Le nuove linee guida USA sulle dislipidemie

Data 14 aprile 2026
Categoria cardiovascolare

Sono state pubblicate le nuove linee guida dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology sul trattamento delle dislipidemie che aggiornano quelle precedenti del 2018.

Di seguito riassumiamo brevemente le nuove linee guida USA sul trattamento delle dislipidemie

1. Viene consigliato l'uso del calcolatore PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTs) per valutare il rischio cardiovascolare in prevenzione primaria. Questo nuovo strumento si applica alle persone dai 30 ai 79 anni. Include variabili relative alla salute renale (eGFR) e metabolica, riconoscendo l'importanza della Sindrome CKM (Cardiovascular-Kidney-Metabolic).Stima non solo il rischio a 10 anni, ma anche quello a 30 anni, promuovendo interventi più precoci nei giovani. Le LG sottolineano che i vecchi calcolatori potevano sovrastimare il rischio. Viene introdotto il modello "CPR": Calculare il rischio, Personalizzare per le caratteristiche del paziente, Riclassificare con l'uso selettivo del calcium scoring coronarico (CAC).

2. Il rischio è considerato:
- basso (< 3%)
- borderline (3-5%)
- intermedio (5-10%)
- alto (> 10%)

3. Il counseling sullo stile di vita deve iniziare già nell'infanzia, con una precoce considerazione della farmacoterapia nei giovani con ipercolesterolemia familiare (FH) e negli adulti con LDL-C ≥160 mg/dL o forte storia familiare di ASCVD precoce.

4. I target LDL-C tornano espliciti. La linea guida ripristina obiettivi terapeutici per LDL-C basati sul rischio. In prevenzione primaria il target di C-LDL è < 100 mg/dL nei soggetti a rischio intermedio e < 70 mg/dL se il rischio è elevato. In prevenzione secondaria il target è < 55 mg/dL se il rischio è molto elevato e < 70 mg/dL se il rischio è elevato.

5. Le statine, insieme con le modificazioni dello stile di vita, sono il cardine della terapia. In prevenzione primaria sono fortemente raccomandate per i pazienti ad alto rischio. Consigliate per i pazienti a rischio intermedio dopo discussione su rischi e benefici. Nel rischio borderline la terapia farmacologica può essere presa in considerazione.

6. Nei pazienti con meno di 60 anni a basso rischio a 10 anni, va considerato che il rischio a 30 anni può essere elevato quindi si può optare per il trattamento.

7. La Lp(a) deve essere misurata almeno una volta nella vita per identificare soggetti ad aumentato rischio cardiovascolare. È considerata un fattore di rischio aggiuntivo a partire da ≥125 nmol/L (50 mg/dL), con un rischio circa 1,4 volte superiore, e valori ≥250 nmol/L comportano un rischio stimato ≥2 volte più elevato.

8. Il dosaggio dell'ApoB è utile per migliorare la stratificazione del rischio e guidare la terapia una volta raggiunti gli obiettivi di LDL-C e non-HDL-C, in particolare nei soggetti con trigliceridi >200 mg/dL, diabete, o LDL-C già <70 mg/dL.

9. Si raccomanda di avviare la terapia ipolipemizzante nei soggetti ≥40 anni con malattia renale cronica (stadio 3+), HIV o diabete di tipo 1 o 2, indipendentemente dai livelli di LDL-C. La terapia va continuata nei pazienti oncologici (salvo controindicazioni) e differita invece durante il concepimento, la gravidanza e l'allattamento.

10. Nelle forme con TG persistentemente elevati, le statine rimangono il cardine della terapia farmacologica in aggiunta alle modifiche dello stile di vita. Terapie specifiche per ridurre i trigliceridi possono essere utilizzate per la prevenzione della pancreatite, soprattutto con TG ≥1000 mg/dL.

11. Viene raccomandata un'espansione dell'uso del punteggio del calcio coronarico (CAC) per riclassificare il rischio cardiovascolare in casi dubbi.

Chedire?

Queste linee guida reintroducono i target di LDL colesterolo e sottolineano l'importanza di un trattamento aggressivo e di agire precocemente intensificando presto la terapia se non si raggiungono gli obiettivi prefissati. Tuttavia sorge spontanea una domanda: da dove nascono queste raccomandazioni? Per esempio ci sono studi randomizzati che hanno dimostrato che l'aggiunta dello score calcico migliora davvero gli esiti clinici hard? E ancora: a quanto ci risulta esiste un solo RCT che possa giustificare target aggressivi di LDL, lo studio Ez-PAVE che già abbiamo recensito ma sul quale sono lecite obiezioni di merito .

Anche il consiglio di prendere in considerazione l'uso dei farmaci in prevenzione primaria per soglie di rischio borderline fa sorgere spontanea una domanda: dobbiamo dare farmaci praticamente alla totalità della popolazione? Pur se è vero che le stesse linee guida consigliano di personalizzare la scelta dopo discussione condivisa con il paziente, ci pare che la domanda sia lecita.
D'altra parte sappiamo che le linee guida non sono mai definitive. Un caso emblematico è rappresentato dallo studio VESALIUS-CV, i cui risultati non erano disponibili al momento dell'approvazione finale della linea guida. Lo studio ha mostrato una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari nei pazienti con malattia aterosclerotica o diabete ma senza infarto o ictus trattati con evolocumab, ma già questa osservazione apre una questione irrisolta perchè il trial non era disegnato per confrontare due target di LDL: il beneficio è attribuibile al raggiungimento di livelli molto bassi di LDL, o ad effetti pleiotropici del farmaco ancora non completamente caratterizzati? La distinzione non è accademica, riguarda la solidità stessa del razionale su cui si fondano i target. Eppure, nonostante questa incertezza, gli autori delle linee guida hanno già suggerito che futuri aggiornamenti includano un unico target di LDL-C < 55 mg/dL per tutti i pazienti con malattia aterosclerotica . È precisamente questa combinazione — evidenze interpretabili in modi diversi, e raccomandazioni che si aggiornano prima ancora che l'inchiostro sia asciutto — a confermare che i target attuali non rappresentano un punto di arrivo, ma una fotografia provvisoria di un campo ancora in movimento.
Fino alla prossima puntata — perché in questo campo, quello che vale oggi ha spesso una data di scadenza coem lo yogurt.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Blumenthal RS et al. Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines
Circulation, 13 March 2026. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001423

2. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9001

3. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9007

4. Blumenthal RS et al. Clinical Guidelines as a Continuous Work in Progress: Moving at the Speed of Science. https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2026.02.4869