Nuove linee guida sulla terapia antiaggregante

Data 19 novembre 2026
Categoria cardiovascolare

In questa pillola una sintesi delle principali raccomandazioni dell'ACC sulla terapia antiaggregante.

Sono state pubblicate le linee guida 2026 sulla terapia antiaggregante da parte dell'American College of Cardiology (ACC). Di seguito le raccomandazioni principali.

1. L'uso di routine dell'aspirina a basso dosaggio per la prevenzione primaria non è raccomandato per la popolazione generale, poiché riduce solo modestamente gli eventi ischemici a fronte di un aumentato rischio di sanguinamento maggiore. Può essere presa in considerazione solo negli adulti tra i 40 e i 70 anni ad alto rischio cardiovascolare/ischemico e a basso rischio di sanguinamento. L'uso di routine dell'aspirina nei pazienti con più di 70 anni deve essere evitato per via di un bilancio rischio-beneficio sfavorevole.

2. Sindromi Coronariche Acute (SCA) e Rivascolarizzazione con PCI
Nei pazienti con SCA sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI), prasugrel o ticagrelor sono preferiti rispetto a clopidogrel, con alcuni dati a favore di prasugrel. Nei pazienti con età superiore a 75 anni, il clopidogrel può essere preferito per ridurre il rischio di sanguinamento maggiore.
Il periodo standard predefinito di DAPT (doppia antiaggregazione) è di 12 mesi per la SCA e 6 mesi per la malattia coronarica cronica (CCD).
Una DAPT abbreviata (1-3 mesi) seguita da monoterapia con inibitore P2Y12 (soprattutto ticagrelor o prasugrel) riduce i sanguinamenti senza aumentare gli eventi ischemici.
La transizione da un agente più potente (ticagrelor o prasugrel) a clopidogrel dopo 1 mese dalla PCI per SCA rappresenta una strategia opzionale per ridurre il rischio emorragico.

3. Oltre il primo anno da una SCA o PCI, dati recenti indicano che la monoterapia con clopidogrel può offrire una protezione ischemica maggiore rispetto all'aspirina monoterpica, con un rischio di sanguinamento simile o inferiore.

4. L'associazione di rivaroxaban 2,5 mg BID e aspirina 81 mg/die può essere considerata per il trattamento a lungo termine in pazienti selezionati ad alto rischio con coronaropatia o arteriopatia periferica stabili, in assenza di storia di sanguinamento maggiore o ICTUS.

5. Malattia Arteriosa Periferica (PAD) e Malattie Cerebrovascolari
PAD: Dopo rivascularizzazione si raccomanda una DAPT breve (1–6 mesi). A lungo termine, la monoterapia antiaggregante o la combinazione di aspirina + rivaroxaban 2,5 mg BID è indicata per ridurre eventi avversi cardiaci e degli arti.
TIA/Ictus Minore: In caso di TIA ad alto rischio o ictus ischemico minore (NIHSS ≤3), l'avvio precoce di DAPT (aspirina + clopidogrel) per 21 giorni riduce le recidive di ictus precoci, dopodiché si passa a monoterapia per limitare il rischio emorragico.

6. Per la chirurgia elettiva, l'intervento andrebbe differito di almeno 6 mesi dopo PCI per malattia cronica e 12 mesi dopo PCI per SCA.
Sospensione dei Farmaci: Prima di un intervento chirurgico, sospendere clopidogrel e ticagrelor 5 giorni prima, prasugrel 7 giorni prima, mantenendo l'aspirina a basso dosaggio ove possibile.

7. Se vi è una contemporanea indicazione alla terapia anticoagulante (ad esempio per la presenza di fibrillazione atriale) la terapia con anticoagulanti più doppia terapia antiaggregante è generalmente sconsigliata. L'aspirina può spesso essere sospesa entro un mese (a volte già dopo la prima settimana), e si consiglia di continuare con clopidogrel e un anticoagulante orale diretto.

8. Nei pazienti sottoposti a bypass coronarico la doppia terapia antiaggregante (DAPT) può ridurre il rischio di fallimento o chiusura dei graft venosi rispetto alla sola aspirina ma non migliora gli endpoint cardiovascolari maggiori ed è associata a un aumento del rischio di sanguinamento. Per questo motivo, l'aspirina a basso dosaggio (81–100 mg/die) rimane il pilastro della terapia standard di mantenimento per prevenire la progressione dell'aterosclerosi e proteggere i graft a lungo termine, salvo indicazioni specifiche a breve termine o elevato rischio trombotico valutato dal cardiologo.

9. Protezione Gastrica: L'uso di routine dei PPI è raccomandato nei pazienti a elevato rischio di sanguinamento gastrointestinale o in quelli in terapia anticoagulante concomitante.

RenatoRossi

Bibliografia

Kumbhani DJ, Gibson CM, Kinlay S, Peterson ED, Pollak AW, Tamis-Holland JE, Verheugt FWA. Antiplatelet Therapy in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2026 ACC Scientific Statement: A Report of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol. 2026 Jun 30:S0735-1097(26)06704-5. doi: 10.1016/j.jacc.2026.05.037. Epub ahead of print. PMID: 42377293.