaci nel ridurre i valori pressori e l'incidenza di eventi CV e, pertanto, sono raccomandati quale strategia primaria di trattamento antipertensivo ^{122,446} .	I	A
Si raccomanda di associare i beta-bloccanti con una delle altre principali classi di farmaci antipertensivi in caso di indicazioni specifiche al loro utilizzo, es. in presenza di angina, nei pazienti post-infartuati o con scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta o per il controllo della frequenza cardiaca ^{122,448-450} .	I	A

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NEL PZ CON DM

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Nella maggior parte dei soggetti adulti diabetici con PA elevata nonostante 3 mesi di interventi sullo stile di vita, per ridurre il rischio di MCV si raccomanda di instaurare il trattamento farmacologico antipertensivo in quelli in cui si riscontrino valori di PA clinica $\geq 130/80$ mmHg ^{445,749} .	I	A
Il trattamento farmacologico antipertensivo è raccomandato nei soggetti con pre-diabete od obesità nei quali si riscontrino valori di PA clinica $\geq 140/90$ mmHg o quando i valori di PA clinica siano 130-139/80-89 mmHg e il paziente presenta un rischio di MCV a 10 anni $\geq 10\%$ o condizioni di alto rischio nonostante 3 mesi di interventi sullo stile di vita ⁴⁴⁵ .	I	A

MCV, malattia cardiovascolare; PA, pressione arteriosa.

^aClasse della raccomandazione.

^bLivello di evidenza.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NEL PZ CON DM

Raccomandazioni e dichiarazioni	CoR	LoE
La pressione arteriosa deve essere monitorata per rilevare l'ipertensione in tutti i pazienti affetti da diabete, perché è una comorbidità frequente associata a un aumento del rischio cardiovascolare e di eventi renali.	I	A
Nel diabete di tipo 2 sono frequenti valori di pressione arteriosa notturna elevati e non selezionati che devono essere monitorati tramite ABPM o UBBM.	I	B

Per le persone affette da diabete di tipo 2 si raccomandano interventi immediati sullo stile di vita e un trattamento farmacologico antipertensivo quando la pressione sistolica misurata in ambulatorio è ≥ 140 mmHg e la pressione diastolica è ≥ 90 mmHg.	I	A
Le strategie di trattamento farmacologico nei pazienti con diabete di tipo 2 dovrebbero essere le stesse dei pazienti senza diabete e l'obiettivo primario è abbassare la pressione arteriosa a valori $<130/80$ mmHg.	I	A
diabete di tipo 2.		
Il finerenone, un farmaco antiretrovirale non steroideo, può essere utilizzato nei pazienti affetti da malattia renale cronica diabetica e albuminuria da moderata a grave, grazie alle sue proprietà nefroprotettive e cardioprotettive.	I	A
Esistono solo dati limitati sui potenziali benefici della combinazione di SGLT2i e finerenone.	II	C

Target di PA sistolica 120-129 mmHg (Classe IA)

Target di PA diastolica 70-79 mmHg (Classe IIB)

