

Prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria: utilizzo di ASA in Medicina Generale

Primary and secondary cardiovascular prevention: use of ASA in General Practice

Andrea Zanchè¹, Francesco Lapi², Ignazio Grattagliano³

¹SIMG coordinatore macroarea cronicità, ²Centro di Ricerca 'Health Search', SIMG, ³SIMG vice-presidente



Conflitto di interessi

Francesco Lapi è stato coinvolto in attività di consulenza, relativamente ad analisi epidemiologiche, per Bayer, Viatrix, AZ e Boehringer Ingelheim. Gli altri Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria: utilizzo di asa in Medicina Generale Rivista SIMG 2026; 33 (02):28-32.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT L'acido acetilsalicilico (ASA) a basso dosaggio rappresenta una terapia consolidata in prevenzione cardiovascolare (CV) e, nonostante le evidenze che la sospensione di ASA aumenti il rischio di recidiva, in medicina generale persistono sottoutilizzo e bassa persistenza terapeutica. In prevenzione primaria l'indicazione di ASA, dopo attenta valutazione rischio/beneficio, riguarda solo soggetti ad alto rischio (>20% a 10 anni secondo il Progetto CUORE). Questo articolo mira ad aggiornare quantitativamente lo stato dell'impiego e dell'aderenza all'ASA nelle cure primarie italiane, utilizzando indicatori di performance assistenziale derivanti da un network di Medici di Medicina Generale (MMG) utilizzatori di uno strumento di Population Health Management (PHM).

Nel 2025, i soggetti ad alto rischio in prevenzione primaria erano 4.802/174.133 (2.76%; IC95% 2.68-2.83), in calo rispetto al 2021 (3.13%); di questi, 1.040/4.802 erano trattati con ASA (21.66%; IC95% 20.49-22.82), con stabilità fino al 2023 e riduzione nel 2024-2025. In prevenzione secondaria, 133.190/273.326 ricevevano ASA (48.73%; IC95% 48.54-48.92), con aumento fino al 2024 e lieve flessione nel 2025. L'aderenza è risultata estremamente bassa: 5.1% (43/843) in prevenzione primaria e 4.76% (5.038/105.943) in prevenzione secondaria, senza incremento strutturato nel tempo.

Nel complesso, i dati confermano una criticità persistente di sotto-trattamento e soprattutto di scarsa aderenza all'ASA; tale quadro è difficilmente attribuibile al solo profilo di rischio del farmaco, suggerendo determinanti multifattoriali (impropria percezione del beneficio, sintomi gastrointestinali, politerapia, complessità del regime, comunicazione medico-paziente, alternative terapeutiche), con implicazioni rilevanti sugli eventi CV evitabili attraverso strategie integrate e interventi mirati sull'aderenza.

Low-dose acetylsalicylic acid (ASA) is a well-established therapy for secondary cardiovascular (CV) prevention. Despite evidence that ASA discontinuation increases the risk of recurrence, underuse and low therapeutic persistence continue to be observed in general practice. For primary prevention, after risk/benefit assessment, its use is indicated only in high-risk individuals (>20% at 10 years according to the CUORE Project). This article aims to update the status of ASA use and adherence in Italian primary care, using care performance indicators derived from a network of General Practitioners (GPs) employing a single Population Health Management (PHM) tool. In 2025, individuals at high-risk for CV events numbered 4.802 out of 174.133 (2.76%; 95%CI 2.68-2.83), a decrease compared to 2021 (3.13%). Of these, 1,040 out of 4,802 were treated with ASA (21.66%; 95%CI 20.49-22.82), with stability until 2023 and a decline in 2024-2025. In secondary prevention, 133,190 out of 273,326 received ASA (48.73%; 95%CI 48.54-48.92), with an increase until 2024 and a slight drop in 2025. Adherence was found to be extremely low: 5.1% (43/843) in primary prevention and 4.76% (5,038/105,943) in secondary prevention, with no structured increase over time. Overall, the data confirm a persistent issue of undertreatment and, above all, poor adherence to ASA; this situation cannot be attributed to the drug's risk profile alone, suggesting multifactorial determinants (improper perception of benefit, gastrointestinal symptoms, polypharmacy, regimen complexity, doctor-patient communication, therapeutic alternatives), with significant implications for preventable CV events through integrated strategies and targeted interventions on adherence.

