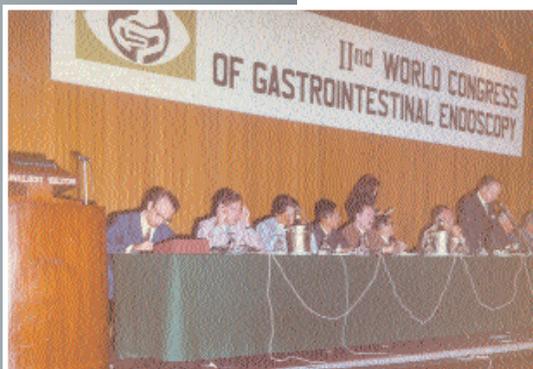


Gli anni '70. Il decennio della formazione

- 1970.** Il Governo di centro-sinistra è un alternarsi di fiducia e sfiducia. I lavoratori hanno il loro Statuto sulla spinta dell'Autunno caldo. Gli italiani possono divorziare. Il mondo della cultura piange la morte di Giuseppe Ungaretti. Delusione degli Azzurri ai Mondiali di calcio sconfitti in finale dal Brasile. Baltimore e Temin scoprono la trascrittasi inversa.
- 1971.** Giovanni Leone sale al Quirinale. Nasce il PSDI mentre va in orbita il primo satellite artificiale italiano "San Marco". Nascono la Fiat 127 e l'assicurazione obbligatoria. Boom nella produzione di lavatrici e frigoriferi. I giovani sono tutti per i complessi pop. L'Internazionale vince il campionato di calcio e Gustavo Thoeni la Coppa del mondo di sci alpino. Jean François Borel scopre la ciclosporina.
- 1972.** Si torna a votare prima del tempo. Cominciano gli anni di piombo. È ritrovato morto Giangiacomo Feltrinelli. Viene ucciso il commissario Calabresi. In auto si va sull'autostrada Bologna-Bari. Nasce la Triplice CGL-CISL-UIL. Oscar a De Sica per "Il giardino dei Finzi Contini". Esce "L'ultimo tango a Parigi". La Ferrari è mondiale. A Londra viene effettuato il primo esame su un uomo con la TAC.
- 1973.** Rumor a Palazzo Chigi. A Napoli e in Puglia scoppia il colera. Domenica senza auto per la crisi del petrolio. Muore Anna Magnani. Gimondi trionfa ai Mondiali di ciclismo. Nasce l'RMN.
- 1974.** Cinquantanove italiani su cento vogliono che la legge sul divorzio non venga abrogata. Bomba a una manifestazione antifascista a Brescia: otto morti. È arrestato Renato Curcio capo delle Brigate Rosse. Muoiono Aldo Palazzeschi, Guido Piovene, Pietro Germi e Vittorio De Sica. Gran festa a Roma per il trionfo della Lazio nel Campionato mentre gli Azzurri sono subito eliminati ai mondiali.
- 1975.** Per la prima volta alle urne chi ha 18 anni. Viene firmato il Trattato di Osimo tra Italia e Jugoslavia. A Eugenio Montale il Nobel per la Letteratura, a Fellini con "Amarcord" l'Oscar. Selvaggiamente assassinato Pier Paolo Pasolini. Trionfo juventino nel Campionato di calcio e la Ferrari con Niki Lauda batte tutti in Formula 1. Primi anticorpi monoclonali.
- 1976.** Leone scioglie le Camere. Polemiche per il best-seller "Porci con le ali". Muore Luchino Visconti. Il Torino in vetta al Campionato e Panatta, Bartolucci, Barazzutti e Zugarelli vincono la Coppa Davis. Weinberg scopre gli oncogeni.
- 1977.** L'ufficiale tedesco Kappler fugge dal Celio. La Juve vince il Campionato e la Coppa Uefa; Moser il Mondiale di ciclismo; Lauda, sempre su Ferrari, quello di Formula 1. Il vaiolo è eradicato.
- 1978.** Sequestrato e ucciso dalle Brigate Rosse Aldo Moro. Al Quirinale Leone si dimette e gli succede Sandro Pertini. Muore Papa Paolo VI, sale al Soglio pontificio Albino Luciani che muore dopo poche settimane, gli succede Karol Wojtyła, Giovanni Paolo II. Prima fecondazione in provetta.
- 1979.** Andreotti si dimette e le Camere sono sciolte. Debutta la ricevuta fiscale. Inaugurato il traforo del Fréjus. Primato mondiale di Mennea sui 200 metri con 19" e 72: crollerà solo nel 1996. Trionfo Ferrari in Formula 1.



Roma, 1 luglio 1970, secondo Congresso Mondiale di Endoscopia Digestiva. È affascinante l'affresco che Ch. Debray sta disegnando sul futuro dell'endoscopia. Lo studioso francese cattura l'attenzione tratteggiando le eccezionali possibilità che la metodica può dare all'umanità lungo la strada della Ricerca. Il testo che Debray espone in apertura congresso per alcuni è forse venato di fantascienza tanti e tali sono i traguardi che lo studioso pone a breve distanza. La "Moutier Memorial Lecture" è appena terminata e gli applausi sono finiti quando si apre il dibattito.



Il Presidente Giovanni Marcozzi porge il benvenuto ai partecipanti del Congresso Mondiale di Roma del 1970

Fa discutere quello che Debray ha appena detto ma c'è una frase che soprattutto suscita l'interesse. Parlando con i colleghi e con i giornalisti lo studioso dice: "Cari amici, l'endoscopia di strada ne ha fatta tanta e tanta di più ne farà. Ormai con l'avvento delle fibre ottiche siamo entrati nell'era della democratizzazione dell'endoscopia". La lettura magistrale di Debray segna la fine della solenne cerimonia d'inaugurazione del Congresso mondiale. Ha aperto Giovanni Marcozzi, Presidente del Congresso, che ha esaltato, prima in inglese e poi in italiano, "questa unione di uomini di scienza di oltre trenta nazioni, un'unione che rappresenta la più cordiale e forte stretta di mano tra popoli altamente civili". Poi D'Avack, Magnifico Rettore dell'Università di Roma. E ancora Trivellini a nome del

Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endoscopia Digestiva di cui è Presidente. Una lunga cerimonia con interventi, tutti elogiativi per la perfetta organizzazione romana, dell'olandese A.H. Wiebenga Presidente della Società Europea, del francese Ch. Debray e del giapponese S. Tasaka, Presidenti Onorari della Società Mondiale, e di Wolff, Presidente della Società Americana.



Congresso Mondiale di Roma 1970: da sinistra Crespi, Marcozzi, Wiebengen (Presidente ESGE), Wolff (Presidente ASGE) e Heinkel (Presidente eletto OMED)

Nelle sale del congresso non nascondono la loro soddisfazione E. Mirelli (Executive Vice President), V. Beltrami (Local Segretario) e gli altri membri del comitato organizzatore U. Bassi, G. Grassi, M. Messini, A. Napolitano, S. Stella e S.P. Zelli.

Cheli è in costante colloquio con Crespi: quest'ultimo sopporta la parte più gravosa del congresso, quella della Segreteria Scientifica. Vorrebbe essere in ogni aula per controllare l'andamento dei lavori ma pochi giorni prima si è fratturata una gamba. E con il gesso fa fatica a circolare.

Infaticabile l'opera di Alberto Montori nell'organizzazione. L'Italia fra gli studiosi di trenta nazioni – sono rappresentati tutti i continenti – si fa onore. L'endoscopia digestiva del nostro Paese è tutta

presente nelle varie sale ma, quel che più conta, è spesso al tavolo dei relatori per illustrare una Ricerca. La prima relazione è proprio di tre italiani, F. Faggioli, M. Mattei e G. Scondotto dell'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Bologna diretto da G. Labò sulla correlazione radiologica ed endoscopica nella diagnosi "Of plical gastric giantism". Poi la relazione sulla gastrocamera di studiosi giapponesi. C'è anche Takao Sakita che nel 1990 diventerà Presidente della Società Mondiale. Pronta la replica italiana sulla gastrocamera con G. Nava e C. Mieli dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma: è l'illustrazione di 900 casi trattati in quattro anni.

È lungo l'elenco degli studiosi italiani che hanno l'onore di presentare una Ricerca al Secondo Congresso Mondiale.

La stella del congresso è il giapponese Oi che stupisce tutti i presenti con il cateterismo endoscopico della papilla di Vater. Tutti i partecipanti sono increduli e, nello stesso tempo, entusiasti nell'assistere a qualcosa di veramente eccezionale che, negli anni successivi, avrebbe radicalmente modificato l'approccio diagnostico e terapeutico delle vie bilio-pancreatiche. Ma come si è arrivati a questo risultato? Facciamo un passo indietro nella storia. Nel 1965 Keit Rabinov e Morris Simon effettuarono la prima incannulazione della papilla "alla cieca" ossia senza endoscopia. In pratica i due radiologi della Harvard University di Boston, utilizzarono una sonda perorale di 130 cm con all'interno una sottile cannula flessibile a punta angolabile. Sotto controllo fluoroscopico la sonda fu sospinta nel secondo duodeno e, quindi, orientata sulla zona vateriana riuscendo a incannulare il coledoco. Tale dolorosa metodica riuscì però solo in uno su otto pazienti

per cui l'unico successo era da considerarsi come una fortuita circostanza. Ma non ci vollero molti anni per realizzare il sogno di incannulare endoscopicamente la papilla. Nel 1968 William S. McCune dell'Università George Washington, utilizzando un fibro-
duodenoscopio Eder a doppia visione frontale e laterale (modificato con l'aggiunta di un pallone cuffiato subito a monte del puntale), riuscì a visualizzare il dotto pancreatico. Non è stato comunque semplice raggiungere l'obiettivo considerando il fatto che gli strumenti di quell'epoca erano sprovvisti di tiranti per il movimento del puntale e, ovviamente, mancavano della leva per il sollevamento della cannula. Con tali strumenti si riusciva solo nella metà dei casi a superare il piloro per poi riuscire, in meno del 50% dei rimanenti pazienti, a incannulare la papilla. Nello stesso periodo progrediva la ricerca giapponese nel settore dell'endoscopia e, grazie alla collaborazione con la Machida, Itaru Oi riuscì, all'inizio del 1969, a sviluppare un duodenoscopio a visione laterale (Machida FDS) fornito di canale bioptico di movimenti attivi del puntale. Grazie alla successiva aggiunta dell'elevatore della cannula di iniezione Oi riuscì a portare a termine e presentare su *Endoscopy* nel 1970 la prima serie di 50 colangiopancreatografie retrograde.