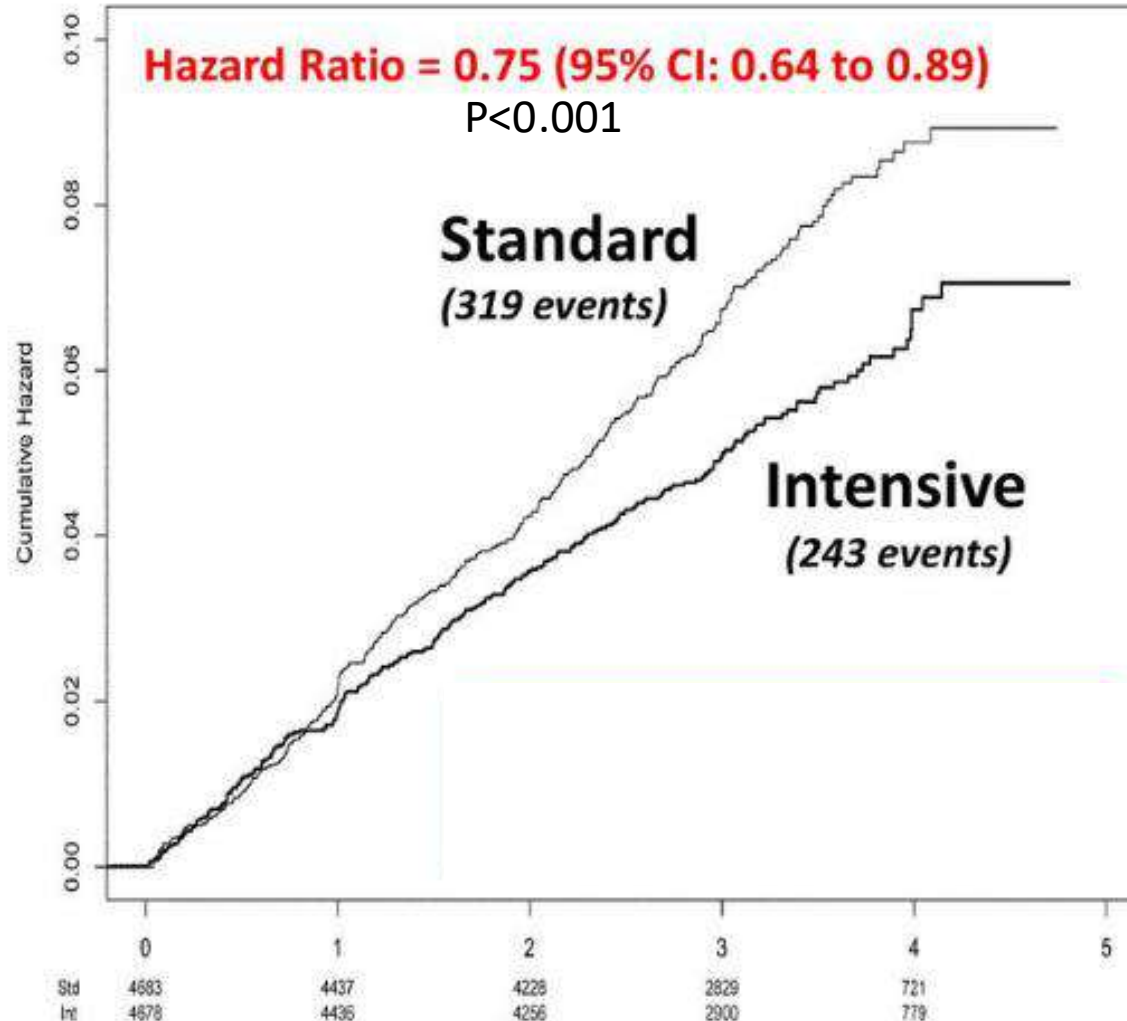
se tollerati

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Nei soggetti diabetici in trattamento farmacologico antipertensivo si raccomanda di conseguire valori target di PA sistolica 120-129 mmHg, se tollerati ^{136,146,445,747,749-752}	I	A

Studio SPRINT

RCT n = 9361 pazienti ad elevato rischio CV con una PA sistolica ≥ 130 mmHg; follow-up mediano 3.26 anni

La riduzione della PAS a valori inferiori a 120mmHg determinava una riduzione significativa degli outcome primari



Endpoint primario: infarto del miocardio, syndrome coronarica acuta, ictus, scompenso cardiaca, morte per cause cardiovascolari