Parole chiave/Key words: aderenza, ASA, prevenzione cardiovascolare.

BACKGROUND

L'acido acetilsalicilico (ASA) a basso dosaggio è uno dei farmaci fondamentali nella strategia di prevenzione cardiovascolare (CV) rappresentando una delle terapie più efficaci e consolidate per ridurre gli eventi aterotrombotici. Nell'ambito della prevenzione CV secondaria, l'efficacia dell'ASA è ben documentata: l'assunzione continuativa diminuisce di circa un quarto il rischio di eventi CV maggiori nei

pazienti con una storia di infarto, ictus o malattia coronarica stabile,¹ e la sua interruzione è associata a un aumento significativo, superiore al 30%, del rischio di recidiva.^{2,3}

Tuttavia, gli studi condotti in Medicina Generale evidenziano un problema non trascurabile di sottoutilizzo: solo poco più della metà dei pazienti con precedenti eventi CV assume ASA in modo continuativo, con una chiara tendenza alla diminuzione

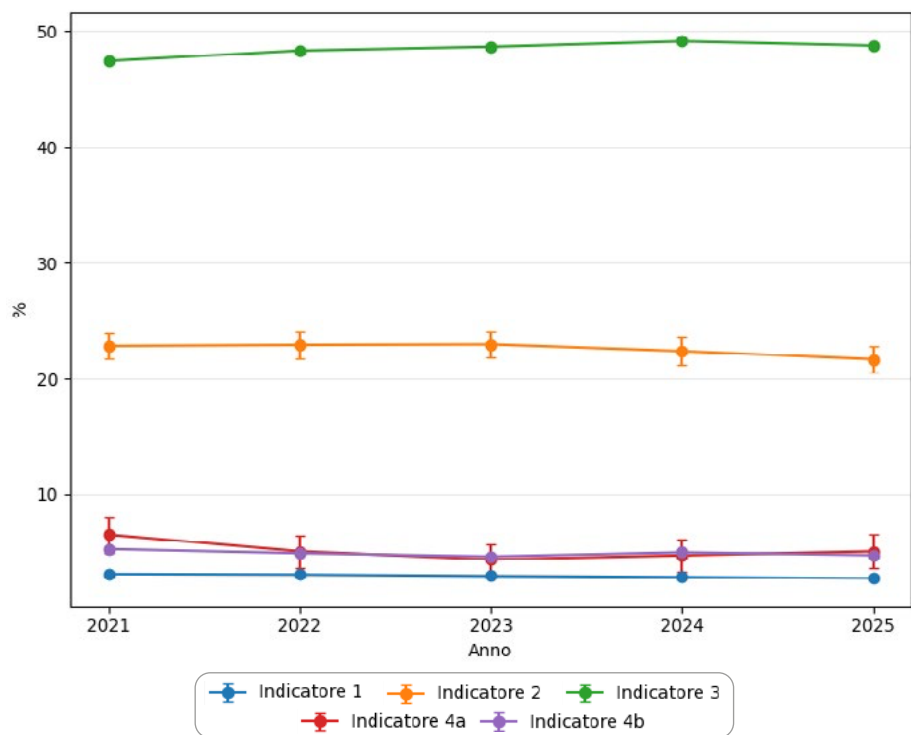


Figura 1 - Trend quinquennale (2021-2025) degli indicatori relativi all'impiego di ASA, con intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

- ▶ **Indicatore 1:** prevalenza di assistiti 39-69 anni senza eventi CV progressi, con rischio CV a 10 anni >20% secondo algoritmo CUORE.
- ▶ **Indicatore 2:** tasso di trattamento con ASA a basse dosi nei soggetti ad alto rischio CV in prevenzione primaria.
- ▶ **Indicatore 3:** tasso di trattamento con ASA a basse dosi nei soggetti con pregresso evento CV maggiore (prevenzione secondaria).
- ▶ **Indicatore 4a:** aderenza al trattamento con ASA in prevenzione CV primaria, definita come prescrizione di almeno 10 confezioni nei 12 mesi tra i soggetti con almeno una prescrizione nei primi 3 mesi del periodo osservazionale.
- ▶ **Indicatore 4b:** aderenza al trattamento con ASA in prevenzione CV secondaria, definita con il medesimo criterio.

