



### L'ACCP e il Capitolo Italiano

**D**al 1° novembre del 2006, ho il grande onore di ricoprire la carica di International Regent del Capitolo Italiano dell'American College of Chest Physicians (ACCP), associazione internazionale che, con i suoi 72 anni di storia e gli oltre 17.000 iscritti distribuiti in quasi 100 Paesi nel Mondo, è la più antica e rinomata Società scientifica che si occupa di patologia toracica.

I circa 2.500 soci internazionali dell'ACCP sono riuniti in Capitoli Nazionali. Il Capitolo Italiano è il più importante d'Europa, (secondo al Mondo solo al Giappone) sia come numero (i soci italiani sono oltre 200) che, principalmente, per l'attività dei suoi membri. Esso organizza periodicamente riunioni scientifiche su temi di patologia cardio-respiratoria nel corso delle quali ha luogo un fruttuoso scambio di conoscenze scientifiche. Il Capitolo Italiano è stato costituito oltre 50 anni fa (nel 1950) per opera del Prof. Attilio Omodei Zorini di Roma ed Antonio Blasi di Napoli, allievi della Grande Scuola Pneumotisiologica Italiana, che faceva capo a Maestri come Carlo Forlanini e Vincenzo Monaldi.

Grandi nomi della Medicina Italiana hanno ricoperto, prima di me, questo prestigioso incarico: i professori Antonio Blasi (1978-1985) e Mario Condorelli (1985-1993) dell'Università di Napoli, Dario Olivieri (1993-2000) dell'Università di Parma e, da ultimo, Giuseppe Di Maria (2000-2006) dell'Università di Catania. È facilmente comprensibile, quindi, il mio stato d'animo nell'assumere questo impegno.

Fondata nel 1934, tra i suoi soci vede annoverati specialisti pneumologi, cardiologi, chirurghi toracici, cardio-chirurghi, anestesisti, intensivisti, pediatri, allergologi, terapisti della riabilitazione e tecnici di fisiopatologia respiratoria. Il giornale ufficiale dell'associazione è CHEST, prestigiosa rivista clinica di patologia toracica che ha raggiunto la terza posizione nella classifica delle riviste scientifiche con il più alto "impact factor", ovvero, che sono maggior-

mente lette e citate nelle bibliografie internazionali. La diffusione della rivista in Italia è curata, dall'anno 2000, da Midia Edizioni del Dr. Antonio Schiavulli, cui va il grande merito di averle dato una grande rilevanza ed averne promosso una capillare distribuzione ad oltre 6.000 medici italiani.

Negli ultimi sei anni, ho lavorato per il College come membro di diverse commissioni ma, principalmente, in qualità di Segretario Nazionale, ed ho avuto il privilegio di conoscere e presentare personalmente la maggioranza dei medici attualmente affiliati all'ACCP. Ancora grazie alla collaborazione con Midia Edizioni, ed all'impegno del nuovo Segretario Nazionale Dr. Stefano Picciolo di Messina, recentemente è stato inaugurato il sito del Capitolo Italiano ACCP ([www.chest.it](http://www.chest.it)), la cui navigazione vi permetterà agevolmente di scoprire quanti e quali colleghi oggi ne facciano parte.

Prendo il testimone dall'amico Giuseppe Di Maria, docente di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Catania, sotto la cui "reggenza" il Capitolo Italiano è ulteriormente cresciuto, superando per la prima volta il "muro" dei 200 iscritti. A lui il ringraziamento sincero per avermi spronato in questi sei anni di lavoro comune, e per aver proposto per primo il mio nome per la sua successione.

In questo gravoso ma gratificante incarico triennale (2006/2009), sarò affiancato da illustri colleghi che ricopriranno l'incarico di International Governor: Vincenzo Bellia dell'Università di Palermo, Alfredo Chetta dell'Università di Parma, Antonio Foresi dell'Ospedale di Sesto San Giovanni (MI), Claudio Micheletto dell'Ospedale di Bussolengo (VR), Antonio Palla dell'Università di Pisa, Mario Polverino, dell'Ospedale di Cava dè Tirreni (SA), Onofrio Resta dell'Università di Bari, Lucia Spicuzza dell'Università di Catania e Federico Venuta dell'Università di Roma "La Sapienza".

