- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

Prevenzione della coronaropatia nella pratica clinica. Raccomandazioni della Second Joint Task Force di Società europee* sulla prevenzione della patologia coronarica

David Wood, Guy De Backer, Ole Faergeman, Ian Graham, Giuseppe Mancia*, Kalevi Pyörälä, con i Membri della Task Force

*Imperial College School of Medicine, National Heart and Lung Institute, London, UK, *Clinica Medica, Ospedale San Gerardo, Monza (MI), Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (5): 692-698)

*Società Europea di Cardiologia, Società Europea dell'Aterosclerosi, Società Europea dell'Ipertensione.

Ricevuto l'11 aprile 2000.

Per la corrispondenza:

Prof. Giuseppe Mancia

Clinica Medica
Università degli Studi di Milano-Bicocca
Ospedale San Gerardo
Via Donizetti, 106
20052 Monza (MI)
E-mail:
giuseppe.mancia@unimib.it

Introduzione

Le raccomandazioni per la prevenzione della coronaropatia nella pratica clinica furono pubblicate nel 1994 dalla prima Joint Task Force di Società europee (Società Europea di Cardiologia, Società Europea dell'Aterosclerosi e Società Europea dell'Ipertensione)[1]. Da allora sono emerse nuove evidenze scientifiche sia per la prevenzione primaria che secondaria della coronaropatia, soprattutto in rapporto alla riduzione dei lipidi. Perciò è stata convocata una seconda Task Force da parte delle tre maggiori Società, inclusi rappresentanti della medicina comportamentale, della medicina di base e l'European Heart Network, allo scopo di revisionare le raccomandazioni date.

La Task Force ha riassunto i più importanti problemi clinici sulla prevenzione della coronaropatia, sui quali c'è accordo generale, in modo da dare ai cardiologi, ai medici ospedalieri, alla collettività e alle altre figure professionali sanitarie, i migliori consigli per facilitare il loro lavoro nella prevenzione della coronaropatia. La priorità per i medici è ancora rappresentata dai pazienti con coronaropatia conclamata, o con altre patologie aterosclerotiche, e da altri individui ad alto rischio. La potenzialità della prevenzione in questi gruppi di pazienti è maggiore ma occorrono notevoli miglioramenti nell'ambito dell'attuale pratica clinica[2].

Le presenti raccomandazioni hanno il preciso scopo di incoraggiare lo sviluppo e la revisione di linee guida nazionali sulla prevenzione delle patologie coronariche. Affinché la prevenzione delle coronaropatie divenga parte integrante della pratica clinica quotidiana, le Società Nazionali di Cardiologia, Aterosclerosi e Ipertensione, in collaborazione con altre organizzazioni professionali in ogni paese, devono assumersi la responsabilità di sviluppare le proprie linee guida, tenendo in debita considerazione la loro situazione politica, economica, sociale e medica.

L'intento comune a cardiologi, medici e ad altre figure professionali sanitarie di tutta l'Europa è quello di sfruttare le potenzialità della prevenzione delle coronaropatie in tutti i pazienti e di contribuire al maggiore sforzo pubblico nel ridurre l'enorme onere delle patologie cardiovascolari[3].

Priorità mediche

Nell'ambito di un'ampia strategia di popolazione che mira a ridurre il consumo di tabacco, ad incoraggiare la scelta di cibi sani e ad aumentare l'attività fisica, la priorità medica è quella di focalizzare l'attenzione su coloro che sono sintomatici per una coronaropatia, o per un'altra patologia aterosclerotica, e su coloro che sono ad alto rischio di sviluppare tali patologie in futuro.

Le priorità della prevenzione in cardiologia sono:

• pazienti con una coronaropatia diagnosticata o con altra patologia di tipo aterosclerotico;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

• soggetti sani, che sono però ad alto rischio di sviluppare una coronaropatia o altra patologia aterosclerotica a causa della presenza di concomitanti fattori di rischio, inclusi fumo, elevati valori di pressione arteriosa, dislipidemie (valori elevati di colesterolo totale e di colesterolo LDL, bassi valori di colesterolo HDL, valori elevati di trigliceridi), valori elevati di glicemia, familiarità positiva per insorgenza precoce di coronaropatia o per severa ipercolesterolemia o per altre forme di dis-lipidemia, ipertensione arteriosa o diabete;
• parenti di primo grado di pazienti con insorgenza precoce di coronaropatia o di altra patologia, aterosclerotica, e di individui sani con un rischio particolarmente elevato di sviluppare una coronaropatia;
• altri pazienti incontrati nel corso della pratica clinica quotidiana.