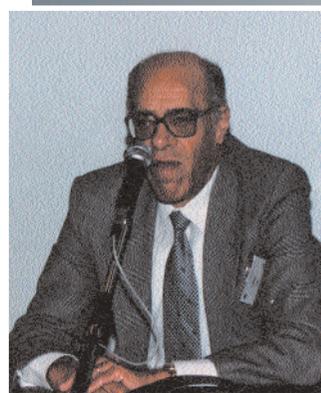
Nello stesso anno l'Olympus immette in commercio il primo duodenoscopio (JFB) che sarà sostituito nel 1972 dal JF B2 e nel '77 dal JF B3. Nasce anche il primo colonscopio CF-LB.

Il tempo di fare il viaggio e il congresso va di scena a Copenhagen (9-10 luglio) dove suscita un grande interesse la relazione di Luciano Provenzale, Antonio Revignas e Luciano Di Martino dell'Istituto di Patologia Speciale Chirurgia e Propedeutica Clinica dell'Università di Catania sulla nuova metodica della colonscopia. Questa ricerca aveva fatto colpo al suo debutto nel 1966. Suscita ancora più interesse ora che la stessa ricerca è accompagnata da un'alta casistica. Ma della nuova metodica ne abbiamo già ampiamente parlato nel capitolo precedente.

Gli anni '70 non potevano quindi avere un inizio migliore. Il Congresso Mondiale, nelle due espressioni, quella di Roma e quella di Copenhagen, rappresenta un motivo di grande soddisfazione per l'endoscopia digestiva del nostro Paese che si avvia a vivere momenti ancor più importanti perché la tecnologia sta mettendo a disposizione strumenti sempre più sofisticati. Primo fra tutti il gastroscopio a fibre ottiche che comincia a giungere anche in casa nostra. Sono già molti i centri che lo utilizzano, ma è difficile fare un completo censimento dopo tanti anni. Ecco alcuni riferimenti.

Lionello Gandolfi, aiuto presso l'Istituto di Clinica Medica di Bologna (Direttore Prof. G. Sotgiu), su un articolo pubblicato sul *Giornale di Clinica Medica* il cui Direttore è Domenico Campanacci (52, 3, 220, 1971) fa un'attenta analisi degli endoscopi allora in uso presso il suo Centro (Olympus EF, ACMI-Lo Presti FO-7089 A) e illustra i vantaggi e gli svantaggi del loro impiego nello studio delle affezioni esofagee. Gandolfi termina l'articolo con un'affermazione che dà l'idea del momento storico: "... Per concludere ci pare si possa tranquillamente affermare che con l'introduzione dei fibroesofagoscopi è giunto il momento che l'esofagoscopia, fino a ora dominio pressoché esclusivo di anestesisti e otoiatri, venga normalmente praticata dagli internisti, cioè da coloro che più di frequente si trovano di fronte a pazienti con malattie esofagee".

A Trieste Elio Belsasso, Primario del Servizio di Gastroenterologia agli Ospedali Riuniti, avvia, in collaborazione con il Servizio di Radiologia (Primario Prof. L. Dalla Palma) un confronto tra esame endoscopico e indagine radiologica nella diagnosi dell'ulcera duodenale (ottobre '71 - marzo '72). L'esame endoscopico è stato eseguito in 14 casi con il panendoscopio ACMI 89 e in 19 con il duodenoscopio Olympus JF. Nel lavoro vengono descritti i punti di concordanza delle due metodiche (presenza di processo ulcerativo) e quelli di divergenza, rappresentati soprattutto dal diverso giudizio sulla sede dell'ulcera e ne discutono la possibile interpretazione. Gli Autori concludono riconoscendo la complementarità delle due metodiche, che nella diagnostica dell'ulcera duodenale possono portare contributi diversi. I risultati sono stati pubblicati nel 1973 su *Minerva Gastroenterologica*. Questo lavoro, che conclude in modo "elegante" nei confronti della tecnica radiologica, sarà uno degli ultimi lavori di confronto tra le due metodiche. L'endoscopia, infatti, stava dimostrando in modo indiscutibile la sua superiorità alla tecnica radiologica, ma fino ad alcuni anni prima i contrasti tra radiologi ed endo-



Elio Belsasso in una fotografia del 1991



Il primo cateterismo retrogrado delle vie biliari è eseguito in Italia da Domenico Oselladore

scopisti sono stati fin troppo aspri. I radiologi, infatti, non volevano rassegnarsi a perdere la diagnostica del primo tratto digestivo!

Elio Belsasso ha ottenuto il suo endoscopio, e quello che voleva, perché poteva contare su un Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale non chiuso nei confini della rigida politica del contenimento dei costi. Ma non sempre le richieste alle proprie Amministrazioni vanno a buon fine. E qui basta riportare come esempio la decisione dell'Amministrazione dell'ospedale di Camarata di Fiesole che, su richiesta di Pierangelo Ciani di acquistare un endoscopio a fibre ottiche, dà invece il via all'acquisizione dell'ultimo modello dello strumento semiflessibile (di fibre ottiche c'è solo il fascio che porta l'energia). Si può citare a questo proposito una frase usuale al termine di ogni conflitto mondiale: "hanno acquistato il cannone due ore prima della fine della guerra".

Il contenimento dei costi sembra essere la parola d'ordine di ogni Amministrazione. È una politica questa che, se pur corretta, crea comunque problemi per la Sanità italiana. Si è ancora sotto l'effetto della Legge voluta dal ministro Mariotti e già si comincia a parlare della Riforma generale che diventerà un provvedimento legislativo nel 1978 alla vigilia di Natale. La Legge Mariotti, varata nel 1965 ma che solo agli inizi degli anni '70 trova applicazione, si basa su quattro punti cardine: creazione degli enti ospedalieri secondo il criterio della territorialità; elaborazione dei piani ospedalieri regionali e quinquennali nell'ambito di un piano ospedaliero nazionale; assistenza ospedaliera gratuita a tutti i cittadini: per la copertura penserà un Fondo nazionale ospedaliero dello Stato; disciplina delle case di cura private. Non manca un elemento destinato a recitare un ruolo importante sul palcoscenico della Sanità italiana: primari, aiuti, assistenti ma anche direttori sanitari e ispettori devono avere uno stato giuridico che prevede il tempo pieno. Secco no della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOOM) guidata dal presidente Raimondo Bariatti. Ma non sono solo i medici a opporsi alla rivoluzione negli ospedali: anche molti esponenti politici vedono una perdita del loro potere nella fine della figura della struttura ospedaliera come ente autonomo con un proprio Consiglio d'Amministrazione eletto su base locale.

La macchina degli ospedali si inceppa con la Legge Mariotti. E ci va di mezzo anche l'endoscopia digestiva. Mentre in altri Paesi questa disciplina trova sviluppo perché nascono divisioni ad hoc e si procede all'acquisto della strumentazione, in Italia, salvo alcune eccezioni di Consigli di Amministrazione di ospedali con visioni aperte, tutto finisce nel tunnel della burocrazia.

Comunque, il successo del Congresso Mondiale organizzato a Roma dagli italiani, almeno nella prima metà, ha fatto da stimolo all'endoscopia del nostro Paese. Soprattutto convince i medici endoscopisti che è opportuno tenere d'occhio quanto si fa all'estero e di "doppiarlo" in casa propria. Si dirà che è un po' quello che fa la Ricerca in ogni campo e l'endoscopia digestiva non è esclusa.

È nel Veneto che inizia l'avventura italiana con l'endoscopia delle vie biliari. Il 26 marzo del 1971 Domenico Oselladore a Padova, presso l'Istituto di Patologia Chirurgica diretta dal Prof. G. Pezzuoli, esegue il primo cateterismo retrogrado delle vie biliari. È la prima in assoluta in Italia e i particolari sono descritti da Oselladore nella sua intervista riportata nel capitolo 7 dedicato ai "Testimoni del tempo". Della sua esperienza nella ERCP Oselladore ne parla in una riunione della Società Triveneta di Chirurgia, tenutasi a Verona il 17 giugno del 1972 e successivamente il 18 novembre del 1972 nel Simposio che il Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae ha organizzato a Verona sulle "Pancreatiti Croniche". In questa seconda riunione Oselladore porta i risultati su 31 tentativi di cateterismo di cui 24 andati a buon fine. Nella discussione intervengono chirurghi e radiologi (Cevese, Hess, Sossai, Fontana, Pistolesi, Murat). Interviene anche Agostino Fratton con un'esperienza analoga a quella di Oselladore riferendo di aver utilizzato l'indagine in 32 pazienti e riuscendo nell'intento in 19 casi (13 wirsunografie e 9 colangiografie; in tre casi si è avuta l'opacizzazione contemporanea dei due dotti). Fratton aveva eseguito i primi cateterismi proprio nel 1972 dopo una frequenza da Vicary a Nancy.