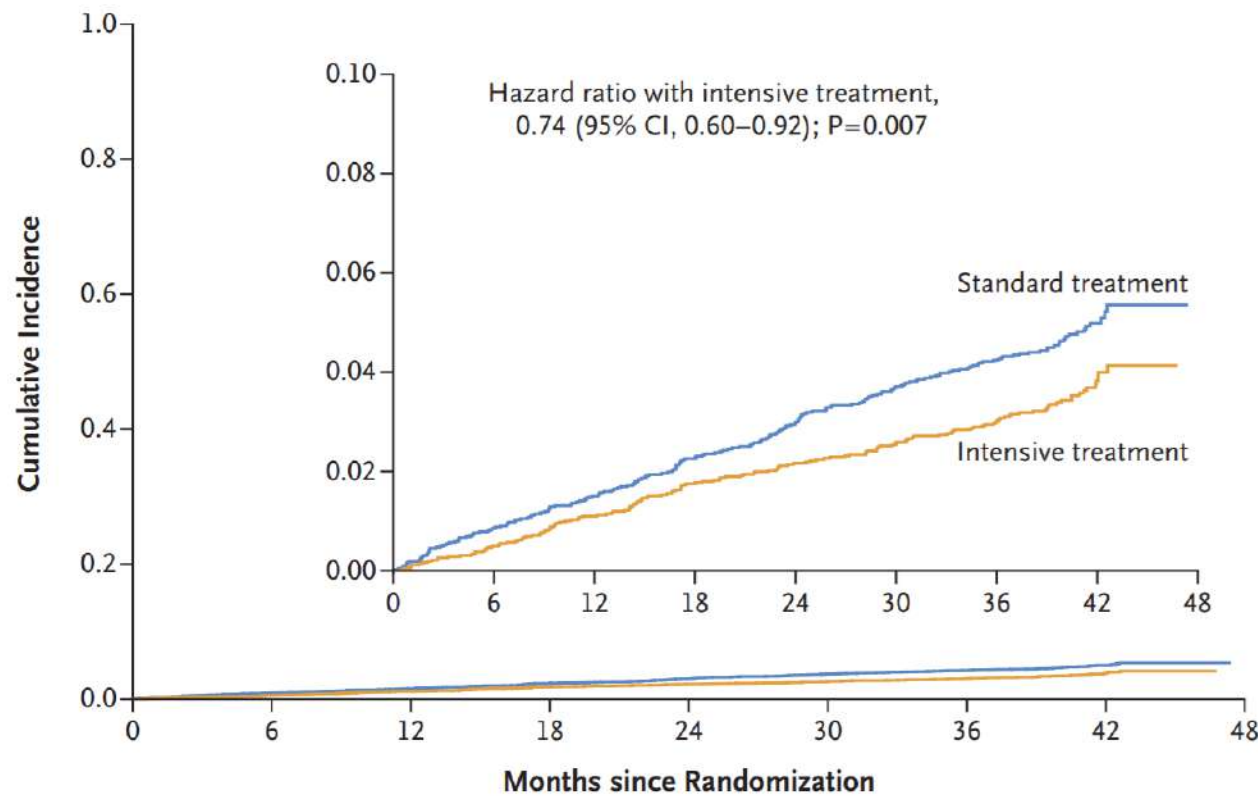
Pz non diabetici

NNT=61

Studio STEP

RCT n = 8511 pazienti età 60-80 anni (~20% con DM); follow-up mediano 3.34 anni

Pz anziani con ipertensione, il trattamento intensivo con PA sistolica tra 110 e <130 mm Hg ha determinato una minore incidenza di eventi cardiovascolari rispetto al trattamento standard con un target compreso tra 130 e < 150 mm Hg



End point primario composito: ictus, sindrome coronarica acuta (infarto miocardico acuto e ospedalizzazione per angina instabile), scompenso cardiaco, rivascolarizzazione coronarica, fibrillazione atriale o morte per cause cardiovascolari.

Studio ESPRIT

RCT n = 11255 pazienti ad elevato rischio CV; 38,7% con diabete

Nei pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare, indipendentemente dallo stato di diabete o dalla storia di ictus, l'obiettivo di PA sistolica < 120 mmHg, rispetto a una PA sistolica < 140 mmHg, riduce il numero di eventi cardiovascolari

Randomized Controlled Trial > [Lancet](#). 2024 Jul 20;404(10449):245-255.

doi: 10.1016/S0140-6736(24)01028-6. Epub 2024 Jun 27.

End point primario composito: infarto miocardico, rivascolarizzazione, ospedalizzazione per scompenso cardiaco, ictus o morte per cause cardiovascolari

Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial

Jiamin Liu¹, Yan Li¹, Jinzhuo Ge¹, Xiaofang Yan¹, Haibo Zhang¹, Xin Zheng¹, Jiapeng Lu¹, Xi Li², Yan Gao¹, Lubi Lei¹, Jing Liu³, Jing Li⁴; ESPRIT Collaborative Group

ESPRIT, Lancet 2024

Una riduzione di 5 mm Hg della pressione arteriosa sistolica ha ridotto il rischio di eventi cardiovascolari maggiori di circa il 10%