Obiettivi della prevenzione della coronaropatia

L'obiettivo principale della prevenzione della coronaropatia, sia nei pazienti con coronaropatia clinicamente manifesta, o con altra patologia aterosclerotica, sia nei soggetti ad alto rischio, è lo stesso: ridurre il rischio di una severa coronaropatia, o altre complicanze su base aterosclerotica, e in tal modo ridurre la comparsa precoce di disabilità e mortalità, prolungando la sopravvivenza.

Nell'ambito di queste raccomandazioni gli obiettivi della prevenzione della coronaropatia primaria e secondaria sono stati stabiliti non soltanto puntando sul cambiamento dello stile di vita, ma anche sul controllo dei valori pressori, dei lipidi plasmatici e del diabete (Fig. 1).

Rischio assoluto multifattoriale di coronaropatia come guida all'intervento sullo stile di vita e al trattamento farmacologico

I pazienti che si presentano con sintomi clinici di coronaropatia, o di altra patologia aterosclerotica, dichiarano essi stessi di avere un rischio molto alto di sviluppare altre complicanze vascolari. Perciò essi richiedono le maggiori modificazioni dello stile di vita e, se necessario, terapia farmacologica, in modo da raggiungere gli obiettivi proposti con la prevenzione.

Poiché la coronaropatia ha una patogenesi multifattoriale, è importante valutare il rischio assoluto (il rischio, cioè, di sviluppare una coronaropatia, o una complicanza non mortale o mortale per coronaropatia, nell'arco dei successivi 10 anni) dei soggetti sani, prendendo in considerazione tutti i maggiori fattori di rischio (Fig. 2).

Gli individui con il più alto rischio multifattoriale possono così essere identificati e designati per l'intervento sullo stile di vita e, se necessario, per la terapia farmacologica.

I medici dovrebbero sempre utilizzare il rischio assoluto di coronaropatia quando esprimono un giudizio sull'uso di farmaci nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e dei livelli plasmatici dei lipidi, piuttosto che considerare semplicemente i singoli fattori di rischio separatamente.

Quando un rischio assoluto di coronaropatia supera il 20% nell'arco dei successivi 10 anni, o supererà il 20% se proiettato ad un'età di 60 anni o quando persiste nonostante modificazioni dello stile di vita, è sufficientemente alto da giustificare l'uso specifico di provate terapie farmacologiche.

Figura 1. *Stile di vita e obiettivi terapeutici per i pazienti con coronaropatia o con altre patologie aterosclerotiche e per individui sani ad alto rischio.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

