L'arteriopatia periferica degli arti inferiori: lo stato dell'arte

Data 20 agosto 2026
Categoria cardiovascolare

In questa pillola una messa a punto aggiornata sull'arteriopatia degli arti inferiori.

Un concetto importante per il MMG è che l'arteriopatia periferica degli arti inferiori (PAD) deve essere considerata una patologia equivalente a una coronaropatia. Un altro principio che bisogna avere sempre presente è che essa non vuol sempre dire claudicatio. Si distinguono infatti quattro tipologie cliniche:

1. Soggetti asintomatici: si tratta di persone senza sintomi ma con ABI* ≤ 0.90
2. Pazienti sintomatici cronici: claudicatio intermittens.
3. Ischemia cronica minacciosa per l'arto: dolore a riposo, ulcere, gangrena.
4. Ischemia acuta dell'arto (è un'emergenza, richiede anticoagulazione immediata con eparina e invio urgente in centro vascolare).

* ABI = Ankle-Brachial Index o Indice caviglia-braccio: si misura la pressione arteriosa sistolica a livello delle caviglie (arteria tibiale posteriore e pedidia) e a livello delle braccia (arteria brachiale), utilizzando un bracciale da pressione e una sonda Doppler tascabile. Calcolo ABI = Pressione sistolica della caviglia / Pressione sistolica del braccio).
Un ABI < 0,90 indica possibile arteriopatia = necessità di ulteriori indagini, > 1,40 indica arterie non comprimibili (calcificazioni della media, frequente nei diabetici e nell'uremia): dato anch'esso patologico.

Le linee guida e la pratica

La misurazione dell'ABI non è proponibile di routine mentre è consigliata in soggetti a rischio: per esempio persone > 65 anni, diabetici, fumatori, ipertesi, dislipidemici, soggetti affetti da cardiopatia ischemica, pregresso ictus o TIA, aneurisma dell'aorta addominale, ecc.
Nella pratica della medicina generale italiana la raccomandazione delle linee guida di usare l'ABI come test iniziale si scontra con la realtà: è necessario essere dotati di una sonda doppler tascabile e di possedere le necessarie competenze per usarala. Inoltre l'esame richiede tempo, che spesso il MMG non ha. Per questo nei soggetti a rischio di solito si usa un filtro ancora più rapido: la palpazione dei polsi periferici. Se i polsi periferici sono presenti e validi (arteria pedidia e tibiale posteriore bilateralmente) la probabilità di un'arteriopatia significativa è molto bassa. In caso invece di polsi assenti o ipovalidi di solito si procede con un esame di secondo livello (ecocolordoppler).

La terapia antitrombotica

Nel paziente con PAD ma senza sintomi può essere preso in considerazione il trattamento antiaggregante (clopidogrel oppure ASA) per ridurre il rischio di infarto o ictus.
Nel paziente sintomatico le linee guida raccomandano o la singola antiaggregazione (ASA 75-100 mg o Clopidogrel 75 mg) oppure la combinazione ASA + Rivaroxaban (2.5 mg bid). Quest'ultima opzione è consigliata per ridurre sia gli eventi cardiaci che quelli agli arti, purchè vi sia un basso rischio emorragico (studio COMPASS).
Dopo intervento chirurgico o endovascolare, la combinazione ASA + Rivaroxaban 2.5 mg bid è fortemente raccomandata per prevenire l'occlusione del bypass/stent e l'ischemia acuta (studio VOYAGER PAD). La durata ottimale della duplice terapia dopo la chirurgia non è definita a priori: a differenza della DAPT post-PCI, ASA + Rivaroxaban 2.5 mg rappresenta una terapia cronica, da rivalutare periodicamente (almeno ogni 12 mesi) in base al profilo individuale di rischio ischemico ed emorragico. L'esperienza clinica oltre i 24 mesi è ancora limitata.

La terapia ipocolesterolemizzante

Sono raccomandate le statine ad alta intensità per tutti i pazienti con PAD, indipendentemente dai livelli basali di colesterolo. Le LG americane consigliano un LDL < 70 mg/dL. Le LG ESC indicano un target < 55 mg/dl (con riduzione >/= 50% del basale). Se non raggiunto con statina massimale, aggiungere ezetimibe e, se ancora fuori target, inibitori di PCSK9.