meta-analisi n = 344.716 pazienti

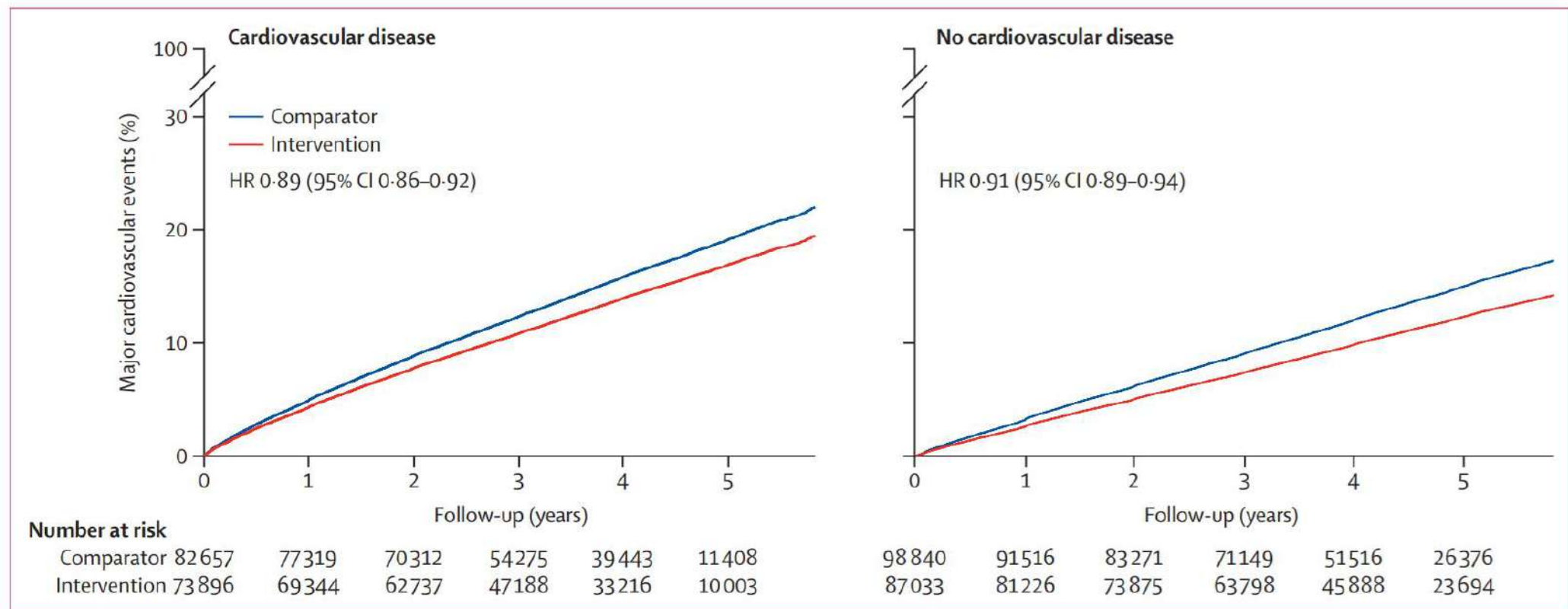


Figure 1: Rates of major cardiovascular events per 5 mm Hg reduction in systolic blood pressure, stratified by treatment allocation and cardiovascular disease status at baseline

Major cardiovascular events were defined as a composition of fatal or non-fatal stroke, fatal or non-fatal myocardial infarction or ischaemic heart disease, or heart failure causing death or requiring admission to hospital. HR=hazard ratio.

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MARCH 27, 2025

VOL. 392 NO. 12

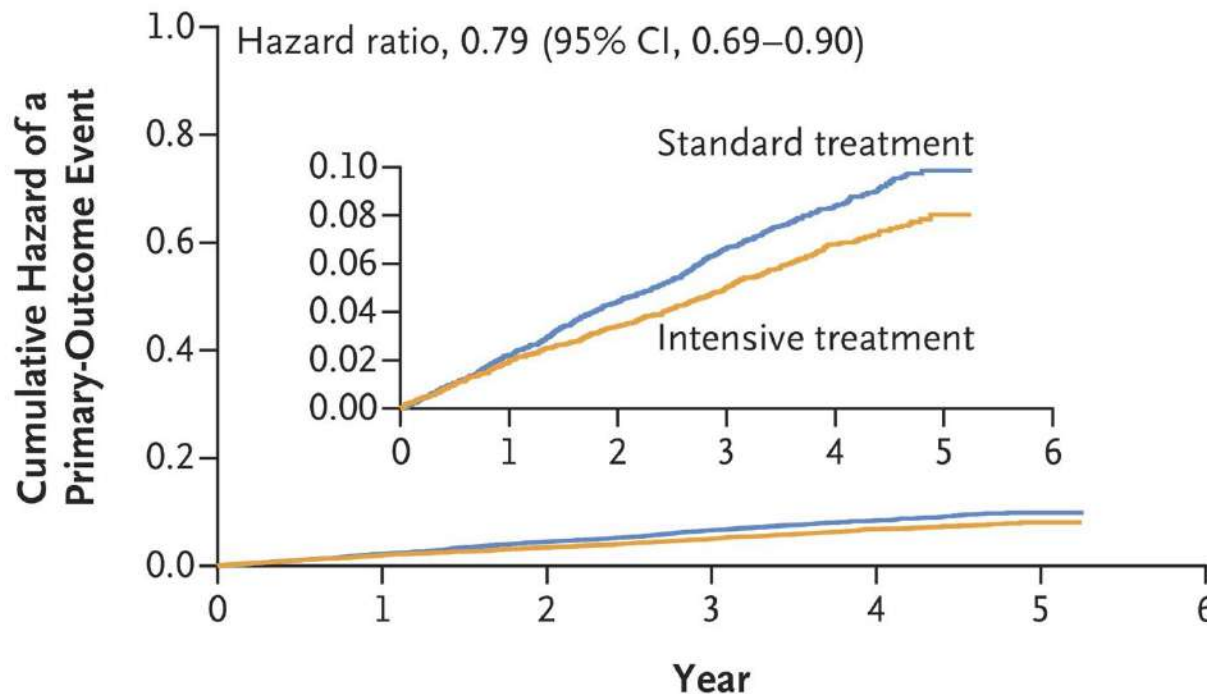
Intensive Blood-Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes