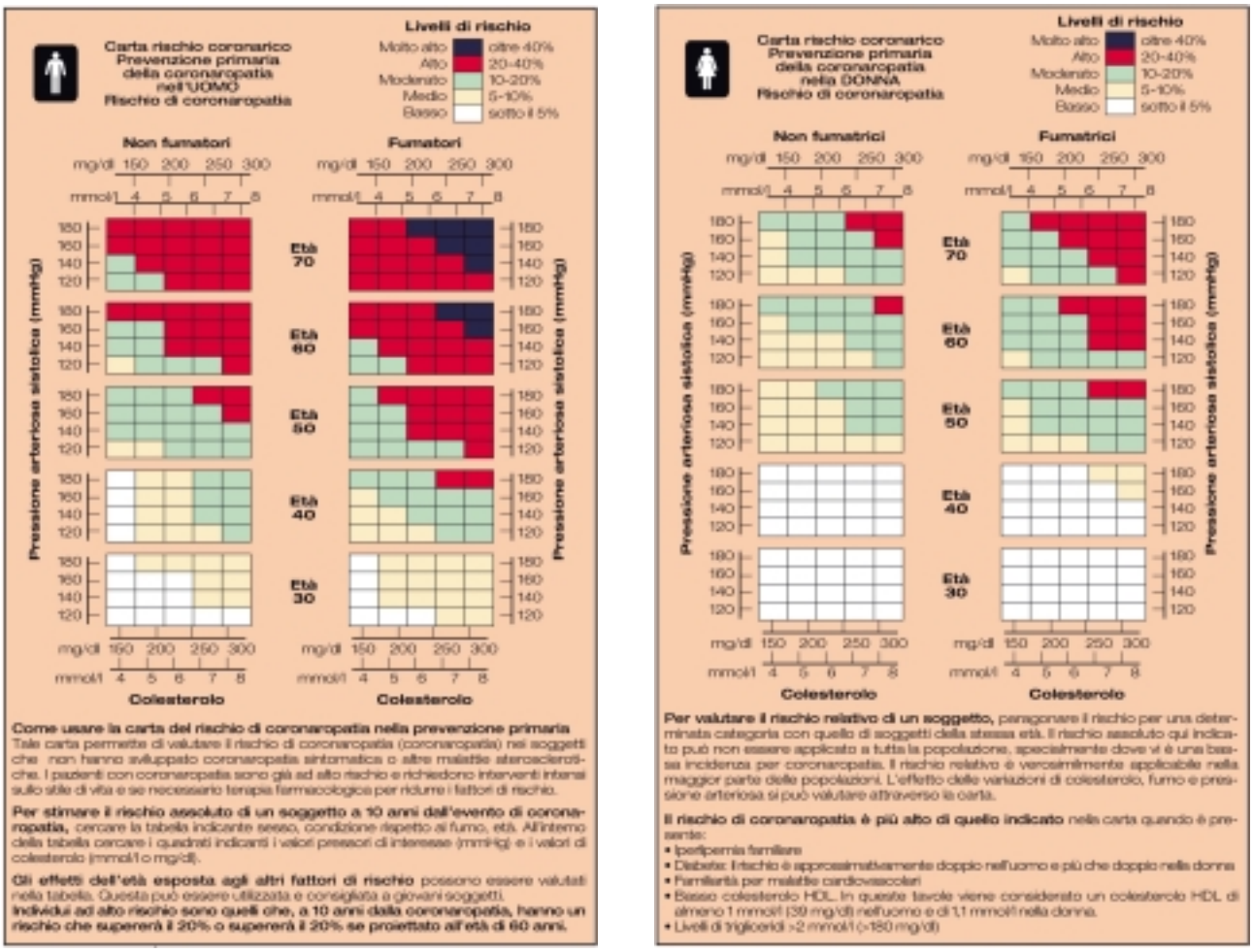

Figura 2. A: *prevenzione primaria delle coronaropatie nell'uomo; rischio di coronaropatie.* B: *prevenzione primaria delle coronaropatie nella donna; rischio di coronaropatie.*

Prevenzione secondaria nei pazienti con coronaropatia o con altra patologia aterosclerotica

Stile di vita. I cambiamenti dello stile di vita dipendono dalla prontezza che i pazienti ad alto rischio (di coronaropatia e non) mostrano nel modificare il loro comportamento. L'opportunità ideale per rivedere lo stile di vita si presenta quando i pazienti sviluppano i sintomi di una coronaropatia, o sanno di essere ad alto rischio.

Molti prenderanno in considerazione di attuare appropriati cambiamenti e, con il supporto medico e familiare, potranno farlo per tutta la vita.

Astinenza dal fumo di tabacco. I pazienti dovrebbero essere incoraggiati e aiutati ad astenersi per sempre dal fumo di tabacco in tutte le sue forme. Un medico può con i giusti consigli aiutare i pazienti a smettere. Sarebbe bene anche evitare il fumo passivo. Terapie sostitutive con la nicotina possono essere inizialmente utili per alcuni pazienti, soprattutto per quelli che sono dei forti fumatori. I familiari che dividono la stessa casa possono aiutare i pazienti a smettere di fumare e ridurre il rischio di riprendere questa abitudine evitando essi stessi di fumare.

Scelta di cibi sani. Tutti i pazienti dovrebbero ricevere consigli sui cibi da scegliere in modo da fare una dieta che sia associata al più basso rischio di coronaropatia o ad altra patologia aterosclerotica. I medici dovrebbero sottolineare l'importanza della dieta in relazione alla riduzione del peso corporeo, al controllo della pressione arteriosa, del colesterolo plasmatico, e della glicemia nei pazienti diabetici, e alla riduzione del rischio trombotico. La dieta è parte integrante della gestione complessiva del paziente. In questo contesto il ruolo della famiglia è particolarmente importante in quanto la persona principalmente responsabile di acquistare e preparare i cibi deve essere informata sulla necessità di scegliere cibi sani e sul modo di cucinarli appropriatamente.