dell'aderenza nei cinque anni (soltanto il 7-9% mantiene il trattamento in questo arco temporale) successivi all'evento acuto.⁴ L'uso intermittente o la sospensione non necessaria espongono quindi i pazienti a un rischio evitabile di complicanze CV.⁵

L'impatto dell'impiego e soprattutto dell'aderenza ad ASA emerge anche in prevenzione primaria, dove l'indicazione all'ASA si rivolge a soggetti ad alto rischio CV secondo le carte del Progetto CUORE,^{6,7} come riportato nel documento SIMG-FADOI-AMD e nelle raccomandazioni nazionali. Nonostante il potenziale beneficio nei soggetti ad alto rischio, solo il 15% dei pazienti eleggibili riceve almeno una prescrizione nel setting della Medicina Generale italiana.⁵ Queste informazioni risalgono tuttavia a più di 10 anni fa. Gli strumenti nazionali - come le carte del rischio CUORE^{6,7} e le raccoman-

dazioni sulla gestione dei fattori modificabili - sottolineano come l'intervento farmacologico, incluso l'ASA, debba essere parte di una strategia integrata che comprenda stili di vita appropriati, controllo pressorio, lipidico e metabolico. In questo contesto, aderenza e persistenza terapeutica diventano elementi centrali, poiché l'efficacia dell'ASA nel prevenire eventi cardio- e cerebrovascolari, una volta che il medico ha valutato attentamente il rapporto rischio/beneficio della terapia in particolare in prevenzione primaria dove le evidenze sono numericamente inferiori rispetto al rischio CV secondario, dipende fortemente dalla continuità di assunzione.⁸

Produrre una reportistica più attuale sull'uso dell'ASA nelle cure primarie può rinnovare dunque l'attenzione su questa tematica che, negli ultimi anni, è stata scarsamente oggetto di dibattito.

OBIETTIVI E METODI

Al fine di fornire un aggiornamento quantitativo sull'impiego di ASA nelle cure primarie relativo ad un periodo più recente ed a seguito della pubblicazione di linee guida internazionali aggiornate sulla prevenzione CV (ESC),⁹ è stato considerato un osservatorio epidemiologico formato da indicatori di performance assistenziale a disposizione di un *network* di MMG che utilizzano lo stesso strumento di *Population Health Management* (PHM). Quest'ultimo è costituito da un software che quantifica gli indicatori suddetti e restituisce reportistiche aggregate che il singolo medico condivide con i colleghi del *network* al fine di visionare osservatori epidemiologici di varia tipologia.

Nel dettaglio, vengono qui riportati gli indicatori che quantificano: a) la popolazione da 39 a 69 anni, a rischio CV alto (>20% a 10 anni) in prevenzione primaria, ossia priva di eventi cardio e cerebrovascolari maggiori in anamnesi; b) la popolazione che, con questo profilo di rischio è trattata con ASA; c) la popolazione a rischio CV secondario ossia con presenza di eventi cardio e cerebrovascolari maggiori in anamnesi in trattamento con ASA.

Inoltre, tra i pazienti trattati con ASA, sia in prevenzione primaria che secondaria, sono stati anche valutati i livelli di aderenza al farmaco utilizzando come *proxy* la prescrizione di almeno 10 pezzi per anno pari alla copertura di circa 10 mesi. L'osservatorio epidemiologico riporta i dati dal 2021 al 2025 laddove, per gli indicatori in questione, tutte le diagnosi ed il calcolo dello score CUORE si basavano su tutto il periodo precedente il primo gennaio di ciascun anno, mentre la terapia nel solo anno solare in esame (es. al 31 dicembre 2025) prendendo come riferimento la popolazione attiva (in vita e correntemente in cario al *network* assistenziale) a fine anno.