Tra gli spettatori della riunione di Verona c'è un giovane Giancarlo Caletti che il suo Maestro, Prof. Labò, ha voluto che assistesse ai lavori. A conclusione della relazione di Oselladore Labò avvicinò Caletti chiedendogli di interessarsi immediatamente della

ERCP. Inizia così l'avventura di Caletti che dopo qualche mese parte alla volta di Parigi dove si ferma per 2 anni da Liguory.

Anche Alberto Tittobello, nel 1972, si era recato (appena dopo la frequenza di Fratton) da Vicari a Nancy e, tornato in Italia, si avventurò immediatamente nella caccia della "papilla" eseguendo i primi cateterismi in Lombardia.

È il 14 novembre 1971 e a Siena si svolge il quarto Congresso Nazionale della SIED, di intesa con la SIGE. Si cominciano già a intravedere le prime applicazioni di qualche novità vista al vertice di Roma, ma ecco che all'estero William I. Wolff e Hiromi Shinya presso il Beth Israel Hospital di New York mettono a punto la tecnica della rimozione endoscopica di polipi coloretali con l'uso di una lunga ansa metallica introdotta nel canale biotico dello strumento.

E arriviamo al 1972. Un anno non privo di affermazioni per la Ricerca italiana a cominciare dalla tecnica. E per la prima volta al mondo, Giovanni Marcozzi e Alberto Montori presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Roma realizzano, con la collaborazione di Massimo Crespi, un'endoscopia peroperatoria (A. Montori, G. Viceconte, La duodenoscopia e la colonscopia peroperatoria, *Min. Gastroenter.* 1, 23, 1973).

Il nuovo metodo nasce da una semplice osservazione: durante un'operazione si può rendere necessario compiere un ulteriore accertamento nell'apparato digerente. Perché dover continuare a procedere con il bisturi? Non c'è un metodo meno cruento che dà una visione chiara al chirurgo? La metodica realizzata da Marcozzi e Montori, risponde proprio a queste domande. Il primo paziente è una donna.

Marcozzi e Montori così spiegano la loro innovazione: "Nell'ambito della diagnostica endoscopica dell'apparato digerente, che tanti utilissimi contributi ha dato, abbiamo adoperato con successo una nuova metodica: quella della endoscopia peroperatoria. Essa consiste nell'introdurre l'endoscopio nell'intestino dopo che il chirurgo ha aperto l'addome: il chirurgo può guidare così la progressione dello strumento nell'interno del viscere e situare la punta scopica nella zona interessata sotto la visione contemporanea dell'endoscopista. Ci è sembrato infatti che tale tecnica, può con semplicità risolvere alcuni problemi di diagnostica assai importanti. Secondo la nostra esperienza, con l'endoscopia peroperatoria si possono avere ragguagli utili nelle seguenti alterazioni:

- ◆ anzitutto in quelle lesioni non accertate o sfuggite all'esame preoperatorio, in particolare lesioni di piccole dimensioni o formazioni patologiche di tipo ulcerativo o produttivo delle pareti gastriche e in modo particolare del fondo;
- ◆ nell'accertamento di fonti di emorragie o di lesioni minime in soggetti già operati allo stomaco, indicando con precisione se procedere o meno ad un nuovo grosso intervento;
- ◆ nello studio della prima e seconda porzione duodenale, mettendo in luce la presenza di ulcere, fonti di emorragie in corso di interventi di urgenza, o formazioni di polipoidi di piccole dimensioni o tumori della papilla di Vater;
- ◆ nell'accertamento di piccole lesioni, ulcerazioni, emorragie, tumori di piccole dimensioni, situati nei vari tratti del colon.

Queste piccole lesioni dello stomaco, del duodeno o del grosso intestino, che per motivi tecnici o per altre difficoltà possono essere sfuggite sia agli accertamenti radiografici che endoscopici tradizionali, possono essere diagnosticate e visualizzate con l'endoscopia peroperatoria".

Sempre nel 1972 una interessante novità tecnica a Modena: G. Rigo con i tecnici della Lorenzatto, importatrice della Olympus, mette a punto un'originale pinza tranciante per l'ablazione endoscopica di punti di sutura nel gastroresecatto. Sulla *Gazzetta Sanitaria*, volume 44, G. Rigo e M. Perini, entrambi della Clinica Medica dell'Università di Modena, illustrano il nuovo accessorio.

Un "nuovo acquisto" al Servizio di Endoscopia dell'Istituto Tumori di Milano: arriva Pasquale Spinelli, dopo essersi formato come chirurgo a Roma sotto Valdoni. L'attività di endoscopia ai Tumori era in funzione da quattro anni con Leandro Gennari (endoscopia digestiva), Ravasi (broncoscopia) e Marcelli (cistoscopia).



Giancarlo Caletti in una fotografia apparsa sul mensile "Medico e Paziente" del Maggio 1979



Alberto Montori



Pasquale Spinelli, dalla scuola del Prof. Valdoni all'Istituto Tumori di Milano

Gli studi vanno avanti, ma gli interessi sono rivolti soprattutto alle vie biliari. La relazione fatta dal giapponese Oi al congresso di Roma aveva suscitato grande interesse fra gli studiosi che però si erano subito resi conto della difficoltà nella realizzazione di quanto avevano visto durante l'esposizione e cioè il cateterismo della papilla di Vater, consentendo l'opacizzazione delle vie biliari e pancreatiche tramite iniezione di un prodotto radiopaco. In Europa i primi ad applicare questo metodo sono la Scuola tedesca di Erlangen e quella francese di Jeanpierre di Nancy. Con il passare del tempo, cresce l'interesse verso questa problematica ed i primi ad interessarsene in Italia sono Oselladore a Padova, Fratton a Verona e Montori con Viceconte a Roma, Tittobello a Milano.

E nel 1973 Oselladore, Terranova, Muller, Brinis e Di Maggio pubblicano uno studio sul duodeno e il cateterismo transpapillare corredato da numerose immagini. La ricerca è resa pubblica da *Archivio di Medicina Mutualistica* edito dall'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro la malattia.

Lionello Gandolfi, con O. Masiello e G. Tucci, riferisce sul "Contributo diagnostico della colangiografia duodenoscopica in casi di colostasi intraepatica" al primo Congresso Nazionale del Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae (Stresa, 30 maggio-1 giugno 1973).

Sul fronte dell'endoscopia delle vie biliari un'importante novità arriva dall'estero. Meinhard Classen e L. Demling in Germania e Keiichi Kawai in Giappone effettuano nel 1973 le prime sfinterotomie endoscopiche della papilla dando il via a tutta una serie di interventi terapeutici sulle vie biliari. Ovviamente l'apertura della papilla stimolò l'ideazione di una nuova accessoristica per gli interventi sulle vie biliari e l'Italia poté dare il suo contributo grazie a un'idea originale dell'urologo Dormia che nel 1958 aveva realizzato degli opportuni "cestelli" per la rimozione dei calcoli endoureterali. I cestelli di Dormia, opportunamente modificati divennero ben presto accessori insostituibili nell'endoscopia interventistica sulle vie biliari.

È Venezia a ospitare nel 1973 il V Congresso, organizzato dal veronese Fiorini con la collaborazione di Fratton e di Francesco Mazzeo di Piacenza. Una novità: è il primo vertice nazionale della Società separato da quello della SIGE e fino al congresso di Catania del 1989 non ci sarà più l'accoppiata con la Società di Gastroenterologia. Un avvenimento, non c'è che dire, che dimostra la crescita della Società stessa e dell'endoscopia digestiva. Un altro elemento conferma questa crescita: Paride Stefanini convoca Alberto Montori e, invitandolo a collaborare, gli dice di credere nella endoscopia digestiva.

Una novità al Congresso di Venezia: Francesco Paolo Rossini presenta il primo film sulla polipectomia endoscopica del grosso intestino. È un successo.

Sempre nel 1973 un'importante novità a Roma: nasce il primo Servizio di Endoscopia Digestiva ospedaliero in Italia autonomo dalla Gastroenterologia. Il Servizio, diretto dal primario Vincenzo Colavolpe con la preziosa collaborazione di Sergio Morini, che gli succederà, si apre all'Ospedale Nuovo Regina Margherita. Di servizi autonomi ce ne sono in questa epoca altri due, uno in ambito universitario, quello di Russo a Catania, e uno in un istituto scientifico, l'Istituto Tumori di Milano, diretto da Spinelli. Quest'ultimo servizio non si occupa solo di endoscopia digestiva ma anche di altri apparati.

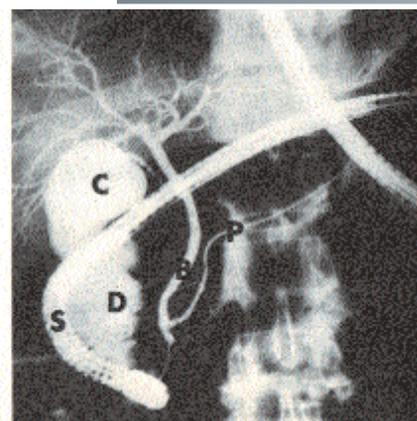
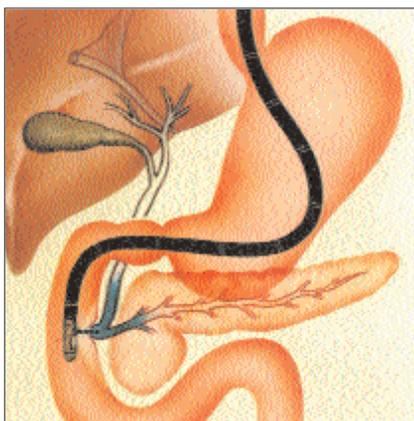
Dell'endoscopia italiana continuano ad accorgersi anche gli stranieri, in modo crescente: Giorgio Nava viene eletto Presidente della Società Europea di Gastrocamera, resterà in carica fino a tutto il 1974.