Inoltre dovrebbe essere spiegata l'importanza dell'attività fisica nel controllo del peso corporeo e il suo ruolo positivo nei confronti degli altri fattori di rischio. Molti fattori dietetici sono correlati al rischio di coronaropatia e altre patologie aterosclerotiche.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

Per un paziente con aterosclerosi gli obiettivi dietetici sono:
• ridurre l'apporto totale di grassi al 30% o meno dell'apporto energetico totale, l'apporto di grassi saturi a non più di un terzo dell'apporto totale di grassi e l'apporto di colesterolo a meno di 300 mg/die;
• ridurre i grassi saturi sostituendoli in parte con grassi insaturi o polinsaturi sia di origine vegetale che ittica, così come per i carboidrati complessi;
• aumentare il consumo di frutta fresca, cereali e vegetali;
• ridurre l'apporto totale di calorie quando c'è necessità di ridurre il peso corporeo;
• ridurre il consumo di sale e di alcol in presenza di valori elevati di pressione arteriosa.

I pazienti con ipertensione, ipercolesterolemia o altre forme di dislipidemia o diabete possono trarre beneficio da consigli dietetici di tipo specialistico. Appropriate modificazioni alimentari possono positivamente influenzare tutti questi fattori di rischio e ridurre il ricorso a terapie farmacologiche.

Aumento dell'attività fisica. Tutti i pazienti dovrebbero essere incoraggiati e spinti ad aumentare la propria attività fisica, in modo adeguato, ad un livello che sia correlato con il più basso rischio di patologia vascolare.

È raccomandato l'esercizio aerobico (per esempio camminare, nuotare o andare in bicicletta) per 20-30 min almeno 4-5 volte la settimana. I medici dovrebbero sottolineare l'importanza dell'attività fisica, da cui il paziente trae giovamento.

Essere fisicamente attivi aiuta a ridurre il peso corporeo (in associazione alla scelta di cibi sani), aumentare il colesterolo HDL, e ridurre i livelli di trigliceridi così come la tendenza alla trombosi. Ancora una volta la famiglia è importante nel favorire uno stile di vita attivo.

Altri fattori di rischio cardiovascolare

Sovrappeso e obesità. I pazienti in sovrappeso (indice di massa corporea > 25 kg/m^2) od obesi (indice di massa corporea > 30 kg/m^2), soprattutto quelli con obesità di tipo centrale, sono a rischio elevato e dovrebbero essere incoraggiati a perdere peso utilizzando una dieta appropriata e aumentando l'attività fisica. La riduzione del peso corporeo aiuterà anche a ridurre la pressione arteriosa, il colesterolo plasmatico e la glicemia.

La circonferenza vita è un utile indice clinico di obesità e può essere usato per monitorare la riduzione di peso. Una circonferenza vita ≥ 94 cm negli uomini e ≥ 80 cm nelle donne rappresenta un'indicazione a perdere peso, mentre una circonferenza vita ≥ 102 cm negli uomini e ≥ 88 cm nelle donne richiede un intervento di tipo specialistico.

Pressione arteriosa. Nei pazienti con coronaropatia la pressione arteriosa sistolica e la pressione arteriosa diastolica dovrebbero essere considerevolmente sotto i 140/90 mmHg.

Se tali valori non vengono raggiunti attraverso modificazioni dello stile di vita, bisogna ricorrere ad una terapia farmacologica.

Nei pazienti con angina andrebbero preferiti i betabloccanti, o se non tollerati o inefficaci, i calcioantagonisti a lunga durata d'azione, in quanto entrambe queste classi di farmaci riducono i valori di pressione arteriosa e alleviano i sintomi. Dopo un infarto miocardico acuto andrebbero usati i betabloccanti poiché tali farmaci sono anche in grado di ridurre le recidive. Si possono usare anche gli inibitori dell'enzima di conversione (ACE-inibitori), soprattutto nei pazienti con significativa alterazione funzionale sistolica del ventricolo sinistro.

Lipidi plasmatici. I valori ideali di colesterolo plasmatico totale sono ben al di sotto di 5.0 mmol/l (190 mg/dl) e quelli di colesterolo LDL al di sotto di 3.0 mmol/l (115 mg/dl).

Il controllo delle concentrazioni di colesterolo HDL e dei trigliceridi non rientra tra gli obiettivi della terapia. Comunque, un valore di colesterolo HDL < 1.0 mmol/l (40 mg/dl) e livelli di trigliceridi > 2.0 mmol/l (180 mg/dl) sono indici di aumentato rischio di coronaropatia.

