



L'ACCP di Antonio Blasi

C'è stata un'epoca nella quale alcuni Maestri della Tisiologia italiana non incoraggiavano i rapporti con l'estero. Perché andare all'estero - dicevano - quando sono gli stranieri che dovrebbero venire in Italia e imparare da noi come fare il pneumotorace terapeutico, l'aspirazione endocavitaria o come realizzare un sistema di sorveglianza dispensariale e di cura sanatoriale della tubercolosi?

Di conseguenza, anche le pubblicazioni su riviste straniere non erano particolarmente apprezzate. Certo, stavano a significare un buon livello di notorietà anche all'estero. Ma la vera "produzione" scientifica da considerare era quella in italiano, intesa come raccolta di vaste casistiche cliniche, consegnate "agli atti" in qualsivoglia Archivio o Annali, nazionali o locali.

Antonio Blasi non la pensava così. Il suo grande intuito gli aveva fatto capire presto che la comunità scientifica tendeva ad aprirsi e a comunicare sempre di più. In inglese. Lui che da anatomico-patologo si era formato in tedesco, familiarizzando di necessità con la terminologia sassone, aveva compreso perfettamente l'importanza dei rapporti con gli Stati Uniti e dell'uso della lingua inglese.

Nell'*American College of Chest Physicians*, Blasi si era inserito con grande entusiasmo e naturalezza, avendone compreso sin dall'inizio la peculiarità.



Verona 28 novembre 2000 - 50° anniversario dalla costituzione del Capitolo Italiano ACCP. Da sinistra: Francesco de Blasio, Mario Del Donno, Roberto Dal Negro, il Prof. Antonio Blasi, Dario Olivieri, Giuseppe Di Maria, Nunzio Crimi.

Come tutti i *College* di professionisti d'oltreoceano - e contrariamente alle *Society* o alle *Academy* - anche l'ACCP era ed è fondato essenzialmente su rapporti personali di stima e di amicizia, più che sul concetto di iscrizione ad un comune organo professionale. Basti pensare che ancora oggi, per essere accettato nel *College*, è necessaria la presentazione di almeno due soci, cosa che non è richiesta nell'*ATS*, nell'*ERS* o in altre associazioni internazionali.

Quando Blasi diventò *Regent* del Capitolo Italiano, i rapporti tra gli Italiani e il *College* erano sporadici e formali. Qualche italiano si recava occasionalmente negli Stati Uniti per partecipare ad un congresso nazionale dell'ACCP e, se era uno studioso noto, veniva cordialmente accolto. Con eguale cordialità veniva ricevuto in Italia un prestigioso collega americano, al quale si lasciava sempre ampio spazio per una o più letture magistrali.

Blasi aveva capito immediatamente l'importanza degli *International Chapters*. Il *College* cercava di comunicare con le comunità sparse in tutto il mondo favorendo il sorgere di capitoli con un *Regent* e alcuni *Governors* nazionali? E Blasi favorì lo svilupparsi di un capitolo italiano che oggi è secondo solo al Giappone, che ha una popolazione tripla rispetto all'Italia. Il *College* cercava di mettere in contatto giovani ricercatori con i responsabili dei maggiori istituti americani? E Blasi favorì la partecipazione dei più giovani ai congressi americani e le riunioni solo in inglese nei *meetings* in Italia. Il *College* favoriva l'accesso ai centri clinici di eccellenza basandosi sulle indicazioni del *Regent* nazionale? E Blasi favorì chiunque desiderasse partire per gli Stati Uniti con intenzioni serie e costruttive. Ricordo decine e decine di "To whom it may concern" e lettere personali di presentazione per i più diversi programmi da svolgere oltre Atlantico, e non solo di pneumologi, ma anche di cardiologi, di chirurghi del torace, di intensivisti.

A questo punto qualcuno penserà che Blasi era "fluente" nella lingua inglese, magari per aver trascorso lunghi periodi di studio in Inghilterra o negli Stati Uniti. In realtà Blasi parlava il tipico *broken English* di chi non ha mai vissuto a lungo all'estero, ma sa benissimo che in campo scientifico l'inglese è la lingua senza la quale è impossibile comunicare. Ho visto Francesi parlarsi da soli per interi congressi, convinti di essere perfettamente compresi dai colleghi americani. Inoltre Blasi sapeva perfettamente che dimostrare non completa padronanza della lingua favorisce la tolleranza di un interlocu-

tore intelligente e gli impone di evitare lo *slang* e i doppi sensi.

Anche il suo modo di comunicare per corrispondenza aveva una caratteristica. A parte le lettere ufficiali, impeccabili anche perché in genere fatte rivedere alla pignolissima dottoressa inglese che frequentava l'Istituto (ce n'era sempre una di turno, a Napoli o a Parma) tutte quelle informali erano volutamente non-anglosassoni. Nel senso, ad esempio, che non finivano mai con un semplice "Your Sincerely" o "Sincerely Yours", a seconda che fossero dirette oltremarica o oltreatlantico, o con il doveroso "Looking forward to seeing you ...". Erano invece volutamente personalizzate nel ricordo dell'ultimo incontro e nell'attesa del prossimo, evitando accuratamente l'uso di quanto di idiomatico e convenzionale potesse essere usato.