Dal 13 al 19 novembre del 1974 si svolge a Città del Messico il Quinto Congresso mondiale di Gastroenterologia e il Terzo Congresso Internazionale di Endoscopia (dal 19 al 21 settembre). Ormai sono esplose le fibre ottiche che consentono un eccezionale sviluppo all'endoscopia digestiva. Il francese Debray al vertice messicano, parlando con i colleghi e con un gruppo di giornalisti, ripete con enfasi quella frase che aveva già detto al vertice del 1970 a Roma: "Con le fibre ottiche siamo arrivati alla democratizzazione dell'endoscopia".



"Guida alla diagnostica radiologica e strumentale delle malattie dell'apparato digerente" di Dagnini, Oselladore, Romani e Pezzuoli. Edizione a cura dell'Istituto De Angeli, Milano 1974

È in questo periodo che Domenico Oselladore con Giorgio Dagnini (S. Romani e G. Pezzuoli) pubblicano un testo dal titolo *Guida alla Diagnostica Radiologica e Strumentale delle Malattie dell'Apparato Digerente*. È un testo innovativo dove si parla di tecniche radiologiche, di scintigrafia, endoscopia flessibile, laparoscopia. Molto curata è l'iconografia e il capitolo dedicato all'endoscopia (compresa anche l'ERCP). Meraviglia il fatto che nel titolo non venga menzionata l'Endoscopia, ma conoscendo bene Oselladore credo che sia stato per un certo rispetto alla Radiologia e al Prof. Romani (Dir. dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Padova). L'endoscopia allora era una branca nascente e non ci si voleva immediatamente scontrare in ambito universitario.



Tecnica della duttografia retrograda biliare e pancreatica tratto da "Guida alla diagnostica radiologica e strumentale delle malattie dell'apparato digerente" di Dagnini, Oselladore, Romani e Pezzuoli. Edizione a cura dell'Istituto De Angeli, Milano 1974

Il Sesto Congresso nazionale della SIED si svolge a Genova dal 26 al 28 settembre del 1975 sotto il coordinamento di Cheli che diventa Presidente della Società dopo un braccio di ferro con Marcozzi. C'è un'intesa per eleggere il chirurgo romano, intesa confermata in una cena organizzata da Celli. Ma quando il giorno successivo si riunisce il Consiglio Direttivo per l'assegnazione delle cariche, Marcozzi non ottiene la maggioranza. In pratica era entrato in "conclave nelle vesti di papa ed era uscito cardinale" come dice un esponente della Società. Quindi Cheli Presidente, Celli e Crespi Vice Presidenti, Albano, Banche, Fratton, Labò e Marcozzi Consiglieri con Mirelli Segretario. È un congresso con numerose relazioni, quasi tutte indicative dello stato di avanzamento dell'endoscopia digestiva italiana, fra cui quella di Elio Belsasso che mostra, primo italiano, la tecnica della colorazione delle mucose ideata in Giappone. In pratica, si marca la mucosa con coloranti diversi per individuare meglio la presenza di una forma tumorale nello stomaco: dopo il lavaggio la zona colpita del cancro resta colorata. C'è un certo scetticismo davanti alla metodica presentata da Belsasso ma in molti si dovranno ricredere al punto che al Congresso Europeo di Roma nel 1978 lo studioso triestino sarà invitato a tenere una relazione.

C'è fermento in Italia. Molti giovani medici, di provenienza internistica, gastroenterologica o chirurgica, si sentono attratti dall'endoscopia. Questi giovani medici avevano appreso i primi rudimenti della nuova disciplina dai pionieri italiani o in modo del tutto autonomo, ma sentivano adesso la necessità di accelerare la preparazione e soprattutto di avviarsi all'esplorazione della via biliare e alle tecniche operative. Molti di loro si rivolgono agli esperti europei e le attenzioni cadono principalmente su Claude Liguory, endoscopista a Parigi. Pietro Loriga, ha sintetizzato molto bene la nascita di tale gruppo, definito la "Legione straniera", in una relazione (arricchita da una simpatica iconografia) presentata alla Riunione del 20 settembre 1996 a Crema sulla Storia dell'Endoscopia. Ecco il testo integrale di Loriga.



Il marchio della simpatica "Legione straniera" creato da Piero Loriga

... Verso la metà degli anni settanta si seleziona spontaneamente in Italia un gruppo di specialisti (Adamo, Caletti, Cipolletta, Di Giulio, Di Matteo, Loriga, Familiari, Meduri) giovani, indipendenti, provenienti da diverse realtà (Gastroenterologia, Chirurgia generale, Medicina interna) e desiderosi di apprendere in maniera corretta l'Endoscopia (soprattutto operativa!) anche a costo di importanti sacrifici personali. A tale fine frequentano i migliori Centri europei di Endoscopia Digestiva. La maggior parte degli aspiranti endoscopisti italiani si reca a Parigi dal Dottor Claude Liguory a costituire la "Légion étrangère". Così lo stesso Liguory aveva battezzato scherzosamente il gruppo di stranieri che giungeva a Parigi da tutto il mondo per apprendere l'Endoscopia Digestiva. Il 5 gennaio 1976 è una data molto importante che inciderà in maniera determinante sul futuro mio, della mia famiglia e dei miei allievi: vengo accolto nella "Légion étrangère"! Incontrai per la prima volta Claude Liguory all'Hopital St. Antoine. Mi apparve subito come un uomo dotato di un grande pragmatismo, che traspirava anche dal comportamento molto diretto ed essenziale. Approfondendo la conoscenza del maestro, mi resi conto che era un profondo conoscitore della vita, dalla

Il ricordo di Piero Loriga

quale aveva avuto certamente degli onori, ma anche tante difficoltà e qualche amarezza. Come tutti coloro che creano dal nulla il nuovo, talora doveva difendersi da una scienza "ufficiale" poco aperta o addirittura ostile a chi "getta il sasso nella palude". Aveva una enorme capacità lavorativa che lasciava ben poco spazio alla vita privata e una grande onestà intellettuale: mai gli ho visto modificare un dato negativo a suo vantaggio o affermare concetti che non condivideva.



L'avventura dei nostri legionari inizia il 5 gennaio 1976 (disegno di P. Loriga)

Era un Maestro generoso e ci trasmise ciò che allora nessuno nel nostro Paese ci avrebbe mai insegnato, creandoci un futuro privilegiato rispetto ai tanti colleghi gastroenterologi, chirurghi e internisti rimasti in Italia.

Fu molto chiaro e pragmatico fin dal primo incontro: "Più mi darete, più vi darò!" Ai Legionari italiani questo patto andava molto bene. Avevamo tutti una gran voglia di imparare e in tempi brevi, ed eravamo dunque "pronti a tutto"!

La nostra settimana era piena come un uovo! Appuntamento alle 7.15 in qualche bistrot per un petit café... Si caricava poi il bagagliaio dell'Alfa GTV di Liguory che, come diceva il Maestro, sembrava fatto su misura per contenere strumenti, fonte luminosa e accessori. Iniziavano così le nostre giornate, ricche di impegni endoscopici. Facevamo di tutto: portantini, infermieri, tecnici di radiologia, segretari, medici ed... ENDOSCOPISTI! Tutto con spirito di gruppo e rispetto del ruolo di ciascuno.

Liguory collaborava in numerosi Ospedali pubblici e Case di Cura per cui si spostava con la sua Alfa GTV verde scuro da un capo all'altro di Parigi e noi... sempre con lui! Con lui anche il sabato sera in uno scantinato di Rue de Bretteville appestato del fumo di sigaro a compilare i dossier e catalogare gli esami endoscopici della settimana. Due volte la settimana attendevamo il miracolo... che la crisalide potesse divenire farfalla e librarsi in volo!

"Cinq minutes!" era il tempo che Liguory ci concedeva per condurre il duodenoscopia di fronte alla papilla di Vater. In realtà ci accordava sempre qualche minuto in più. Erano momenti per noi di grande impegno e inevitabilmente di tensione. Sapevamo che non saremmo potuti tornare in Italia senza aver "violato" la papilla di Vater! Meglio l'esilio a Sant'Elena!

Le vie biliari erano il nostro sogno e la nostra ossessione: se ne parlava dappertutto... Nelle sale di endoscopia, nei corridoi, nei bistrot, nelle uscite domenicali, e ho sempre sospettato che qualcuno ne parlasse anche con il buon Dio prima di addormentarsi.

Quando il Maestro si arrabbiava si comprendeva subito che non aveva compiuto i suoi studi nella "Old England"!

Ricordo in particolare quando, dopo aver tranquillizzato uno spaventatissimo uomo politico che doveva sottoporsi a gastroscopia presso l'American Hospital, promettendogli "un tubicino piccolo piccolo", si rese conto che avevamo dimenticato il "pediatrico" all'Hopital Cochin, e che era disponibile solo un colonscopia!

Il Maestro era un gran buongustaio o "gourmet" come dicono i Francesi. "Vi insegnerò l'endoscopia... e la gastronomia" ripeteva ai nuovi Legionari. E in effetti, nonostante i gravosi impegni di lavoro riusciva generalmente a ritagliare uno spazio per il pranzo. Il menù variava da pasti "plebei" tipo Chocroute Royale (avec une bière "formidable") del bistrot

vicino all'Hopital Curie al pasto tipicamente francese e di buon livello dell'"Enclos de Ninon" fino al pasto raffinato ed esclusivo a base di poveri uccelletti osteomalacici denominati "les ortolans".