Y. Bi,^{1,2} M. Li,^{1,2} Y. Liu,³ T. Li,⁴ J. Lu,^{1,2} P. Duan,⁵ F. Xu,⁶ Q. Dong,⁷ Ailiang Wang,⁸ T. Wang,^{1,2} R. Zheng,^{1,2} Y. Chen,^{1,2} M. Xu,^{1,2} X. Wang,⁹ Xinhuan Zhang,¹⁰ Y. Niu,¹¹ Z. Kang,¹² C. Lu,¹³ Jing Wang,¹⁴ X. Qiu,¹⁵ An Wang,¹⁶ S. Wu,^{1,2,17} J. Niu,^{1,2,18} Jingya Wang,¹⁹ Z. Zhao,^{1,2} H. Pan,²⁰ X. Yang,²¹ X. Niu,²² S. Pang,²³ Xiaoliang Zhang,²⁴ Y. Dai,²⁵ Q. Wan,²⁶ S. Chen,²⁷ Q. Zheng,²⁸ S. Dai,²⁹ J. Deng,^{1,2} L. Liu,³⁰ G. Wang,³¹ H. Zhu,³² W. Tang,³³ H. Liu,³⁴ Z. Guo,³⁵ G. Ning,^{1,2} J. He,³⁶ Y. Xu,^{1,2} and W. Wang,^{1,2} for the BPROAD Research Group*

Studio BPROAD

RCT n = 12.821 pazienti con DM2, Età ≥ 50 anni, ad elevato rischio CV; follow-up 5 anni

L'incidenza di eventi CV è stata inferiore nel braccio intensivo (obiettivo di PA sistolica < 120 mm Hg) rispetto al braccio controllo (obiettivo di PA sistolica < 140 mm Hg)



No. at Risk

Standard treatment	6407	6087	5814	4626	3674	132
Intensive treatment	6414	6092	5871	4692	3738	112

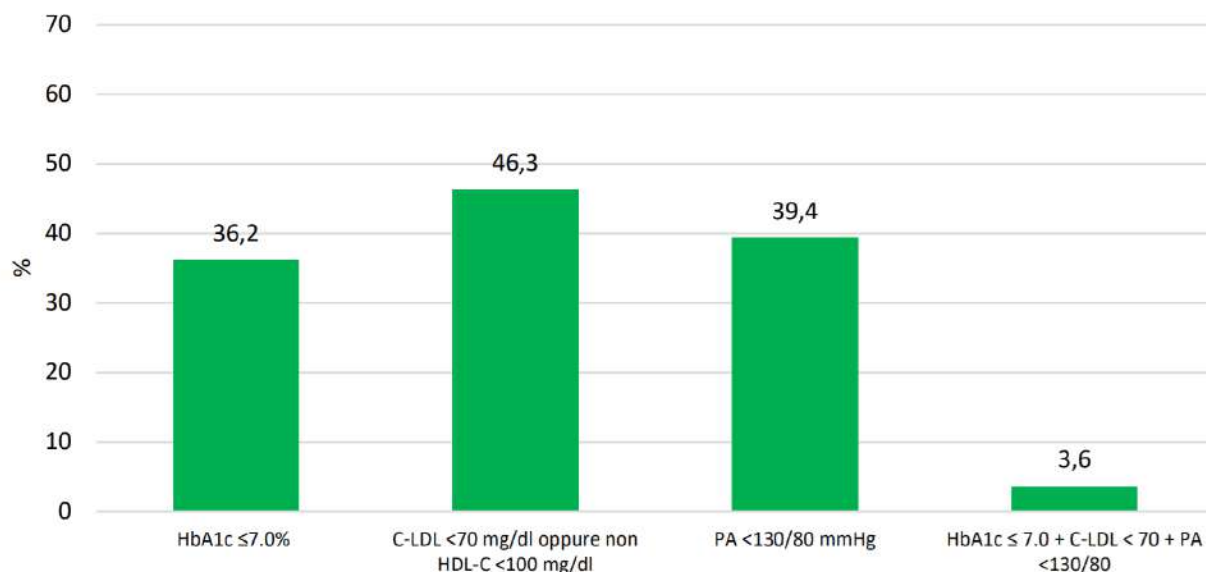
End point primario composito: ictus non fatale, IMA non fatale, scompenso cardiaco, morte per cause cardiovascolari