RISULTATI

In **Figura 1** sono riportati i trend degli indicatori in analisi. Nel 2025, il numero di assistiti senza eventi CV ma ad alto rischio (**indicatore 1**) è pari a 4.802 su 174.133 assistiti valutati, corrispondente a una prevalenza di casi del 2.76% (IC 95%: 2.68-2.83). Tale valore evidenzia una progressiva riduzione (fino a 11.3%) negli ultimi 5 anni, rispetto al 3.13% (IC 95%: 3.04-3.21) osservato nel 2021.

Per quanto riguarda il trattamento con ASA in prevenzione primaria (**indicatore 2**), nel 2025 risultano 1.040 pazienti trattati su 4.802 soggetti ad alto rischio, pari al 21.66% (IC 95%: 20.49-22.82).

Utilizzo di ASA in prevenzione primaria e secondaria

Un aggiornamento nel setting della Medicina Generale

01 Indicazioni di ASA a basse dosi



- 1) Prevenzione degli eventi atero-trombotici maggiori dopo IMA, dopo ictus cerebrale o TIA, in pazienti con angina pectoris instabile, in pazienti con angina pectoris stabile cronica
- 2) Prevenzione della ri-occlusione dei BPAC e nella PTCA. Prevenzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti con malattia aterosclerotica conclamata, nei pazienti in emodialisi e nella prevenzione della trombosi durante circolazione extracorporea.
- 3) Prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad elevato rischio di un primo evento cardiovascolare maggiore (*rischio a 10 anni > 20% in base alle carte di rischio del Progetto Cuore dell'ISS*).

02 ASA nella prevenzione CV

Efficacia

ASA a basse dosi, rispetto al controllo, previene:¹

1 su 4
infarti del miocardio

1 su 5
ictus ischemici



Sicurezza

Sanguinamenti minori²

18-65

Sanguinamenti maggiori³⁻⁸

2-3

**Sanguinamenti cerebrali
ictus emorragici⁹**

~0,4

Numero di eventi emorragici/
1.000 pazienti/anno con ASA

Valuta sempre il rischio emorragico per ottimizzare il rapporto rischio/beneficio

03 Pattern di utilizzo di ASA in prevenzione CV nel network MMG

PREVENZIONE PRIMARIA

2.76%

Pazienti ad alto rischio CV
(rischio a 10 anni > 20%)
senza eventi pregressi, 39-69 aa
4802 pazienti su 174.133 assistiti



22%

In terapia con ASA

**ADERENZA AL
TRATTAMENTO**
≥10 confezioni/anno tra i soggetti trattati

5%

PREVENZIONE SECONDARIA

Pregressi eventi CV
IMA, ictus, TIA
Rivascolarizzazione arteriosa
Aterosclerosi conclamata



49%

In terapia con ASA

4,8%

Sotto-trattamento e scarsa aderenza all'ASA sia in prevenzione primaria sia in secondaria

04 Take-home messages per il MMG

**Stratifica il
Rischio Cardiovascolare**

Bilancia rischio/beneficio

**Attento controllo
aderenza e persistenza**

Fonti: 1. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, Baigent et al. Lancet 2009;373(9678):1849-60; 2. Visseren FLJ, et al. Eur Heart J 2021;42:3227-337; 3. Fukaya H, et al. Heart 2021;107(21):1731-38; 4. McQuaid KR, et al. Am J Med 2006;119:624-38; 5. Hayden M, et al. Ann Intern Med 2002;136:661-72; 6. Sammganathan PS, et al. Heart 2001;85:265-71; 7. Valkhoff VE, et al. Can J Gastroenterol 2013;27:39-67; 8. Lanas A, et al. Clin Gastroenterol 1998;28:390-59; 2013;7:62-8.e.6; dati e interpretazione dal manoscritto allegato.

Il trend mostra una sostanziale stabilità tra il 2021 e il 2023, seguita da una riduzione nel biennio 2024–2025.

In prevenzione secondaria ([indicatore 3](#)), nel 2025 risultano 133.190 pazienti trattati su 273.326 con evento CV documentato, corrispondenti al 48.73% (IC 95%: 48.54–48.92). L'andamento temporale evidenzia un incremento progressivo fino al 2024, seguito da una lieve flessione nell'ultimo anno.