La dispepsia postprandiale del maestro, che gli anglosassoni avrebbero definito di grado "severo", ... favoriva l'autonomia endoscopica pomeridiana dei Legionari.

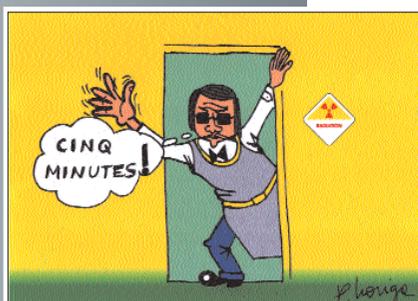
Tornati in Italia, i giovani e intraprendenti endoscopisti mantengono stretti rapporti per l'amicizia "cameratesca" di chi ha gioito e... sofferto assieme l'orgoglio di appartenere alla stessa prestigiosa Scuola, la forza cementante della SIED che diventa il punto di incontro e confronto di differenti esperienze. Con Claude Liguory ci si incontra più volte ogni anno.

Lo scorrere del tempo non ha intaccato il suo ruolo di maestro e non ha modificato il nostro affetto e la nostra riconoscenza per quello che ha rappresentato nella nostra vita. Sono passati tanti anni... oltre 20! Gli intraprendenti Legionari, che approdarono a Parigi per imparare l'endoscopia, sono meno giovani. Anch'essi hanno formato a loro volta una "legione" di allievi ai quali hanno trasmesso i tanti insegnamenti, non solo di Endoscopia ma anche di vita, appresi dal maestro e...

... primo fra tutti... "La vie de l'endoscopiste. ... C'est difficile!..."



Una recente foto di gruppo di Liguory con "i Legionari" Di Giulio, Cipolletta, Familiari, Loriga e Di Matteo



Cinque minuti il tempo che Liguory concedeva per arrivare alla papilla di Vater (disegno di P. Loriga)

I MOSCHETTIERI DI RUE DU FAUBOURG SAINT ANTOINE di Luigi Familiari

... Quel mattino di 27 anni fa, era il 30 Novembre del 1974, salendo le scale che portavano al "Service d'Endoscopie" mi sentivo come D'Artagnan che si recava dal signor de Treville: anch'io avevo una lettera in tasca (la mia borsa di studio), anch'io venivo da un paesello, anch'io ero arrivato a Parigi in groppa a un ronzino (il treno, non avevo ancora scoperto l'aereo), ed ero anch'io carico di speranze.

Era una giornata piovosa, ero appena arrivato, avevo lasciato le valigie in stazione, dovevo ancora trovare un alloggio... ma l'entusiasmo era tale che avevo subito cercato sulla cartina l'Hopital Saint Antoine, in rue du Faubourg Saint Antoine, e c'ero andato di corsa.

L'impatto con Treville-Liguory fu duro, da mettere alla prova il mio entusiasmo, tipico del personaggio che avrei imparato a conoscere successivamente: "Dovrete essere sempre puntuale, porterete le valigie, non vi sarà permesso di dormire e farete la festa solo quando si finirà di lavorare, dovrete lavorare duro - prima viene "le travail" e poi tutto il resto - se farete in questo modo io vi insegnerò l'endoscopia".

Ma vinse la mia caparbieta, quel giorno accettai di far parte dei moschettieri di Treville-Liguory - o della "legion", come preferisce chiamarla lo "chef" - e da allora sicuramente la mia vita è cambiata, come certamente quella di tutti gli altri arruolati, Piero Loriga, Giovanni Di Matteo-Porthos, Livio Cipolletta, Emilio Di Giulio e così via: siamo diventati ENDOSCOPISTI.

In effetti il maestro non aveva chiesto niente di più che lui non facesse normalmente: era quello che lavorava più di tutti, instancabile, sembrava non avesse mai sonno, capace, dopo mangiate omeriche e bevute in proporzione, di ricominciare, sempre con la stessa lucidità e con la stessa energia.

Era qualcosa che ci lasciava di stucco come un gruppo di lupi di fronte al capo-branco.

Imparammo a conoscerlo, a conoscere la sua straordinaria lucidità mentale, la capacità cioè di individuare immediatamente il nocciolo essenziale di ogni problema, medico, endoscopico o di altro genere, e di andare dritto alla soluzione.

Oltre alla sua straordinaria onestà intellettuale (non a caso è quello che ha le maggiori percentuali di complicità), sempre, assolutamente, ad oltranza, anche a costo di risultare ostico ai più.

E sono questi sicuramente gli insegnamenti migliori che noi, legionari o moschettieri, abbiamo tratto dal periodo francese.

Le tecniche si possono apprendere in tanti modi ed in tanti posti, ma il metodo, la capacità di razionalizzare i percorsi, di individuare il giusto iter, la strada più breve per giungere alla soluzione, sono cose che soltanto coloro che le hanno in dote, e sono personaggi rari, possono trasmettere.

Ci insegnò pure che chiunque, purché avesse la forza e la volontà di lavorare duro, poteva arrivare in cima, lui ne era prova, lui che veniva da una famiglia povera, e senza nessun appoggio era diventato famoso, veniva invitato in tutto il mondo, e da tutto il mondo si andava a trovarlo per "imparare".

E questo ci dava fiducia, rinforzava il nostro entusiasmo e la voglia di fare.

Era l'epoca in cui non esistevano accessori per l'endoscopia, tutto veniva fabbricato in casa, nello studio di Liguory, fino alle 3, alle 4 del mattino, fino all'esaurimento di ogni energia fisica e mentale.

Ricordo quando alla fine del 1974 arrivò la notizia delle prime sfinterotomie effettuate da Classen e Kawai: cominciai l'affannosa rincorsa per cercare di effettuare questa tecnica nuova: partendo dal nulla!

Sui tovaglioli di carta dei bistrot si disegnavano gli sfinterotomi, si cercava di trovare un'idea su come costruirne uno: e tutte le proposte venivano prese in considerazione, anche le mie, dell'ultimo arrivato, perché un'idea intelligente poteva venire da chiunque, non esistevano preconcetti.

Ed era questo che colpiva soprattutto noi italiani, da sempre abituati alle gerarchie baronali, il fatto che il maestro viveva assieme agli altri, era tale perché guadagnava giornalmente i suoi galloni sul campo, era il primo a mettere ogni giorno se stesso in discussione, senza nessuna gerarchia preconfezionata.

Il Lunedì era il giorno dedicato a SCOP, il Lorenzatto francese, si andava a chiacchierare per ore, a discutere su come fabbricare nuovi accessori.

A qualcuno venne l'idea che per il filo metallico degli sfinterotomi si poteva utilizzare il filo d'acciaio della pesca d'altura, ed io fui incaricato dal maestro di cercare un negozio e comprare il necessario (ovviamente senza rimborso): lo trovai, presi il materiale, lo provammo, funzionava!! Ancora oggi conservo in un cassetto qualche campione.

L'entusiasmo che ci univa era la sensazione di essere contemporaneamente artefici e testimoni di un evento straordinario: non solo imparavamo l'endoscopia, ma la stavamo costruendo, inventando assieme al maestro, giorno dopo giorno.

E di endoscopia si parlava ventiquattr'ore al giorno, i problemi venivano discussi al bar, in auto, al ristorante, sia che fosse un piccolo bistrot, davanti ad un boccale di birra, o un locale di lusso con una bottiglia di Chateau Margaux. Eravamo immersi completamente, non c'era spazio per nessun altro argomento.

Ed è questa sensazione profonda di aver passato un periodo della nostra esistenza in cui abbiamo creato qualcosa di importante, tutti insieme, che probabilmente rappresenta quel legame che unisce tutti coloro che sono stati moschettieri di Treville-Liguory, noi italiani assieme ai brasiliani, agli argentini, ai portoghesi, ai cento altri conosciuti a Parigi e con i quali è rimasto questo sentimento comune, che permette di ritrovarci ogni volta, di restare amici anche a migliaia di chilometri di distanza, anche sentendoci o vedendoci raramente.

Una sera a cena: il ristorante era Chez Julien, assieme a Liguory una trentina di allievi ed ex allievi. Era il periodo della guerra anglo-argentina delle Falkland, ma intorno a quel tavolo, si trovarono uno di fronte all'altro a discutere tranquillamente, inglesi e argentini, israeliani e palestinesi, tutti insieme nel nome di quell'Endoscopia che si riconosceva nel maestro.

Solo alla fine ci fu qualche momento di panico: al momento di raccogliere i soldi per il conto ci si accorse che uno tra noi non aveva pagato!

L'inglese pensava all'argentino e viceversa, il palestinese sosteneva che il responsabile fosse l'israeliano: la verità non si seppe mai, anche se qualcuno sostiene che forse, un napoletano...

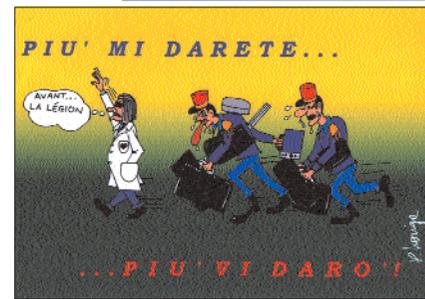
Poi gli anni sono passati, sono arrivati quelli della maturità, della carriera, della posizione, le strade di noi moschettieri-legionari si sono incrociate, a volte si sono scontrate, i nostri percorsi sono stati diversi. Però quel sentimento comune è rimasto, ed ogni qual volta ci si rivede, che sia con un boccale di birra o con un bottiglia di Chateau Margaux, ci si ritrova uniti, al di sopra delle piccole beghe che ogni tanto tentano di incrinare i nostri rapporti.

E questa credo che sia la forza di noi altri, i moschettieri di rue du Faubourg Saint Antoine...