Se i valori ideali di colesterolo totale e di quello LDL non sono raggiunti tramite modificazioni dello stile di vita, è necessario fare ricorso alla terapia farmacologica.

Andrebbero scelti gli inibitori della 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A reduttasi (statine) poiché questa classe di farmaci ipolipemizzanti è quella maggiormente correlata con una riduzione della morbilità, mortalità e aumento della sopravvivenza, nei pazienti con coronaropatia. C'è inoltre evidenza che le statine riducono il rischio di stroke nei pazienti con coronaropatia.

Glicemia. Sebbene non sia chiaro se il buon controllo glicemico riduca il rischio di ricorrenti malattie nei pazienti diabetici con coronaropatia o altre patologie aterosclerotiche, un buon controllo glicemico può comunque avere un'influenza positiva sulla microangiopatia e su altre complicanze diabetiche.

Gli obiettivi per un adeguato compenso glicemico nel diabete mellito di tipo 1 (diabete insulino-dipendente) sono: glicemia a digiuno di 5.1-6.5 mmol/l (91-120 mg/dl), glicemia post-prandiale (picco) di 7.6-9.0 mmol/l (136-160 mg/dl), emoglobina glicata (HbA_{1c}) di 6.2-7.5%, e assenza di ipoglicemie severe. Nella maggior parte dei pazienti con diabete mellito di tipo 2 (diabete non insulino-dipendente) si possono ottenere facilmente livelli anche inferiori paragonabili ai non diabetici.

Per alcuni pazienti, in particolare negli anziani, possono essere accettati risultati meno rigorosi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

Altre terapie farmacologiche di profilassi. Oltre ai farmaci necessari come supplemento allo stile di vita per il controllo della pressione arteriosa, del livello di lipidi e glucosio, possono essere prese in considerazione le seguenti classi di farmaci, le quali possono (ciascuna) ridurre la morbilità e mortalità nei pazienti con coronaropatia:

• aspirina (almeno 75 mg) o altri antiaggreganti piastrinici, praticamente in tutti i pazienti;
• betabloccanti utilizzati nei pazienti in seguito ad infarto miocardico acuto;
• ACE-inibitori nei pazienti con sintomi o segni di insufficienza cardiaca secondaria ad infarto miocardico acuto o con persistente disfunzione ventricolare sistolica sinistra (frazione di eiezione < 40%);
• terapia anticoagulante successiva ad infarto miocardico per pazienti selezionati con elevato rischio di eventi tromboembolici, inclusi i pazienti con esteso infarto miocardico anteriore, aneurisma ventricolare sinistro o trombi, tachiaritmie parossistiche, insufficienza cardiaca cronica e quelli con una storia di eventi tromboembolici.

Controllo dei parenti di primo grado. I parenti di primo grado di pazienti con prematura coronaropatia (maschi di età < 55 anni e femmine di età < 65 anni) devono essere valutati in rapporto ai fattori di rischio coronarico in quanto hanno un aumentato rischio di sviluppare coronaropatia.

Prevenzione primaria: soggetti ad alto rischio di sviluppare coronaropatia o altre patologie aterosclerotiche maggiori

Valutazione del rischio coronarico. Il rischio assoluto di sviluppare coronaropatia (coronaropatia non mortale o morte per coronaropatie) nei 10 anni successivi può essere determinato tramite la "Carta di Rischio Coronarico" utilizzando come dati il sesso, l'età, lo stato di fumatore, pressione arteriosa sistolica e colesterolo totale.

Per i soggetti con rischio assoluto di coronaropatia > 20% nei 10 anni successivi (o che supererà il 20% se proiettato all'età di 60 anni) deve essere raccomandata l'intensa (la radicale) modificazione dei fattori di rischio, includendo dove indicato un selettivo uso di terapie farmacologiche specifiche. È particolarmente importante in questo gruppo ad alto rischio l'intervento sulle abitudini di vita.

Stile di vita. I soggetti ad alto rischio devono essere sollecitati ad astenersi dal fumo, a seguire salutari scelte alimentari e a svolgere attività fisica. È importante nella prevenzione primaria evitare il sovrappeso o ridurre l'esistente sovrappeso. Con simili cambiamenti dello stile di vita può essere evitata la necessità di ricorrere a terapie farmacologiche croniche. Le raccomandazioni sullo stile di vita date ai pazienti con coronaropatia possono essere applicate a tutti gli individui ad alto rischio.