Relativamente all'aderenza al trattamento, in prevenzione primaria ([indicatore 4a](#)) si osservano 43 pazienti aderenti su 843 in trattamento, pari al 5.1% (IC 95%: 3.62–6.59). In prevenzione secondaria ([indicatore 4b](#)), i pazienti aderenti sono 5.038 su 105.943 in trattamento, corrispondenti al 4.76% (IC 95%: 4.63–4.88). In entrambi i casi, i livelli di aderenza risultano molto bassi, con un andamento variabile nel tempo e senza evidenza né di calo né di aumento strutturato.

DISCUSSIONE

I risultati osservati confermano un quadro di sottoutilizzo e scarsa aderenza all'ASA, come antiaggregante piastrinico, sia in prevenzione CV primaria che secondaria nel setting delle cure primarie. Questo dato, in generale, è coerente con quanto riportato in letteratura e che, peraltro, non mostra cambiamenti nel corso degli anni in analisi. In prevenzione secondaria, nonostante l'evidenza consolidata di efficacia dell'ASA nella riduzione degli eventi CV maggiori, il tasso di trattamento inferiore al 50% evidenzia una rilevante distanza rispetto alle note evidenze di efficacia.¹⁰ Inoltre, dato che la sospensione o l'utilizzo discontinuo della terapia è associata a un aumento significativo del rischio di eventi,² il dato di aderenza osservato diventa particolarmente critico. Anche in prevenzione primaria emerge un impiego limitato, con solo il 21.7% dei soggetti ad alto rischio trattati, in linea con precedenti evidenze italiane che riportano valori intorno al 15% nei pazienti eleggibili. Il lieve aumento è probabilmente dovuto ad un effetto di coorte *long-survival* che "trascina" il sottogruppo con più fattori di rischio a mantenere l'impiego di ASA a cui si aggiungono i nuovi utilizzatori.

Rilevante è anche il dato di aderenza estremamente basso, inferiore al 6% sia in prevenzione primaria che secondaria. Questo risultato è coerente con quanto riportato nella *real-world evidence*, che documenta una riduzione progressiva della persistenza terapeutica nei primi anni

successivi all'evento CV.² Come evidenziato l'efficacia dell'ASA è strettamente dipendente dalla continuità di assunzione e la scarsa aderenza rappresenta uno dei principali determinanti di eventi evitabili. Dal punto di vista interpretativo, la ridotta aderenza all'ASA, rivelata dal nostro osservatorio epidemiologico, non può essere completamente attribuibile al solo profilo di sicurezza del farmaco.

È infatti noto che l'assunzione di ASA è associata ad un aumento del rischio di eventi emorragici, in particolare sanguinamento gastrointestinale maggiore e intracranico. Tuttavia, le stime assolute di rischio riportate in letteratura suggeriscono un impatto relativamente contenuto a livello di popolazione: ad esempio, nelle meta-analisi dei trial di prevenzione primaria, il rischio di sanguinamento maggiore aumenta di circa 1–2 eventi ogni 1000 pazienti/anno,¹¹ mentre il rischio di emorragia intracranica è nell'ordine di circa 2 casi aggiuntivi per 1000 soggetti trattati.¹²

Analogamente, nello studio ASPREE, l'incremento di emorragie maggiori osservato con ASA corrisponde a circa 2–3 eventi per 1000 persone/anno.¹³ Alla luce di queste evidenze, appare improbabile che il solo rischio emorragico, pur clinicamente rilevante, possa giustificare livelli di aderenza estremamente bassi come quelli osservati ($\approx 5\%$). Piuttosto, è verosimile che la scarsa persistenza terapeutica sia il risultato di una combinazione multifattoriale di determinanti, ampiamente documentati nella letteratura sull'aderenza ai farmaci CV. Diversi studi hanno evidenziato come fattori legati al paziente, alla percezione del rischio e al contesto clinico influenzino significativamente l'aderenza. In particolare, la bassa percezione del beneficio in prevenzione primaria può rappresentare un aspetto non trascurabile.¹ Anche i sintomi lievi ma frequenti, come dispepsia o *discomfort* gastrico, non necessariamente attribuibili all'ASA e pur non configurando eventi avversi maggiori, possono indurre sospensioni spontanee o intermittenti della terapia, contribuendo a una riduzione dell'aderenza reale.