E queste frasi erano rigorosamente scritte a mano, con penna a inchiostro, alla fine di un foglio impeccabilmente dattiloscritto.

Da più di vent'anni, cioè dalla sua andata fuori ruolo, Antonio Blasi non frequentava più i Congressi dell'ACCP. Eppure sino all'anno scorso mi sono sentito chiedere, in tutto il mondo, da chi lo conosceva, notizie di lui. E ho sentito ricordarlo sempre con simpatia, stima, affetto, ammirazione, cordialità. Non ne sono mai rimasto sorpreso.

Dario Olivieri, MD, FCCP
Past Regent ACCP Capitolo Italiano
Parma

Il Prof. Dario Olivieri è Direttore dell'Istituto di Clinica dell'Apparato Respiratorio, Università degli Studi, Parma
Corrispondenza: Clinica Pneumologica, Padiglione Rasori, Az. Osp., Viale G. Rasori, 10, 43100 Parma, Tel. 0521 290577, Fax 0521 292615, e-mail: olivieri@unitr.it

I broncodilatatori a lunga durata d'azione sono l'opzione di prima scelta nel trattamento della BPCO in fase di stabilità clinica

Una notevole mole di dati già pubblicati supporta il ruolo dei β_2 -agonisti a lunga durata d'azione nel trattamento della BPCO in fase di stabilità clinica.¹⁻⁵ Questi agenti possono non solo indurre una prolungata broncodilatazione, ma anche traslare quest'azione in altre misure d'esito clinico che si correlano con la qualità della vita del paziente quali la gravità della dispnea, la tolleranza allo sforzo fisico e le riacutizzazioni.⁶ Sia formoterolo sia salmeterolo sono più efficaci di ipratropio.^{1,3,4}

Quando una monoterapia ottimale risulta insufficiente, può essere utile un trattamento che combini un β_2 -agonista con un agente antimuscarinico.⁷ Ancora una volta, vi è documentazione che i β_2 -agonisti a lunga durata d'azione possano rappresentare l'opzione più efficace per il trattamento combinato con ipratropio.⁸

A causa di queste evidenze, le recenti linee guida GOLD stabiliscono che i broncodilatatori a lunga durata d'azione sono più convenienti dei broncodilatatori a breve durata d'azione nella gestione sintomatica di tutti gli stadi della BPCO.⁹ Va sottolineato che le linee guida GOLD non menzionano specificamente i β_2 -agonisti a lunga durata d'azione, ma raccomandano unicamente l'uso dei broncodilatatori a lunga durata d'azione. È verosimile che tale tipo di scelta derivi dal fatto che in questi ultimi pochi anni vi è stato un interesse reale nello sviluppare nuovi farmaci antimuscarinici che, contrariamente agli agenti tradizionali, potessero anche essere broncodilatatori a lunga durata d'azione.¹⁰

Tiotropio è un nuovo agente antimuscarinico a lunga durata d'azione indicato per il trattamento di mantenimento della BPCO. La prolungata durata dell'effetto broncodilatante è probabilmente dovuta alla sua dissociazione molto lenta dai recettori muscarinici M1 e M3, il che dimostra la sua selettività cinetica per un sottotipo di recettore.¹¹ Insolitamente per un nuovo farmaco, è già disponibile una considerevole mole di dati pubblicati sull'utilizzo di questo farmaco nel lungo termine e sul confronto con le terapie esistenti.¹²⁻¹⁶ In studi che hanno messo a confronto sia ipratropio¹⁴ sia salmeterolo¹⁶ con tiotropio, la nuova terapia è risultata superiore a ciascuno di questi farmaci ormai consolidati in terapia. Ciononostante, noi non sappiamo come esso si confronti con l'agente antimuscarinico oxitropio, che richiede una minor numero di dosi quotidiane rispetto ad ipratropio.

Dati derivati da studi della durata di un anno hanno suggerito che tiotropio possa ridurre l'entità del declino del FEV₁ nel tempo rispetto a placebo¹⁵ o ipratropio.¹⁴ Questo è un riscontro interessante perché nessun singolo broncodilatatore si è dimostrato capace di influenzare il declino della funzione polmonare e il progredire di questa malattia disabilitante. Nondimeno, recentemente è stato documentato che anche un trattamento regolare della durata di un anno con una combinazione fissa di un β_2 -agonista a lunga durata d'azione e un corticosteroide per via inalatoria può ridurre l'entità del declino nel tempo del FEV₁ rispetto a ciascun singolo componente assunto da solo.^{17,18} Ovviamente, la reale influenza di queste terapie sul declino della funzione polmonare sarà stabilita da studi clinici di più lunga durata.

Tutte queste eccitanti scoperte e la possibilità di usare nuove interessanti terapie stanno spingendo la comunità scientifica a considerare il trattamento di BPCO con più interesse.

In questo numero di CHEST (vedi pagina 80),