VALORI DI PA NEL PZ CON DM IN ITALIA



DM1 - Indicatori di esito intermedio

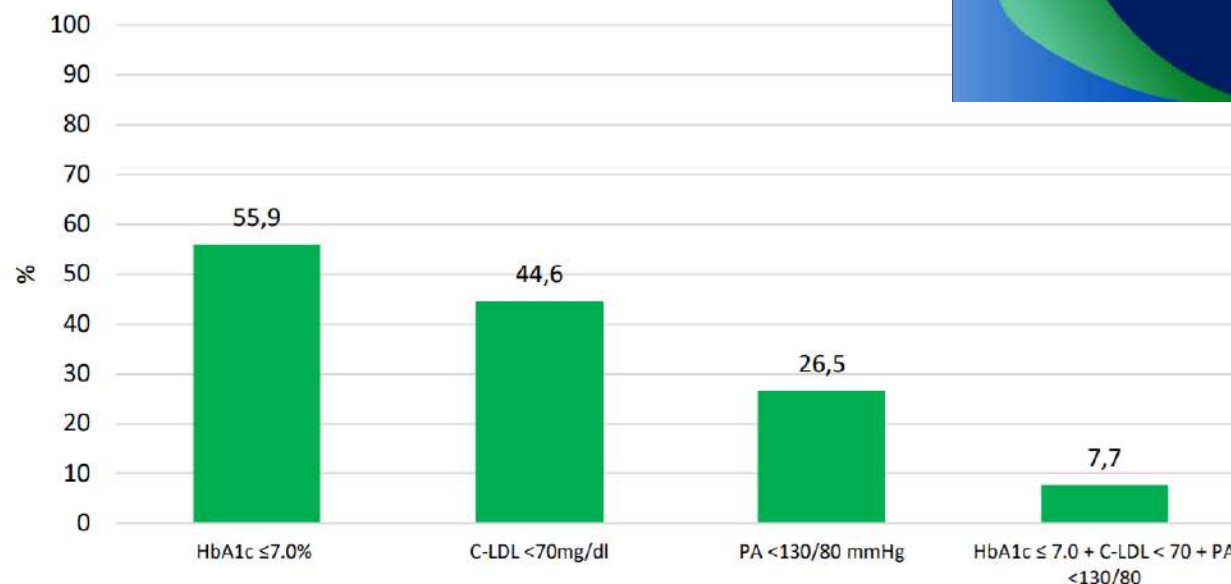
Soggetti con esito intermedio favorevole (%)



Media e deviazione standard	
Pressione arteriosa sistolica (PAS) (mmHg)	128,0±18,4
Pressione arteriosa diastolica (PAD) (mmHg)	74,6±9,9

DM2 - Indicatori di esito intermedio

Soggetti con esito intermedio favorevole (%)



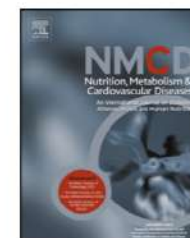
Media e deviazione standard	
Pressione arteriosa sistolica (PAS) (mmHg)	133,7±18,2
Pressione arteriosa diastolica (PAD) (mmHg)	76,1±10,2



Available online at www.sciencedirect.com

Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/nmcd



VIEWPOINT

The ideal blood pressure target to prevent cardiovascular disease in type 2 diabetes: A neutral viewpoint