Pressione arteriosa. Studi clinici sulla riduzione della pressione arteriosa con l'uso di differenti farmaci hanno mostrato in modo persuasivo che i rischi associati ad ipertensione possono essere sostanzialmente ridotti, in particolare l'incidenza dello stroke, ma anche delle coronaropatie e dell'insufficienza cardiaca. Tale riduzione del rischio è probabilmente dovuta alla riduzione dei valori pressori piuttosto che ad alcune proprietà intrinseche delle classi di agenti antipertensivi usate.

Dal momento che le coronaropatie sono la più frequente causa di morte per patologie cardiovascolari, la prima considerazione nel trattamento dell'ipertensione arteriosa è ridurre il rischio di coronaropatia. La decisione del trattamento farmacologico dell'ipertensione dipende sia dal rischio assoluto di coronaropatia, che dalla pressione arteriosa sistolica e diastolica e dal danno degli organi bersaglio (Fig. 3).

Nei soggetti con persistente pressione sistolica > 180 mmHg e/o pressione diastolica > 100 mmHg, nonostante gli interventi sulle abitudini di vita, il rischio di coronaropatia, stroke e insufficienza cardiaca è così alto che è essenziale il trattamento farmacologico.

I soggetti con pressione sistolica compresa fra 160-179 mmHg e/o pressione diastolica 95-99 mmHg spesso necessitano di trattamento farmacologico se tali elevati valori pressori sono persistenti.

Gli individui con livelli pressori mediamente elevati (pressione sistolica 140-159 mmHg e pressione diastolica 90-94 mmHg) possono anche necessitare di trattamento farmacologico, ma ciò dipende dalla presenza di altri fattori di rischio (un rischio di coronaropatia assoluto > 20% nei 10 anni successivi, o che supererà il 20% se proiettato verso un'età > 60 anni) e dalla presenza o meno di danno agli organi bersaglio. Tuttavia con gli stessi livelli pressori i farmaci possono non essere costantemente necessari in coloro che hanno un basso rischio assoluto di coronaropatia.

Quando viene intrapresa la terapia per ridurre i valori pressori la dose viene aumentata finché non viene raggiunto tale risultato. Il trattamento viene iniziato preferibilmente con un farmaco e, se necessario, viene aggiunto un secondo o un terzo agente antipertensivo per raggiungere tale obiettivo. L'ideale per la prevenzione primaria è ottenere una pressione arteriosa chiaramente e costantemente < 140/90 mmHg. I valori pressori ottenuti devono essere più bassi per i soggetti giovani o con diabete mellito o nefropatie.

La riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolari tramite il trattamento con farmaci antipertensivi come diuretici (in particolare tiazidici) e betabloccanti è stata chiaramente dimostrata. Simili risultati sono stati recentemente ottenuti anche con i calcioantagonisti. In alcuni di questi studi sono stati utilizzati anche gli ACE-inibitori e altri farmaci. Quindi diverse classi di

