



## Alcune considerazioni sulle linee guida USA sulle dislipidemie

**Data** 18 maggio 2026  
**Categoria** cardiovascolare

In questa pillola riassumiamo alcune considerazioni di John Mandrola sulle ultime linee guida statunitensi sulla gestione delle dislipidemie.

Le linee guida sono uno strumento utile per il medico pratico perchè sintetizzano le maggiori evidenze di letteratura traducendole poi in raccomandazioni. Devono quindi essere affidabili e accurate. Ad esempio abbiamo già visto in una pillola precedente le raccomandazioni principali delle nuove linee guida statunitensi sulla gestione delle dislipidemie. Un recente articolo di John Mandrola, un cardiologo di Louisville che ha abbracciato un approccio conservativo alla pratica medica, passa in rassegna vari aspetti di tali linee guida evidenziando delle criticità. Le osservazioni di Mandrola non rappresentano una revisione sistematica delle linee guida ma offrono alcuni spunti che riteniamo interessante riassumere.

Anzitutto egli osserva che su 46 raccomandazioni di classe I solo il 20% si basa su evidenze di livello A (più di 1 RCT), mentre quasi il 40% di esse non si fonda su studi randomizzati e controllati. Si tratta di un bel problema, dice Mandrola, perchè una raccomandazione di classe I implica che "dovrebbe" essere messa in atto in quanto i benefici superano i rischi.

Per chiarire il concetto Mandrola fa alcuni esempi tra cui l'uso dello score calcico coronarico nei soggetti a rischio intermedio, il dosaggio della lipoproteina (a), lo screening precoce a iniziare dai 19 anni.

Un'altra osservazione di Mandrola riguarda la raccomandazione di usare lo score PREVENT per valutare il rischio cardiovascolare perchè più accurato dei precedenti che tendevano a una sovrastima. Questo porterebbe a trattare meno soggetti con statine. Però gli autori hanno cambiato la soglia di rischio intermedio portandolo dal 7,5%-20% precedente al 5-10%. In pratica così facendo il numero di persone candidato alla terapia farmacologica rimane invariato. Secondo Mandrola la soluzione invece dovrebbe essere questa: ammettere che stabilire il rischio di una persona è difficile, che secondo gli studi la terapia riduce in media il rischio del 25% e se questo a te paziente sembra buono allora prendi il farmaco.

Infine Mandrola sottolinea la complessità delle linee guida, con diagrammi che richiedono tempo per essere letti e compresi mentre per i medici il tempo è tiranno, con diversi target di colesterolo LDL, pochi dei quali derivano da trial randomizzati disegnati specificamente per confrontare obiettivi differenti.

Chedire?

Non è la prima volta che John Mandrola esprime posizioni critiche. Ad esempio recentemente abbiamo recensito un altro suo articolo in cui evidenziava alcune debolezze dello studio Ez-PAVE secondo il quale nei soggetti con patologia cardiovascolare sarebbe indicato un target di colesterolo LDL inferiore a 55 mg/dl.

Viene da chiedersi: le osservazioni del cardiologo di Louisville sono corrette oppure possiamo semplicemente ignorarle? Da un lato le linee guida restano uno strumento indispensabile: raccolgono un'enorme mole di dati, cercano di standardizzare la pratica clinica e permettono al medico di orientarsi in ambiti sempre più complessi. Dall'altro lato le osservazioni di Mandrola ricordano un punto importante: non tutte le raccomandazioni hanno lo stesso grado di certezza e non sempre il livello di "forza" attribuito nelle linee guida coincide con evidenze robuste provenienti da RCT. Questo non significa che tali raccomandazioni siano sbagliate, ma che alcune derivano da inferenze indirette, studi osservazionali o consenso di esperti, ambiti nei quali il margine di incertezza è inevitabilmente maggiore.

Il rischio è interpretare le raccomandazioni come standardizzazione rigorosa del processo decisionale, con soglie, target e snodi molto dettagliati. Ma i pazienti non sono tutti uguali: età biologica, fragilità, comorbidità, preferenze personali, tollerabilità e aspettative di beneficio incidono quanto il valore numerico del colesterolo LDL o di uno score di rischio.

Per questo motivo le linee guida dovrebbero essere considerate soprattutto un supporto alla decisione clinica e non una regola rigida da applicare automaticamente. In particolare nella prevenzione cardiovascolare primaria, dove il beneficio assoluto può essere modesto se il rischio non è elevato, diventa fondamentale la condivisione della decisione con il paziente, illustrando non solo i potenziali benefici relativi ma anche quelli assoluti, gli NNT, i possibili effetti indesiderati e il grado di incertezza delle prove disponibili. L'importanza di comunicare l'NNT di un intervento è nota perchè in questa maniera si offre al paziente un'idea corretta dell'efficacia dell'intervento. Per esempio se un soggetto ha un rischio di evento CV a 10 anni del 10% e la terapia farmacologica lo riduce del 25% vale a dire lo porta al 7,5%, in pratica a livello statistico è come dire che per evitare un evento bisogna trattare 40 pazienti per 10 anni (NNT = 40). È possibile che modalità differenti di presentazione del beneficio (riduzione relativa vs beneficio assoluto/NNT) influenzino le preferenze del paziente, come suggerito da alcuni studi.

In definitiva, il compito del medico pratico resta quello di interpretare le linee guida, contestualizzandole nel singolo paziente. La medicina basata sulle evidenze non coincide con l'accettazione acritica delle raccomandazioni, ma con l'integrazione fra dati scientifici, esperienza clinica e valori del paziente: le tre gambe descritte da Sackett.

**Renato Rossi**



## Bibliografia

1. [www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9010](http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9010)
2. John Mandrola. Lipid Guidelines: Four Major Concerns - Medscape - May 14, 2026.
3. [www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9007](http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9007)
4. Albarqouni L, Doust J, Glasziou P. Patient preferences for cardiovascular preventive medication: a systematic review. *Heart*. 2017 Oct;103(20):1578-1586. doi: 10.1136/heartjnl-2017-311244. Epub 2017 May 13. PMID: 28501795.
5. Luo Y, Kawakami H, Funada S, Ozawa S, Sahker E, Omae K, Yamamoto K, Yamaguchi O, Tajika A, Furukawa TA. Measuring Public Preferences for Statin Therapy Using the Smallest Worthwhile Difference. *JAMA Intern Med*. 2026 Apr 1;186(4):488-490. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.7958. PMID: 41697671; PMCID: PMC12910453.
6. Richman IB, Hung A, Anderson TS. Statins for Primary Prevention-The Gap Between Guidelines and Patient Preferences. *JAMA Intern Med*. 2026 Apr 1;186(4):404-405. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.7955. PMID: 41697685.