“Un'altra testimonianza, quella di Luigi Familiari anche lui alla corte di Liguory”



Liguory, re dell'endoscopia in una simpatica caricatura di Loriga



L'infaticabile francese al comando della legione italiana (disegno di P. Loriga)

“Altre testimonianze sulla frequenza a Parigi da Liguory sono riportate nel capitolo dedicato ai "Cinquantenni del 2000"”



Due splendidi primi piani: Cremer in alto e nella foto a fianco Armengol-Mirò



Ma non è solo Liguory ad accogliere i giovani endoscopisti italiani. Altri personaggi, come Armengol-Mirò, Classen, Cremer, Huibregste e Soehendra sono stati ben lieti di accogliere i "giovani allievi" italiani.

Quindi la via biliare era l'obiettivo principale da raggiungere per molti endoscopisti. Mentre molti si cimentavano nella parte diagnostica, altri hanno pensato che fosse giunto il momento di "violare l'integrità".

Ed ecco le testimonianze sulle prime papillotomie endoscopiche. Quella di Caletti e quella di Viceconte.

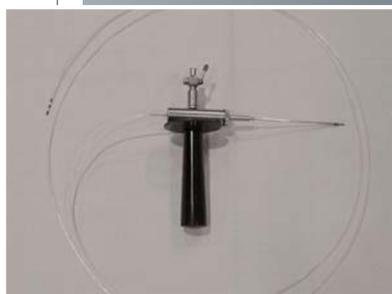
Caletti: "Tornato in Italia dopo uno stage presso Liguory nel novembre del 1974, cercai in ogni modo di procurarmi un papillotomo, ma questi allora non erano in vendita. Mi venne in aiuto Enrico Lorenzatto che, come sempre attentissimo alle novità e sponsor di giovani talenti, mi ospitò a Torino un paio di giorni mettendomi a disposizione il suo laboratorio riparazioni. Qui con l'aiuto di un

uomo meraviglioso come Sebastiano Gandolfo, costruì il nostro papillotomo utilizzando una cannula da ERCP e del filo metallico da pesca. Pochi giorni dopo a Forlì, con l'assistenza del chirurgo Galeazzo Mattioli eseguii con successo la mia prima papillotomia endoscopica. Forse essa è stata la prima in Italia, ma la cosa per me ha poca importanza".

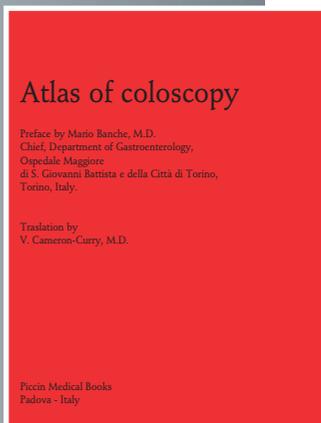
Viceconte: "Nel marzo del '74 andai in Germania con una lettera di presentazione firmata da Montori e Crespi, ma Classen si era trasferito e io seguii gli insegnamenti di Kock, un endoscopista che rimarrà vittima di un grave incidente di sci. Quando tornai, incoraggiato e protetto da Marcozzi e Montori, effettuai cateterismi e poi la 'prima italiana' della sfinterotomia endoscopica con estrazione di calcoli. Era la primavera del '75. Ricordo che la paziente era una donna già operata per una calcolosi della colecisti e nella quale era residuo un calcolo del coledoco. L'alternativa era: rioperarla o effettuare la papillotomia. Si decise per quest'ultimo intervento e andò bene".

L'altro argomento che focalizza l'attenzione degli endoscopisti italiani, oltre all'ERCP, è la colonscopia. E su tale argomento viene realizzata un'opera molto apprezzata anche a livello internazionale, anche per il fatto che l'opera viene presentata in lingua inglese. Si tratta dell'*Atlante di colonscopia* realizzato da Rossini nel 1975 per l'editore Piccin di Padova. Un'opera unica, di grande valenza, corredata da una straordinaria documentazione d'immagine che dimostra anni di lavoro d'avanguardia. Rossini impiega più di un anno alla realizzazione dell'*Atlante* (seguirà nel 1979 l'*Atlante* con le diapositive in collaborazione con Ferrari) e incontra molte difficoltà sulla via dell'edizione, superate con l'omaggio della carta da parte del senatore Burgo, proprietario delle omonime Cartiere.

Rodolfo Cheli così commenta l'*Atlante*: "Nel quadro della endoscopia digestiva, prestigioso capitolo d'avanguardia della gastroenterologia, la colonscopia è certamente uno degli argomenti preminenti. Tale tecnica infatti allarga un ampio ventaglio di possibilità che vanno dalla diagnostica fino a realizzazioni terapeutiche immediate, sostanzialmente fondate dalla exeresi endoscopica di lesioni polipose. La somma dei risultati ottenuti, filtrata attraverso un'esperienza pluriennale e opportunamente elaborata da Rossini, viene alle stampe come opera monografica ove un testo sintetico si integra con una ricca documentazione iconografica". L'opera è presentata da Banche, maestro di Rossini. La materia si articola in tre parti essenziali. La prima comprende la problematica tecnica, nella quale affiorano importanti suggerimenti ricavati dall'esperienza peculiare dell'Autore. Nella seconda parte segue la descrizione endoscopica dei quadri morbosi del colon, integrati da una documentazione istologica, utile e rilevante risultato della contemporanea biopsia, mezzo obbligatoriamente associato all'endoscopia.



Papillotomo costruito da G. Caletti e S. Gandolfo presso la ditta Lorenzatto nel 1974



È pubblicato nel 1975 da Piccin il volume "Atlante di colonscopia" di Rossini

La terza parte del volume concerne problematiche particolari, quali la colonscopia d'urgenza, la colonscopia peroperatoria presentata da Montori e infine, la polipectomia colonscopica argomento molto attuale e ricco di progressione. Conclude la quarta parte, dedicata alla bibliografia.

I progressi dell'endoscopia digestiva seguono di pari passo gli sviluppi della tecnologia. Ormai i giapponesi sono diventati i protagonisti sulla ribalta mondiale: Fujinon, Pentax, Machida, Olympus immettono sul mercato fibroscopi, colonscopi e duodenoscopi sempre più perfezionati. È soprattutto l'Olympus a dare impulso alle ricerche. Alla fine del 1971 viene introdotto il primo vero esofagogastroduodenoscopio a visione frontale, modello GIF D, sostituito dopo un anno dal GIF D2 che affianca il duodenoscopio JF B2. Nel 1973 esce il primo gastroscopio pediatrico Olympus GIF P e nel '74 il gastroscopio GIF K a visione obliqua che conquista gli endoscopisti. Nel 1975 compaiono i primi gastroscopi a due canali. Questi ultimi, sia a visione diretta che laterale (TGF-2D e TGF-2S). Nel 1976 l'Olympus realizza anche il primo fibroduodenoscopio a testina terminale isolata consentendo una maggiore sicurezza nelle sfinterotomie. L'anno successivo la Pentax presenterà il primo fibrogastroscopio FG-28A.

La ricerca galoppa, ma bisogna ancora fare i conti con le piccole difficoltà quotidiane che si incontrano nell'esecuzione degli esami endoscopici. Ecco, quindi, dei suggerimenti da alcuni Autori italiani. A. Montori, G. Viceconte e G. Miscusi su *Minerva Gastroenterologica* (21, 4, 1975) suggeriscono la "Introduzione guidata del fibroesofagogastroduodenoscopio sotto diretto controllo visivo (con l'aiuto di un comune laringoscopio)". La tecnica, sostengono gli Autori, può essere di aiuto soprattutto nei soggetti sofferenti, ansiosi, molto giovani o nei vecchi o in pazienti con scadute condizioni generali oltreché in quelli con emorragia digestiva in atto.

V. Casale, A. Grassi, M. Crespi pubblicano nel 1977 su *Endoscopy* (9, 152-153, 1977) una nuova tecnica che può essere di aiuto nel facilitare le biopsie in esofago, la "Plunging Biopsy". Della tecnica ne parlerà anche L. Demling nel Testo-Atlante *Endoscopia e biopsia dell'esofago, stomaco e duodeno*.

Luigi Familiari nello stesso anno riferisce del successo della sua prima papillotomia endoscopica (donna di 70 anni, colecistectomizzata, con calcolosi recidiva) e della rimozione di un corpo estraneo (forcina per capelli) in una bambina di due anni con un duodenoscopio JF B2 mediante un accessorio inventato al momento (cappio di nylon fatto passare attraverso un catetere di teflon).

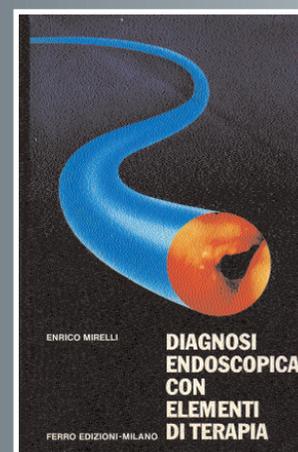
Si afferma l'endoscopia digestiva italiana in campo internazionale: Rodolfo Cheli è il nuovo Vice Presidente Eletto della Società Europea di Endoscopia.

Enrico Mirelli è stato un punto importante di riferimento per l'endoscopia italiana negli anni '60 e '70 e a compendio della sua attività pubblica nel 1977, in collaborazione con l'inseparabile "Pippo" Fichera, un volume dal titolo *Diagnosi endoscopica con elementi di terapia* (Ferro Edizioni). Nella presentazione, Luigi Gallone, direttore della I Clinica dell'Università di Milano definisce il libro come "un prototipo della letteratura endoscopica". È un manuale di pronta e semplice consultazione con un'eccellente iconografia. Una curiosità: frequenti sono i cenni storici, cosa rara in un libro di medicina. Il testo sottolinea la lungimiranza di Mirelli che ha voluto consegnare alla sempre più crescente classe di endoscopisti un manuale di estrema utilità.

