Ictus ischemico: come gestire la prevenzione secondaria?

Data 05 maggio 2026
Categoria neurologia

Una panoramica sulle strategie di prevenzione secondaria nel paziente che ha subito un ictus ischemico.

Il paziente che ha subito un ictus ischemico presenta un rischio elevato di recideva, maggiore nelle prime settimane dopo l'evento, ma che persiste per anni. Diventa quindi necessario adottare una serie di misure di prevenzione secondaria che in parte ricordano quelle usate nel caso della cardiopatia ischemica.

Anzitutto è obbligatorio avvisare il paziente che fuma sulla necessità di smettere. L'attività fisica moderata-intensa riduce del 40% il rischio cardiovascolare. La dieta mediterranea è supportata da evidenze come il trial PREDIMED (riduzione del rischio di ictus dal 3% all'1,6%). Il controllo del peso è l'altro aspetto da considerare, sia con terapia dietetica che farmacologica.

La prevenzione farmacologica si basa sulla doppia antiaggregazione (DAPT) con ASA associato a un inibitore del P2Y12 (clopidogrel, prasugel, ticagrelor) per 21-30 giorni. Dopo tale periodo aumenta il rischi emorragico per cui si passa alla singola antiaggregazione (ASA a basse dosi o un inibitore dl P2Y12).
Nei pazienti con fibrillazione atriale, i DOAC sono la terapia di prima scelta, con riduzione del 19% del rischio di ictus/embolia sistemica rispetto al warfarin. La valutazione se privilegiare solo il controllo della frequenza oppure ricorrere alla cardioversione (farmacologica o elettrica) è di stretta competenza del cardiologo con esperienza in aritmologia. Nei casi appropriati si può ricorrere all'ablazione che può ottenere la scomparsa dell'aritmia.

Il trattamento dell'ipertensione dovrebbe arrivare a un target < 130/80 mmHg (riduzione del rischio di ictus ricorrente del 27% e della mortalità cardiovascolare del 15%).

Va trattata anche l'ipercolesterolemia. Lo studio SPARCL, ad esempio, ha dimostrato che atorvastatina 80 mg/die riduce il rischio di ictus del 16% e degli eventi cardiovascolari maggiori del 20%. Il target di LDL raccomandato è < 70 mg/dL, ottenuto con statine ad alta intensità (atorvastatina 40-80 mg o rosuvastatina 20-40 mg); se insufficiente, si aggiungono inibitori PCSK9, ezetimibe o terapie a RNA interferente.

Il diabete è presente nel 30% circa dei pazienti con ictus ischemico: esso aumenta il rischio di recidiva di almeno il 50%. Si consiglia un target di HbA1c < 7%. La metformina rimane il farmaco di prima scelta, mentre gli agonisti del GLP-1 riducono il rischio di ictus non fatale del 16%. Gli inibitori SGLT2 sono utili come terapia aggiuntiva in pazienti selezionati.

Nei pazienti con stenosi carotidea sintomatica (50-99%), è indicata l'endoarteriectomia o lo stenting entro 2 settimane dall'evento. L'endoarteriectomia è superiore allo stenting per il rischio di ictus periprocedurale, ma inferiore per il rischio di infarto miocardico.

Nel caso venga riscontrato un forma ovale pervio generalmente si procede alla chiusura se sono presenti questi fattori: età inferiore ai 60 anni, nessuna causa evidente di ictus (ictus criptogenetico), forame pervio con caratteristiche di alto rischio (shunt destro-sinistro ampio oppure persistente anche senza Valsalva, aneurisma del setto interatriale, ampia apertura del forame, valvola di Eustachio prominente, ecc.)

Infine sono importanti il monitoraggio periodico dei fattori di rischio, l' aderenza del paziente alle terapie prescritte e la motivazione che può avvalersi di programmi strutturati.

Rimangono aperte le questioni sul ruolo degli antinfiammatori, sul trattamento dell'apnea notturna, sull'occlusione dell'auricola sinistra in pazienti ad alto rischio emorragico e sulla gestione dell'aterosclerosi intracranica sintomatica.

RenatoRossi

Lettureconsigliate

Ford B MD, Dore MM MD, Koehn TR MD. Recurrent Ischemic Stroke: Prevention Strategies. Am Fam Physician. 2026 Jan;113(1):57-69.

Furie KL and Kelly PJ. Secondary Prevention after Ischemic Stroke. N Engl J Med 2026 Feb 18;394:784-792.