Gestione del diabete

Per i pazienti con PAD e diabete di tipo 2:
- SGLT2-inibitori (es. empagliflozin, dapagliflozin): raccomandati per ridurre eventi cardiovascolari e complicazioni renali.
- GLP-1 Agonisti (es. semaglutide): fortemente raccomandati per ridurre gli eventi cardiovascolari. Nota: le vecchie preoccupazioni sulle amputazioni con SGLT2i sono state ampiamente superate dai nuovi dati.
Importante arrivare al target di glicemia ed emoglobina glicata consigliato per i diabetici, da personalizzare in base alle

caratteristiche del paziente (fragilità, ridotta aspettativa di vita, durata del diabete, rischio di episodi ipoglicemici).

Altreterapie

- Pressione arteriosa: target < 130/80 mmHg. Gli ACE-inibitori o i sartani sono preferiti come prima linea per il loro effetto protettivo vascolare.
- Cilostazolo: confermato per migliorare la distanza di marcia nei pazienti con claudicatio, ma non ha effetto sulla sopravvivenza o sulla prevenzione dell'infarto.
- Smoking cessation: vareniclina, bupropione o NRT - Priorità assoluta.
- Valutazione e cura del piede : ispezione regolare, calzature adeguate, podologia nei diabetici.

Eserciziostrutturato

Questo è uno dei messaggi più forti e "sotto-utilizzati" delle LG. Per un paziente con claudicatio intermittens, l'esercizio fisico non è un semplice consiglio sullo stile di vita, ma una vera e propria terapia di prima linea, efficace nel migliorare l'autonomia di marcia.

Si possono distinguere chiaramente due modalità di esecuzione:

1- Supervised Walking Exercise (Esercizio Supervisionato)
È il gold standard assoluto. Si svolge in un ambiente clinico (fisioterapia o riabilitazione cardiologica/vascolare) sotto gli occhi di personale sanitario addestrato.
Il paziente cammina su un tapis roulant a una velocità e pendenza prestabilite fino a quando il dolore da claudicatio raggiunge un'intensità medio-alta. A quel punto si ferma, si riposa finché il dolore scompare, e poi ricomincia. Sessioni di 30-45 minuti, almeno 3 volte alla settimana, per un minimo di 12 settimane.
Il problema pratico in Italia: trovare centri di riabilitazione vascolare pubblica che offrano l'esercizio supervisionato per la PAD è difficile. Spesso le strutture sono intasate dalla riabilitazione post-infarto o post-ictus. Ed è qui che entra in gioco la seconda opzione.

2- Structured Home-Based Walking Exercise (Esercizio a Domicilio Strutturato)
È la vera novità terapeutica su cui le Linee Guida insistono. La parola chiave: è "strutturato". Dire al paziente "vada a camminare un po' ogni tanto" non serve a nulla (ha un tasso di aderenza vicino allo zero).
Per funzionare a domicilio, l'esercizio deve avere delle regole precise: uso obbligatorio di un contapassi, uno smartwatch o un'app sullo smartphone per monitorare i progressi; il paziente deve tenere un diario clinico (o mostrare i dati dell'app) e porsi l'obiettivo di camminare fino al punto di dolore moderato, fermarsi e ripartire, proprio come in clinica; almeno 3-5 volte alla settimana, cercando di aumentare gradualmente il numero di passi o i minuti di marcia consecutivi prima della comparsa del dolore.

Rivascolarizzazione

Deve essere riservata ai pazienti con ischemia critica (dolore a riposo, ulcere, gangrena) oppure sintomi persistenti e invalidanti che non rispondono alla terapia medica e all'esercizio fisico.

RenatoRossi

Bibliografia

McDermott MM. Peripheral Artery Disease in the Legs. N Engl J Med 2026;394:486-496
DOI:10.1056/NEJMcp2501200

Gornik HL et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines
Circulation. Volume 149, Number 24. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001251