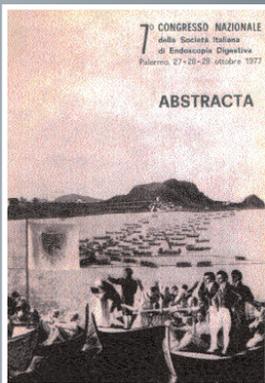
Il Settimo Congresso della Società si svolge a Palermo, dal 27 al 29 ottobre 1977. L'organizzazione è stata affidata al Prof. V. Albano, membro del Consiglio Direttivo SIED e Presidente della SMIER, che si è avvalso della collaborazione dei Professori Pietro Bazan (Palermo) e Adriano Blasi (Catania). Il Dott. Accursio Friscia (Palermo) ha curato la Segreteria Scientifica e Organizzativa. Al Congresso si è voluto dare un ruolo particolare, nato dall'esigenza profondamente sentita dagli endoscopisti, di fare il punto sulla situazione dell'Endoscopia in Italia e di trovare o meglio di cercare la risposta a interrogativi già posti in occasione di altre riunioni. L'endoscopia in Italia è maturata, è uscita dalla fase pionieristica, i cultori della disciplina hanno piena coscienza delle potenzialità della disciplina, ma è giusto un momento di riflessione.



Luigi Familiari mentre interviene ad un congresso della SIED sezione Laziale del 1976



La copertina del volume "Diagnosi endoscopica con elementi di terapia" pubblicato da Enrico Mirelli nel 1977 con la Ferro Edizioni di Milano



Il settimo Congresso della SIED è organizzato a Palermo nell'ottobre 1977

In questa ottica va inquadrata la lettura su "Escursus storico sull'Endoscopia in Italia" con la quale il professor Leopoldo Celli ha dato inizio ai lavori congressuali.

Celli, infatti, dopo aver illustrato le tappe dell'Endoscopia in Italia dalle origini fino alla costituzione delle prime Scuole, e dopo aver sottolineato il contributo offerto dall'Endoscopia Digestiva nel campo della fisiologia, della patologia, della diagnostica comparata, della terapia, della farmacologia, della medicina preventiva, partendo dal presupposto che "... non sono più tollerabili i tentativi di monopolizzare l'endoscopia da parte di chi brama sfruttarne la testata senza aver mai posato l'occhio sull'oculare di un endoscopio", ha ribadito l'obbligo da parte della Società di regolamentare l'endoscopia in Italia in modo che "... essa sia esercitata solo dai competenti e non da chiunque per il semplice fatto che ha la fortuna di possedere un apparecchio".

Tre tavole rotonde hanno polarizzato l'attenzione dei congressisti. La prima, Presidente Roberto Cheli e moderata da Massimo Crespi, ha avuto per tema i "Problemi organizzativi medico-legali che l'evolvere e il diffondersi dell'Endoscopia in Italia pone", la seconda, moderata da Pietro Bazan sul tema: "Problemi diagnostici e terapeutici delle vie biliari in rapporto ai più recenti progressi delle tecniche endoscopiche"; la terza: "L'Endoscopia in rapporto ad altre metodiche di indagine funzionale e strumentale della clinica dell'apparato digerente", condotta da A. Blasi.

Di particolare interesse è stata la Tavola rotonda dedicata ai problemi organizzativi. Diamo qui ampio spazio a quanto esposto dai vari partecipanti in quanto sono stati messi in discussione temi di fondo volti alla tutela e alla qualificazione della disciplina e di quanti a essa si dedicano. Temi che costituiranno motivo di dibattito anche nel ventennio successivo. La presenza di un Magistrato, il dottor A. Rizzo, dell'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia On. M. Mazzaglia, e del dottor C. Fernandez in rappresentanza del Presidente della FNOM Prof. Parodi, hanno dato particolare risalto alla Tavola rotonda, in quanto non ci si è limitati a un discorso tra "addetti ai lavori", ma si sono potute confrontare le posizioni della SIED già elaborate dal "Comitato per l'inserimento dell'endoscopia nelle strutture pubbliche", con rappresentanti qualificati di "poteri pubblici" a cui in ultima istanza spettano decisioni di vitale importanza nella nostra disciplina. Sono stati discussi 5 punti fondamentali:

1. Sul primo punto, che ha registrato un unanime consenso, è sintetizzabile nella seguente affermazione che "l'Endoscopia digestiva, entrata ormai ampiamente nella pratica clinica, necessita di un preciso training specialistico, a carattere professionalizzante, al fine di acquisire quella padronanza del mezzo tecnico indispensabile a condurre gli esami, ma altresì quell'esperienza di correlazione endoscopico-clinica necessaria a raggiungere la diagnosi". Presso quali Centri deve essere eseguito il training teorico-pratico? Sicuramente tra quelli più accreditati.
2. Consenso sulla creazione di un Albo degli endoscopisti che verrebbe gestito dalla SIED e dalla FNOM e a cui si verrebbe ammessi sulla base di un documentato curriculum.
3. Tutti unanimi in senso affermativo sulla necessità di una specifica preparazione anche per il personale paramedico operante nei Centri di Endoscopia. Sarebbe pertanto opportuno considerare un indirizzo di "ferrista di endoscopia" nella scuola per infermieri professionali.
4. Due questioni fondamentali. Primo, la mancanza di una comprovata competenza specifica in Endoscopia potrebbe far configurare eventuali reati nel caso di lesioni al paziente o errore diagnostico? Secondo: è obbligatorio inoltre richiedere un consenso informato per gli esami endoscopici? Lucida messa a punto del dottor Rizzo, Magistrato di Cassazione che ha chiarito come in caso di comprovata preparazione non sussistano responsabilità civili o penali anche in caso di complicanze, sempre che vi sia stata perizia e diligenza. Il consenso deve essere sempre scritto, ma è consigliabile che venga espresso di fronte a testimoni in grado di attestare la piena coscienza e informazione del paziente al momento.
5. Sul quinto punto, di carattere politico e programmatico, è intervenuto l'Assessore regionale alla Sanità On. Mazzaglia che si è trovato d'accordo sulla necessità di effettuare un Censimento dei Centri di Endoscopia e di realizzare un "libro bianco" in cui venga indicato un impianto organizzativo tipo a livello regionale. L'Assessore insiste, inoltre, sulla necessità dell'aggiornamento continuo degli operatori sanitari. Su questo punto ci sono diversi pareri. Russo insiste sulla figura autonoma di endoscopista, non legata alla gastroenterologia. Blasi, invece, parla di un dipartimento per apparati, con endoscopista come figura autonoma. Gandolfi puntualizza come l'Università debba impartire l'insegnamento e la preparazione per i compiti di medicina di base, l'ospedale debba invece provvedere alle specializzazioni professionalizzanti.

Le conclusioni di questa lunga è dibattuta seduta (sono intervenuti: A. Montori, G. Giacosa, R. Cheli, E. Belsasso, Benvestito, A. Blasi, P. Bazan, V. Casale, L. Celli, P.R. Dal Monte, G. Gasbarrini, Martinelli, Missale, G. Rigo, A. Russo, P. Spinelli) sono chiaramente indicative della volontà della maggioranza degli endoscopisti: che la SIED assuma un ruolo egemone nelle iniziative di tutela dell'endoscopista e di conservazione della dignità della disciplina e che essa si proponga al potere amministrativo e politico come interlocutore privilegiato.

Interessante anche la Tavola rotonda sulle vie biliari. Diversi sono gli interventi. Spinelli riferisce della sua esperienza sulla "colangiografia translaparoscopica". Fratton, ha illustrato la propria casistica di oltre 700 ERCP. A. Montori, illustra i vantaggi della papillosfinterotomia endoscopica auspicando l'allargamento delle indicazioni anche a settori, come la papillite stenosante e la litiasi recidiva, fino a oggi di pertinenza chirurgica. C. Liguory ha illustrato con un ricchissimo corredo iconografico la propria casistica di 215 tentativi di papillosfinterotomia con una percentuale di successo del 94%. A. Leggeri ha parlato della coledoscopia a fibre ottiche e A. Friscia della coledoscopia con strumento rigido. G. Nagy (Sidney) ha riferito su una revisione di 700 ERCP ed E. Visentin ha parlato della "Colangiografia percutanea transepatica e la colangiografia retrograda perendoscopica nella diagnostica epato-biliare". In questo congresso sono presentati i primi lavori in assoluto sulla dilatazione e sulla protesizzazione dell'esofago. Il lavoro presentato da Antonio Cusumano, della scuola del Prof. Peracchia, ha suscitato "impressione" e ovviamente grande interesse.

Mondiale di Endoscopia a Madrid nel giugno 1978. Larga è la partecipazione italiana. Fra gli studi presentati, uno suscita un largo interesse perché è una novità, almeno per l'Italia e cioè "un'inchiesta nazionale sulla colangiopancreatografia retrograda endoscopica (CPRE) e sulla a papillotomia endoscopica (PTE)" compiuta da A. Montori, G. Viceconte, G. W. Viceconte, G. Miscusi e V. Paolucci. Lo studio, dopo aver ricordato che la PTE è stata effettuata per la prima volta al Centro di Endoscopia digestiva della III Clinica Chirurgica della Sapienza e la prima CPRE nel 1971 all'istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Padova, sottolinea che nell'inchiesta sono stati coinvolti 19 Centri di endoscopia digestiva. Gli Autori giungono alla conclusione che: "la CPRE viene eseguita con una frequenza significativa in pochi Centri, 15.