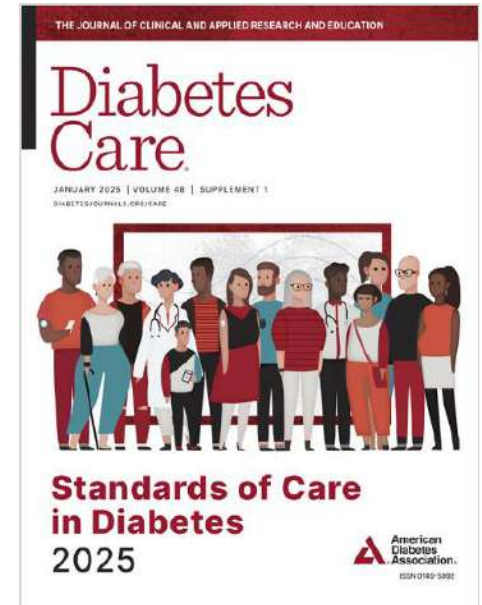
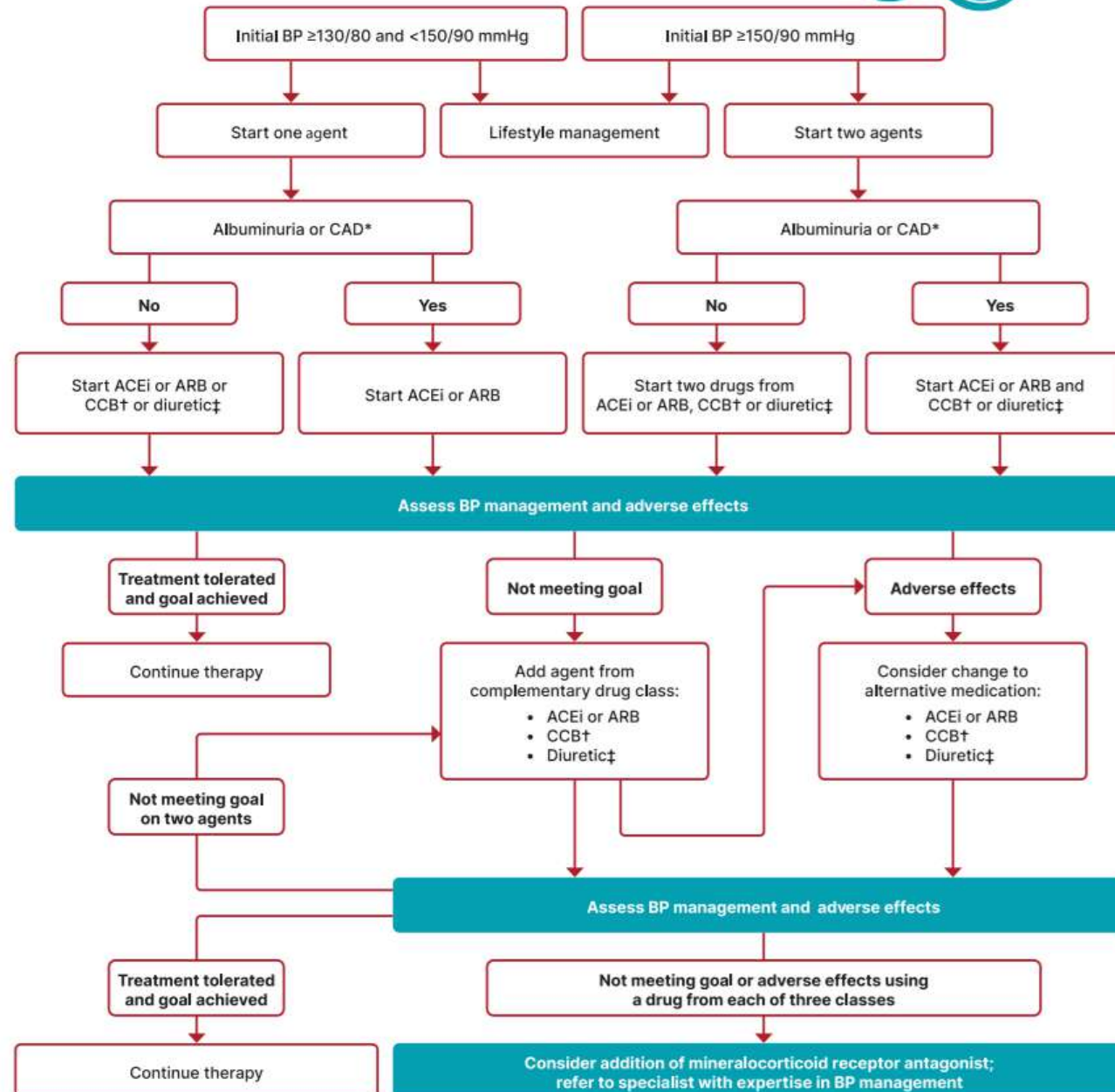
S. Frontoni ^{a,*}, A. Solini ^b, P. Fioretto ^c, A. Natali ^b, A. Zuccalà ^d, F. Cosentino ^e, G. Penno ^f
on behalf of the Italian Society of Diabetology (SID) – Study Group on Diabetes,
Hypertension and the Kidney

