



Editoriale

La recente pubblicazione di due trial randomizzati sull'Impella, il DTU Trial (*JACC*) nello STEMI anteriore e il CHIP-BCIS3 (*NEJM*) in pazienti ad alto rischio sottoposti a rivascolarizzazione complessa, assieme ai risultati del TAP – IT sulla toracentesi nello scompenso cardiaco acuto, pubblicato l'anno scorso su *Circulation*, forniscono utili opportunità di riflessioni che vanno oltre il contenuto specifico dei singoli studi. A differenza dei trial farmacologici in cui la standardizzazione dell'intervento, l'omogeneità della popolazione e la possibilità di disegni in doppio cieco consentono una diretta, quasi immediata trasferibilità dei risultati nella pratica clinica - un farmaco inefficace in uno studio ben condotto difficilmente troverà spazio nel singolo paziente -, i trial interventistici presentano una complessità interpretativa maggiore. Il significato di un risultato negativo è inevitabilmente meno univoco. Infatti non riflette esclusivamente l'efficacia o meno dell'intervento ma anche i limiti della sua applicazione: selezione

dei pazienti, timing procedurale, esperienza dell'operatore e contesto organizzativo. Ne deriva che l'assenza di beneficio su endpoint predefiniti non equivale necessariamente a inutilità clinica, ma suggerisce la necessità di una più accurata identificazione dei contesti in cui l'intervento può essere comunque vantaggioso. Non è una novità in cardiologia interventistica: esempio emblematico è il contropulsatore aortico nello shock cardiogeno. Evidenze negative non ne hanno determinato l'abbandono, ma ne hanno ridefinito indicazioni e limiti, favorendo un utilizzo più selettivo. In questo ambito si inseriscono i risultati sull'Impella. Sia nello STEMI anteriore che nelle procedure ad alto rischio i dati disponibili non appaiono supportare un impiego routinario. Una dinamica analoga emerge per i risultati, in un contesto diverso, del TAP-IT. Pur non mostrando un beneficio sugli endpoint maggiori è indubbio che la toracentesi possa determinare, in pazienti con scompenso cardiaco acuto e versamento pleurico predominante, un miglioramento sintomatico clinicamente rilevante. Il punto non è stabilire se utilizzare o meno una

procedura ma identificare in quali pazienti, in quale fase della malattia e con quale obiettivo possa offrire un reale beneficio. La sfida non è scegliere tra *evidence-based* medicine e giudizio clinico, ma riconoscere che, soprattutto in contesti interventistici, questi due approcci vanno integrati. Ignorare le evidenze è un errore ma lo sarebbe altrettanto applicarle in modo rigido, senza considerare i limiti di generalizzabilità dei trial. Tra questi due estremi si colloca lo spazio della decisione clinica integrata. È nella capacità di contestualizzare, selezionare e adattare l'intervento al singolo paziente, più che nell'adesione letterale ai risultati di uno studio, che si misura la qualità della cardiologia moderna. Non è certo un caso che uno dei *claim* del prossimo Congresso ANMCO 26 sia proprio "Trasformare le evidenze in decisioni". Non solo quindi occasione di aggiornamento scientifico e conoscenza dei risultati dei trial, ma preziosa opportunità di analisi critica, confronto e condivisione per capire come essi modificano la pratica clinica e su come ci orienteranno nelle decisioni complesse, in modo da rendere più efficace la cura per i nostri pazienti. ♥