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

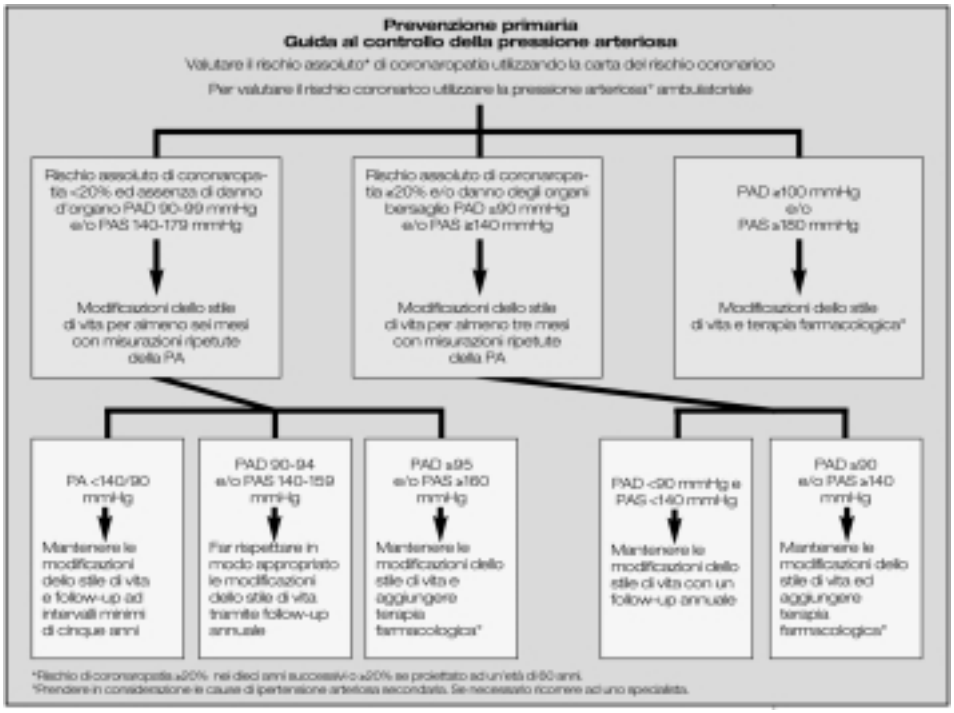

Figura 3. *Guida al controllo della pressione arteriosa nella prevenzione primaria. PAD = pressione arteriosa diastolica; PAS = pressione arteriosa sistolica.*

farmaci possono essere considerate per il trattamento antipertensivo con il risultato di un'adeguata riduzione della pressione arteriosa.

Lipidemia. Studi clinici sulla modificazione dei livelli lipidici con la dieta e con differenti farmaci hanno mostrato in modo convincente che il rischio assoluto di coronaropatia associato ad aumentati livelli di colesterolo può essere sostanzialmente ridotto. La riduzione del rischio è probabilmente dovuta alla modificazione delle lipoproteine, soprattutto la riduzione del colesterolo LDL, più che ad alcune proprietà intrinseche degli agenti ipolipemizzanti utilizzati.

La decisione del trattamento farmacologico delle dislipidemie dipende dal rischio assoluto di coronaropatia come anche dai livelli ematici dei lipidi, dal quadro lipoproteico e dalla storia familiare di premature coronaropatie o altre malattie cardiovascolari (Fig. 4). I pazienti con ipercolesterolemia familiare sono a così alto rischio di premature coronaropatie che il trattamento farmacologico è sempre necessario. Individui con alto rischio di coronaropatia per la concomitante presenza di fattori di rischio (rischio di coronaropatia assoluto > 20% nei successivi 10 anni, o che supererà il 20% se proiettato oltre i 60 anni di età) e in cui i livelli di colesterolo non sono stati ridotti con la dieta, richiedono il trattamento farmacologico della dislipidemia.

Per gli individui ad alto rischio il fine è raggiungere un colesterolo totale consistentemente < 5 mmol/l (190 mg/dl) e colesterolo LDL < 3 mmol/l (115 mg/dl). Ciò è supportato dagli studi di prevenzione primaria di terapie ipocolesterolemizzanti, in cui è stata dimostrata l'efficacia tramite la riduzione della morbilità e mortalità coronariche, quando venivano trattati i soggetti con rischio di coronaropatia assoluto anche al di sotto del 20%. Concentrazioni di colesterolo HDL < 1 mmol/l (40 mg/dl) e di trigliceridi a digiuno > 2 mmol/l (180 mg/dl) sono indici di aumentato rischio di coronaropatia.

All'inizio del trattamento ipolipemizzante la dose farmacologica può essere aumentata finché non si ottiene un'adeguata riduzione del colesterolo. Se negli individui ad alto rischio non si riesce a raggiungere tale risultato con la dieta, o con trattamento ipolipemizzante ad alte dosi, è necessario ricorrere alle associazioni terapeutiche. I soggetti con livelli di colesterolo o colesterolo LDL molto alti o con livelli di colesterolo LDL, sebbene non riescano a raggiungere i suddetti obiettivi, possono comunque trarre beneficio dalla riduzione dei livelli di colesterolo.

Ci sono quattro classi di farmaci attualmente in uso (statine, fibrati, resine e niacine) per le quali è stato dimostrato che riducono la morbilità e mortalità per coronaropatia, ma nella prevenzione primaria i dati sull'efficacia e la sicurezza sono a favore delle statine.