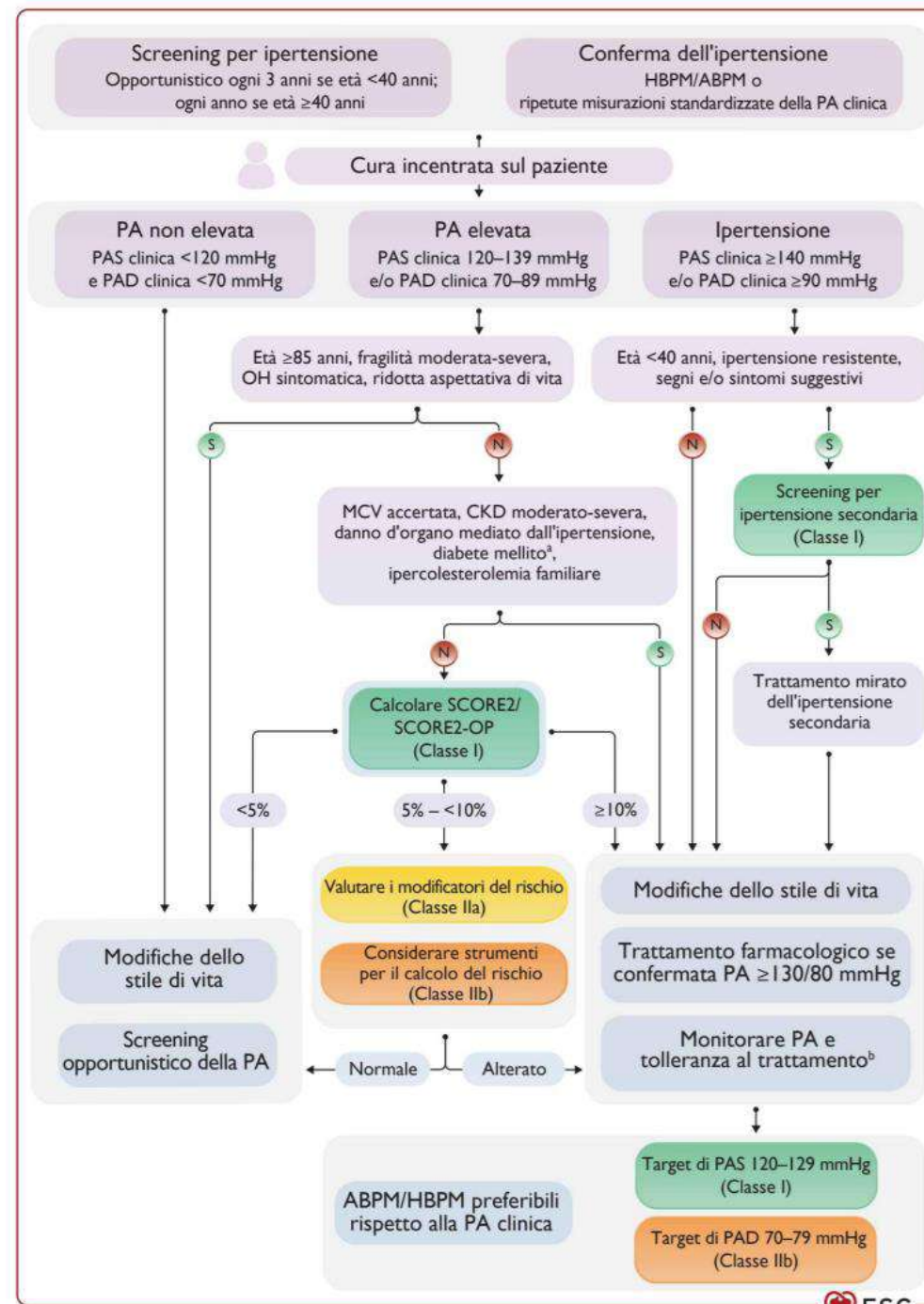
Furthermore, the most recent literature suggests shifting the attention from the ‘target pressure’ to the ‘point in time’ in which this target BP should be reached: beyond the therapeutic objective, a timely diagnosis of hypertension aimed at an equally timely achievement of BP recommended targets seems to gain particular importance.



Grazie per l'attenzione

Recommendations for the Treatment of Confirmed Hypertension in Nonpregnant People With Diabetes





Linee guida europee a confronto: le definizioni

Linee guida Esc 2024*

Pressione non-elevata	Pressione elevata	Ipertensione
Office – Sistolica <120, diastolica <70 mmHg	Office – Sistolica 120-139, diastolica 70-89 mmHg	Office – Sistolica ≥ 140, diastolica ≥ 90mmHg
HBPM/ABPM – Sistolica < 120, diastolica < 170 mmHg	HBPM/ABPM – Sistolica 120-134, diastolica 70-84 mmHg	HBPM/ABPM – Sistolica ≥ 135, diastolica ≥ 85 mmHg

Linee guida Esh 2023**

Ottimale	Normale	Alta-normale	Ipertensione	Ipertensione isolata
Sistolica < 120, diastolica < 80 mmHg	Sistolica 120-129, diastolica 80-84	Sistolica 130-139 e/o diastolica 85-89	Sistolica > 140-149 e/o diastolica > 90***	Forma sistolica: Sistolica ≥ 140, diastolica < 90. Forma diastolica: sistolica < 140, diastolica ≥ 90

Legenda: ABPM: Ambulatory Blood Pressure Monitoring, monitoraggio automatico della pressione arteriosa delle 24 ore. HBPM: Home Blood Pressure Monitoring, monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa.

* 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

** 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

*** L'ipertensione viene ulteriormente suddivisa in tre gradi, l'ultimo con valori di sistolica ≥ 180 e/o diastolica ≥ 110 mmHg.

Nei soggetti con DM il trattamento antipertensivo riduce il rischio di mortalità e di morbidità cardiovascolare solo nei soggetti con PAS>140 mmHg. Per i soggetti con valori ≤ 140 mmHg non è di alcun beneficio e forse è pericoloso