A ciò si aggiungono fattori comportamentali e socio-demografici, come età avanzata, politerapia e complessità del regime terapeutico, che sono associati ad un calo della persistenza.¹⁴ Un ruolo rilevante è inoltre giocato dalla qualità della comunicazione medico-paziente e dalla decisione condivisa: una scarsa comprensione del rationale terapeutico e dei be-

nefici attesi può favorire l'interruzione precoce del trattamento.¹⁵ Non è infine da escludere che la bassa aderenza in prevenzione secondaria, che potrebbe apparire il risultato meno atteso, sia anche da ascrivere all'impiego frequente di altre terapie di secondo livello per la gestione del rischio CV.

Esiste inoltre una coorte formata dalla popolazione più anziana (i.e. sopra i 70 anni) per la quale, essendo non direttamente applicabile l'algoritmo CUORE in relazione al limite d'età, il beneficio potenziale del trattamento con ASA si basa sulle caratteristiche individuali dei pazienti.

Nel complesso, questi risultati suggeriscono come il basso utilizzo di ASA e la bassa aderenza osservata nel network rifletta una più ampia criticità nella gestione della prevenzione CV, in cui percezione del rischio, complessità terapeutica e supporto clinico possono giocare un ruolo determinante.

Funding. Questo manoscritto è stato realizzato con il supporto tecnico-editoriale di Genomedics S.r.l., sviluppatrice e responsabile di uno strumento di Population Health Management (PHM) e della relativa reportistica dell'Osservatorio epidemiologico.

Le analisi e i commenti riportati si basano su dati aggregati dell'Osservatorio, restituiti ai MMG aderenti al network attraverso gli strumenti di reporting della piattaforma e la connessa attività editoriale e divulgativa. Genomedics ha svolto un ruolo di supporto nella messa a disposizione, organizzazione e rappresentazione dei dati aggregati, senza interferire con l'autonomia interpretativa degli autori.

Il report su cui si basano i contenuti del presente manoscritto è stato sviluppato grazie a un contributo non condizionante di Bayer.

Bibliografia

- Collins R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *The Lancet* 2009;373:1849–60.
- Donfrancesco C, et al. Trends of overweight, obesity and anthropometric measurements among the adult population in Italy: The CUORE Project health examination surveys 1998, 2008, and 2018. *PLoS ONE*

- 2022;17.
3. Filippi A, et al. A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011;18:695-703.
 4. García Rodríguez LA, et al. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care. *BMJ* 2011;343:7816.
 5. Guirguis-Blake JM, et al. Aspirin use to prevent cardiovascular disease and colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2022;327:1585-97.
 6. Halvorsen S, et al. Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology working group on thrombosis. *JACC* 2014;64:319-27.
 7. Kardas P, et al. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*, 2013;4.
 8. Mach F, et al. 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2025;
 9. Martín Merino E, et al. Effect of baseline gastrointestinal risk and use of proton pump inhibitors on frequency of discontinuation of aspirin for secondary cardiovascular prevention in United Kingdom primary care. *Am J Cardiol* 2013;112:1075-82.
 10. McNeil JJ, et al. Effect of aspirin on all-cause mortality in the healthy elderly. *NEJM* 2018;379:1519-28.
 11. Nieuwlaat R, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11.
 12. Palmieri L, et al. Evaluation of the global cardiovascular absolute risk: the Progetto CUORE individual score. *Ann ISS* 2004;40:393-399.
 13. Brignoli O, et al. Position paper SIMG-FA-DOI-AMD sull'utilizzo di ASA a basse dosi in prevenzione cardiovascolare. *Rivista SIMG* 2016;3:
 14. Sundström J, et al. Low-dose aspirin discontinuation and risk of cardiovascular events: a swedish nationwide, population-based cohort study. *Circulation* 2017;136:1183-92.
 15. Zheng SL, et al. Association of aspirin use for primary prevention with cardiovascular events and bleeding events: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2019;321:277-87.