Glicemia. Attualmente non vi sono studi controllati sul rapporto buon compenso glicemico e rischio di coronaropatia o altre malattie aterosclerotiche nei pazienti diabetici. Sia nel diabete di tipo 1 che 2, il grado di iperglicemia è associato all'aumento di rischio di malattie aterosclerotiche. Il buon controllo glicemico (come definito per i pazienti con coronaropatia) ha benefici ef-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Tue, 17 Feb 2026, 12:18:10

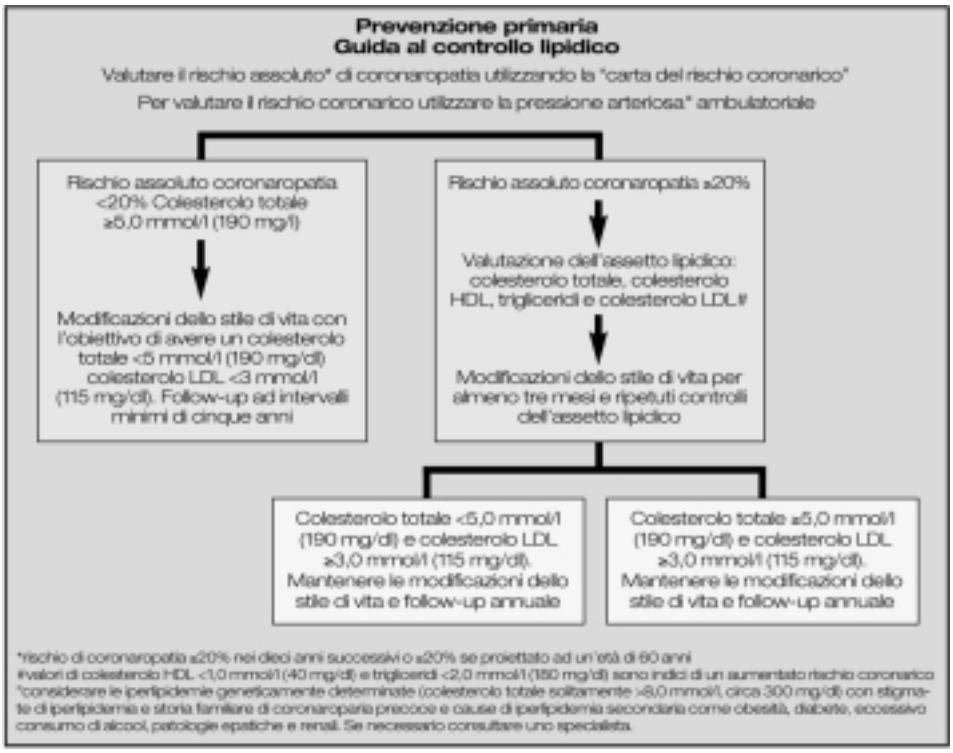

Figura 4. *Guida al controllo lipidico nella prevenzione primaria.*

fetti sulla microangiopatia diabetica e altre complicanze diabetiche, perciò dovrebbe essere ottenuto, quando possibile, in tutti i diabetici. Per ogni fattore di rischio accertato come il fumo, l'ipertensione arteriosa e la dislipidemia e le associazioni di tali fattori di rischio, il rischio totale di coronaropatia di un paziente diabetico è maggiore rispetto ad un corrispondente paziente non diabetico. Pertanto è particolarmente importante la riduzione dei fattori di rischio nei pazienti diabetici per raggiungere tale fine.

Terapie farmacologiche di profilassi. L'aspirina o altri farmaci antiaggreganti piastrinici non sono usualmente indicati nel trattamento di pazienti ad alto rischio. È evidente che l'aspirina a basse dosi (75 mg) può ridurre il rischio di coronaropatia nei pazienti ipertesi trattati, in cui i livelli pressori sono ben controllati e in uomini con rischio di coronaropatia particolarmente elevato. La prescrizione dell'aspirina ai soggetti ad alto rischio comunque non è raccomandata.

Controllo dei parenti di primo grado. Nei parenti di primo grado di pazienti con ipercolesterolemia familiare o altre dislipidemie ereditarie devono essere eseguiti i dosaggi dei lipidi.

Bibliografia

1. Pyörälä K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D, on behalf of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. Eur Heart J 1994; 15: 1300-31; Atherosclerosis 1994; 110: 121-61; International Society of Hypertension News 1995; 1: 6.
2. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: a European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. Eur Heart J 1997; 18: 1569-82.
3. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D, on behalf of the Task Force. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe. Eur Heart J 1997; 18: 1231-48.