



Gestione del colesterolo LDL: guida pratica per il clinico

Stratificazione del rischio cardiovascolare

Il **colesterolo LDL** rappresenta uno dei principali fattori di rischio (modificabili) per l'insorgenza della **malattia cardiovascolare aterosclerotica**.



Italia:
rischio moderato



Sesso
maschio/femmina



Età
40-69* 70-89**



Attuale fumatore:
sì/no



PA sistolica
100-200 mmHg



Valori di CT e C-HDL
CT 116-348
C-HDL 27-97

Parametri inclusi negli algoritmi per la stratificazione del rischio SCORE2* e SCORE2-OP**

Per la PA sistolica, i valori di CT e C-HDL si riferiscono al range entro il quale lo score è applicabile. C-HDL, colesterolo legato alle lipoproteine ad alta densità; CT, colesterolo totale; PA, pressione arteriosa; SCORE2, Systematic Coronary Risk Estimation 2; SCORE2-OP, Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons.

CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

LIVELLI TARGET DI C-LDL

ESTREMAMENTE ELEVATO	Pazienti con ASCVD e recidive vascolari nonostante statine al dosaggio massimo. Pazienti con malattia arteriosa polivascolare (coronarica e periferica).	<1.0 mmol/L (<40 mg/dL)
MOLTO ALTO	Pazienti con SCORE2 o SCORE2-OP $\geq 20\%$, ASCVD clinica o documentata, diabete con danno d'organo, ≥ 3 fattori di rischio o T1DM precoce da >20 anni. Rientrano anche pazienti con malattia renale cronica grave (eGFR <30 mL/min/1,73 m ²) e quelli con ipercolesterolemia familiare associata a ASCVD o ad almeno un altro fattore di rischio.	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)
ALTO	Pazienti con SCORE2 o SCORE2-OP tra il 10% e il 20%, oppure con colesterolo totale >8 mmol/L (310 mg/dL), C-LDL >4.9 mmol/L (190 mg/dL) o pressione $\geq 180/110$ mmHg. Fanno parte di questa categoria anche: soggetti con ipercolesterolemia familiare senza altri fattori di rischio, diabete mellito senza danno d'organo ma con durata ≥ 10 anni o un altro fattore di rischio, e chi presenta malattia renale cronica moderata (eGFR 30-59 mL/min/1,73 m ²).	Riduzione del C-LDL $\geq 50\%$ rispetto al basale e livelli target di C-LDL <1.8 mmol/L (<70 mg/dL)
MODERATO	SCORE2 / SCORE2-OP >2% e <10%, pazienti giovani (con diabete DT1 <35 anni, con diabete DT2 <50 anni) con Diabete Mellito da meno di 10 anni e senza ulteriori fattori di rischio.	<2.6 mmol/L (<100 mg/dL)
BASSO	SCORE2 / SCORE2-OP <2%.	<3.0 mmol/L (<116 mg/dL)

Fonte: 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

Algoritmo terapeutico: come intervenire

Intervento sullo STILE DI VITA

Alimentazione sana, priva di grassi saturi e ricca di fibre, esercizio fisico regolare, cessazione dell'abitudine al fumo.

Introduzione della TERAPIA FARMACOLOGICA

- 1 Terapia di prima linea: uso di statina in monoterapia o acido bempedoico
- 2 Se non si riesce a raggiungere il target C-LDL, terapia di associazione statina + ezetimibe
- 3 Mancato raggiungimento del target C-LDL, utilizzo PCSK9-i

Il diverso meccanismo d'azione di statine, ezetimibe e PCSK9-i rende questi approcci terapeutici complementari nel ridurre i livelli del colesterolo LDL.

Personalizzare la terapia sulla base del rischio CV e della risposta ai trattamenti del paziente

Fonte: Dislipidemia: i nuovi target e importanza delle terapie di associazione: <https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/3582/articoli/35670/>

Follow-up e monitoraggio

L'obiettivo del clinico è strutturare la migliore terapia per ciascun paziente, sulla base del rischio e di potenziali effetti indesiderati.

Inoltre, è molto importante verificare efficacia, aderenza e tollerabilità.

Per l'adeguato monitoraggio degli **obiettivi terapeutici** si raccomanda:



visita di controllo dopo l'inizio o la modifica della terapia entro **4-12 settimane**



controlli successivi ogni **3-12 mesi**



Strumenti e risorse per il clinico

- Calcolatore SCORE2 e SCORE2-OP
- Linee guida ESC/EAS agg.to 2025
- AIFA - Note 13/94 aggiornate
- Giornale italiano di cardiologia

Fonte: 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: <https://tinyurl.com/2025-UpdatedGuidelines>