Infine, consentitemi un ultimo e duplice ringraziamento: alla dirigenza della Casa di Cura Clinic Center S.p.A. che mi concesso di lavorare in piena libertà permettendomi le continue "scorribande" internazionali che il mio ruolo ha comportato; alla

mia famiglia (e a mia moglie Rossana in particolare) che non mi ha mai fatto mancare il suo appoggio affettuoso, anche se per necessità ho dovuto sottrarre parte del mio tempo a lei ed alle nostre figlie.

*Francesco de Blasio, MD, FCCP  
Regent ACCP Capitolo Italiano  
Napoli*

Il Dr. Francesco de Blasio è Responsabile dell'Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria, Casa di Cura "Clinic Center SpA", Napoli; ed è membro, in qualità di Coordinatore Editoriale di CHEST Edizione Italiana, del gruppo "International Edition Editors and Coordinators".

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians ([www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml](http://www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml)).

Corrispondenza: Francesco de Blasio, MD, FCCP, Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria, Casa di Cura "Clinic Centre SpA", Via Cintia Parco San Paolo, 80126 Napoli; e-mail: [fdeblasio@qubisoft.it](mailto:fdeblasio@qubisoft.it)

## I corticosteroidi inalatori in rapporto alla mortalità globale e cardiovascolare nella BPCO

**L**a BPCO, ogni anno, causa nel mondo la morte di circa 3.000.000 di persone e negli ultimi 40 anni è stata, nel mondo occidentale, la malattia che ha presentato l'incremento di mortalità annuale più rilevante; inoltre, in base alle stime più ottimistiche, l'incidenza della mortalità per BPCO, aumenterà nei prossimi 15 anni di circa il 50%.<sup>1</sup> Si aggiunga a questi dati, che fino ad oggi le sole terapie efficaci nell'allungare, in modo significativo, la sopravvivenza dei pazienti affetti da BPCO si sono dimostrate: l'abolizione del fumo di sigaretta e l'ossigenoterapia a lungo termine nell'insufficienza respiratoria cronica.<sup>2</sup>

È ormai assodato che nella BPCO oltre all'infiammazione delle vie aeree sia presente anche una componente flogistica sistemica e che tale componente diventi sempre più importante con il peggiorare della malattia di base, determinando a sua volta un peggioramento dello stato di salute dei pazienti per un aumento nel numero di riacutizzazioni, sia peggiorando la qualità di vita dei pazienti sia accelerando il decadimento della funzionalità respiratoria,<sup>3</sup> con una riduzione della tolleranza all'esercizio e della capacità di affrontare le necessità della vita quotidiana.<sup>4</sup> Tale consapevolezza ha alimentato l'ipotesi

che una terapia antinfiammatoria, quale quella con gli steroidi inalatori (CSI) potesse migliorare lo stato di salute e la sopravvivenza di questi pazienti.

Tuttavia, il ruolo dei CSI nella BPCO appare ancora controverso. Inizialmente si riteneva che i CSI non avessero alcuna influenza sulla flogosi bronchiale della BPCO; tuttavia, questa visione pessimistica è stata smentita dai dati degli studi più recenti da cui risulta che i CSI riducono la presenza dei mediatori infiammatori sia nell'escreato<sup>5</sup> che nel liquido del lavaggio bronco-alveolare<sup>6</sup> ricavati da soggetti con BPCO, rafforzando la consapevolezza che tali farmaci possano ridurre effettivamente la flogosi bronchiale nella BPCO. Inoltre, i dati sperimentali sembrano evidenziare che i CSI, nei pazienti affetti da BPCO stabile, possano ridurre anche la flogosi sistemica;<sup>4,7</sup> ciò assume notevole importanza clinica poiché la flogosi sistemica si accompagna ad un aumento degli eventi cardiaci acuti fatali, tipo sia ischemico sia elettrico, che rappresentano la seconda causa di morte nei pazienti con BPCO di grado lieve-moderato.<sup>8</sup> Tuttavia, ad oggi, solo pochi studi hanno valutato l'influenza dei CSI sulla mortalità cardiovascolare dei soggetti con BPCO.

Macie e coll.,<sup>9</sup> basandosi su un ampio database sanitario, hanno condotto uno studio farmaco-epidemiologico prendendo in considerazione un campione di popolazione alquanto numeroso, ed hanno riscontrato che la somministrazione di CSI nel periodo successivo alla dimissione ospedaliera determinava, nei pazienti con più di 65 anni, una riduzione della mortalità globale pari al 25%, mentre nei soggetti con meno di 65 anni la riduzione della mortalità era addirittura del 53%. Analizzando la mortalità per causa specifica, è risultato che i CSI determinavano una riduzione della mortalità da cause cardio-vascolari pari al 32%, in misura addirittura superiore di quanto non accadesse per la mortalità da BPCO, ridotta di solo il 13%.<sup>9</sup> Questi risultati confermano che i CSI riducono la mortalità nei soggetti con BPCO.<sup>10</sup>

Bisogna comunque considerare che l'analisi di un database non è direttamente equiparabile ad uno studio randomizzato controllato, risultando più elevata la probabilità di errori; inoltre, nello studio di Macie la diagnosi di certezza e la classificazione di gravità della BPCO non erano stabilite in base alle prove funzionali respiratorie.

Per quanto i risultati dello studio di Macie non si possano considerare assoluti e definitivi, essi sono tuttavia paragonabili ai dati di studi precedenti. Huiart e coll. hanno evidenziato una riduzione del 32% del rischio di infarto miocardico in pazienti

BPCO trattati con CSI rispetto ai non trattati,<sup>11</sup> in uno studio di Löfdall,<sup>12</sup> i soggetti trattati con CSI mostravano una riduzione del 40% del rischio di eventi cardiovascolari in confronto ai non trattati. Mentre in uno studio di Sin e coll. la mortalità globale in soggetti con BPCO ed in terapia con CSI era ridotta del 27% rispetto ai soggetti che assumevano il placebo.<sup>10</sup> L'insieme di questi dati supporta ulteriormente l'ipotesi che la terapia con CSI sia in grado di ridurre la mortalità globale, e soprattutto quella cardiovascolare, nei pazienti con BPCO. L'azione antinfiammatoria dei CSI sembrerebbe perciò superare i confini dell'apparato respiratorio e riguardare l'intero organismo.

Tuttavia, allo stato attuale appaiono indispensabili altri studi clinici randomizzati per meglio comprendere attraverso quali meccanismi i CSI possano esercitare un'azione sistemica influenzando la mortalità cardiovascolare.

*Antonio Foresi, MD, FCCP  
Giampaolo Caviglioli, MD  
Sesto San Giovanni, Milano*

---

Il Dr. Antonio Foresi è Responsabile del Servizio di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Vimercate, Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni; ed è membro dell'Editorial Board di CHEST USA.

Il Dr. Giampaolo Caviglioli lavora presso il Servizio di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Vimercate, Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni. La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians ([www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml](http://www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml)).

*Corrispondenza: Dr. Foresi, Servizio di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Vimercate, Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni, Viale Matteotti 83, 20099 Sesto San Giovanni; e-mail: [antonio.foresi@aovimercate.org](mailto:antonio.foresi@aovimercate.org)*

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projects. *Eur Respir J* 2006; 27:397-412
- 2 Sin DD, McAlister FA, Man SF, et al. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA* 2003; 290:2301-2312
- 3 Donaldson GC, Seemungal TA, Patel IS, et al. Airway and systemic inflammation and decline in lung function in patients with COPD. *Chest* 2005; 128:1995-2004
- 4 Pinto-Plata VM, Mullerova H, Toso JF, et al. C-reactive protein in patients with COPD, control smokers, and nonsmokers. *Thorax* 2006; 61:23-28
- 5 Gan WQ, Man SFP, Sin DD. Effects of inhaled corticosteroids on sputum cell counts in stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and a meta-analysis. *BMC Pulm Med* 2005; 5:3
- 6 Ozol D, Aysan T, Solak ZA, et al. The effect of inhaled corticosteroids on bronchoalveolar lavage cells and IL-8 levels in stable COPD patients. *Respir Med* 2005; 99:1494-1500
- 7 Sin DD, Lacy P, York E, et al. Effects of fluticasone on systemic markers of inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 760-765
- 8 Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, et al. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:333-339
- 9 Macie C, Wooldrage K, Manfreda J, et al. Inhaled corticosteroids and mortality in COPD. *Chest* 2006; 130:640-646
- 10 Sin DD, Wu L, Anderson JA, et al. Inhaled corticosteroids and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60:992-997
- 11 Huiart L, Ernst P, Ranouil X, et al. Low-dose inhaled corticosteroids and the risk of acute myocardial infarction in COPD. *Eur Respir J* 2005; 25:634-639
- 12 Löfdahl CG, Postma D, Pride N, et al. Does inhaled budesonide protect against cardio-ischemic events in mild-moderate COPD: a post-hoc evaluation of the EUROSCOP study [abstract]. *Eur Respir J Suppl* 2005; 26:2333