- ◆ Il fatto che questa metodica venga eseguita in numero piuttosto cospicuo in Centri di endoscopia digestiva di ospedali di città con numero di abitanti non elevato, dimostra che l'impiego della CPRE è legato più all'attività e al dinamismo di alcuni endoscopisti piuttosto che alle reali esigenze di ordine clinico della popolazione;
- ◆ per quanto riguarda le indicazioni alla CPRE, queste sono più spesso di tipo biliare (63,7%), con particolare riguardo all'ittero;
- ◆ le indicazioni di natura pancreatica, pur essendo meno frequenti (36,3%), di recente sono aumentate visti i notevoli contributi apportati da questa indagine nello studio della patologia del pancreas;
- ◆ la percentuale di successo risulta abbastanza elevata (88,9%), ciò è anche dovuto al fatto che in questa inchiesta sono state riportate le casistiche dei Centri con un'esperienza di almeno 100 casi.

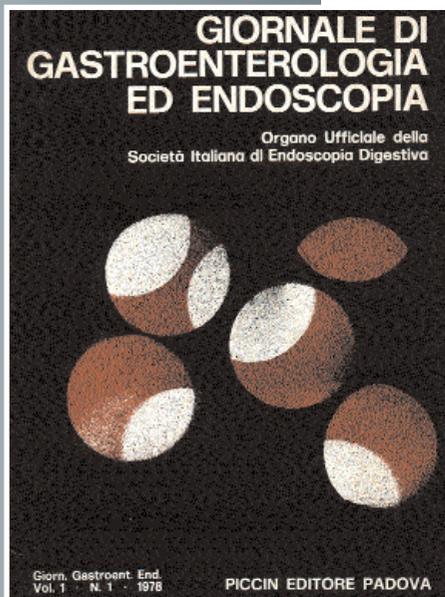
Per quanto riguarda la PTE, essa rappresenta una tecnica che viene eseguita saltuariamente e in pochissimi Centri ove si escluda l'esperienza del Centro di Endoscopia Digestiva della III Clinica Chirurgica dell'Università di Roma; ciò è dovuto molto probabilmente al fatto che la PTE, da noi introdotta in Italia, non trova, ancora da parte di molti endoscopisti italiani quelle indicazioni ormai codificate in altri Paesi.

In conclusione, il basso numero di CPRE in Italia è da riferire non solo alle difficoltà tecniche delle metodiche, ma anche allo scarso interesse della maggior parte degli endoscopisti verso tecniche che al contrario meritano ogni attenzione per la loro importanza clinica.

È pertanto auspicabile che almeno nei Centri di endoscopia digestiva di ospedali o Istituti Universitari, muniti delle attrezzature radiologiche necessarie, la CPRE e la PTE trovino una maggiore diffusione.

A questo scopo risulta necessario che nei corsi di aggiornamento organizzati in Italia venga sempre più spesso prospettato il valore di queste indagini e che gli endoscopisti moderni frequentino i Centri ove queste metodiche vengono quotidianamente eseguite in modo da acquisire l'esperienza necessaria".

“Al mondiale di Madrid del 1978 i risultati della prima indagine nazionale sulla CPRE”



Nel 1978 nasce il "Giornale di Gastroenterologia ed Endoscopia", organo ufficiale della SIED. Questa è la copertina del primo numero edito da Piccin di Padova

1978. Nasce il *Giornale di Gastroenterologia e di Endoscopia*. È l'organo ufficiale della Società Italiana di Endoscopia Digestiva. In una lettera aperta ai soci, il presidente della Società, Rodolfo Cheli, così presenta il Giornale:

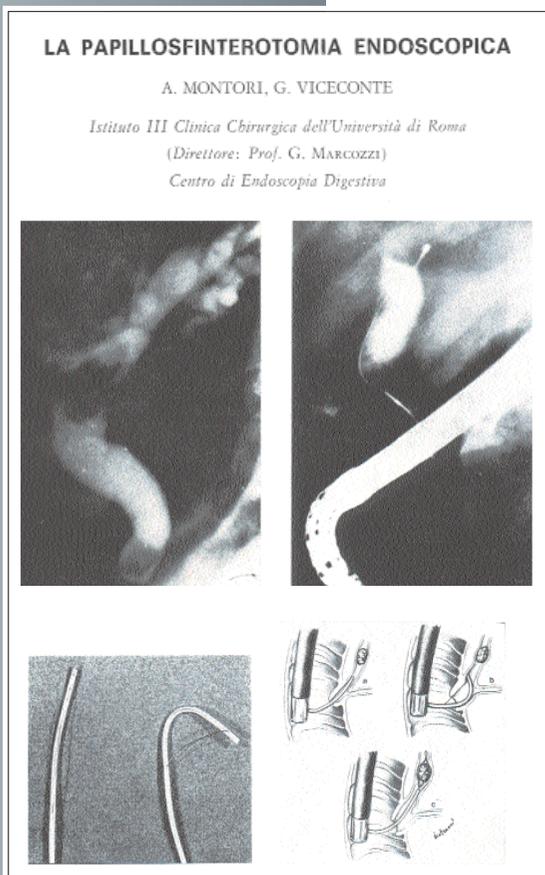
"Caro collega, circa 2 secoli fa Cabanis nel suo saggio epistemologico sulla certezza in medicina, lamentava la crisi delle strutture sanitarie didattico-assistenziali, sollecitando un confronto diretto fra medico e paziente, al di là di proposizioni teoriche ed al fine di una verifica e di una soluzione terapeutica tempestiva. Quasi rispondendo a questa esigenza storica, nel corso degli ultimi decenni, la gastroenterologia si è particolarmente obiettivizzata attraverso l'endoscopia digestiva, che si pone oggi come mezzo strumentale diretto nella immediatezza diagnostica e, spesso, nella soluzione terapeutica. L'obiettività raggiunta consente il superamento di incertezze precedenti e pone la materia gastroenterologica in un ambito più concreto e quindi razionalmente più efficace". "Da tali premesse - continua Cheli - emerge l'esigenza di raccogliere scientificamente il dottrinale desunto dall'esperienza e di darne l'opportuna diffusione: nasce, quindi, il *Giornale di Gastroenterologia e di Endoscopia*. Il suo costituirsi in Italia, affiancandosi a giornali stranieri, non è casuale: esso rappresenta la convergenza di attività ed esigenze espresse in un arco ultradecennale dalla Società Italiana di Endoscopia, realizzata attraverso riunioni regionali, congressi, simposi nazionali ed internazionali e consacrata da un vasto riconoscimento internazionale.

A sostegno del giornale abbiamo la presunzione onesta dei diversi gruppi di lavoro impegnati da anni, da sollecitazioni plurime che assommano contributi scientifici e problemi organizzativi sanitari, con la volontà di instaurare un'area nuova nel contesto nazionale ed internazionale.

Il giornale non ha preclusioni: esso si apre ai colleghi impegnati in materia gastroenterologica ed in materia endoscopica, anche extradiagnostica per l'evidente affinità di esigenze".

Il Comitato Scientifico del periodico, che è un quadrimestrale, è l'intero Consiglio Direttivo mentre redattori sono R. Cheli, M. Crespi, A. Fratton e E. Mirelli. La sede della redazione è lo studio di A. Fratton, presso il Servizio di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona, l'editore è Piccin. Chi vuole abbonarsi ai tre fascicoli dell'anno, oltre a eventuali supplementi, deve versare diecimila lire se è socio della SIED in regola con le quote sociali mentre per i non soci l'abbonamento viene a costare quindicimila lire. Se si risiede all'estero il prezzo è di venticinque dollari Usa.

Il primo numero, oltre alla lettera di Cheli, contiene questi lavori originali e aggiornamenti:



Sul primo numero del "Giornale di Gastroenterologia ed Endoscopia" del 1978 Montori e Viceconte pubblicano un interessante lavoro sulla PTE

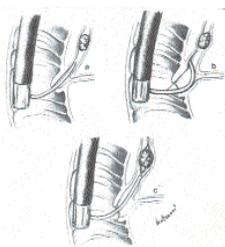
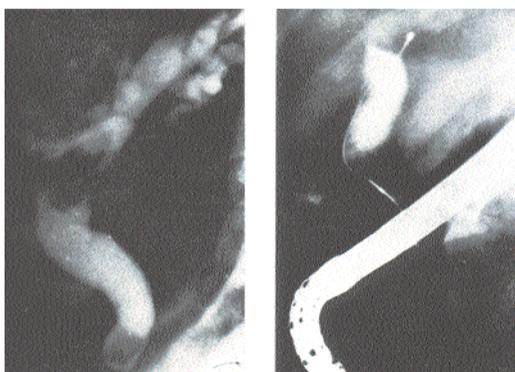
LA PAPPILLOSFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA

A. MONTORI, G. VICECONTE

Istituto III Clinica Chirurgica dell'Università di Roma

(Direttore: Prof. G. MARCOZZI)

Centro di Endoscopia Digestiva



- Osservazioni endoscopiche e manometriche prolungate del piloro - Prolonged manometric and endoscopic observations of the pylorus, H. Aste, V. Pugliese, N. Pandolfo, C. Nebicolombo, G. Stefani;
- La fibroendoscopia digestiva in pediatria - Digestive endoscopy in pediatrics, A. Russo, A. Fusto, G. Sanfilippo, G. Giannone, G. Guerrera;
- Polipectomia endoscopica: follow-up dei pazienti trattati - Follow-up after endoscopic polypectomy, A. Fratton, G. Franzin, P. Novelli;
- La papillosfinterotomia endoscopica - Endoscopic papillosphinterotomy, A. Montori, G. Viceconte;
- Impiego della ecografia con scala dei grigi nello studio delle vie biliari intra - ed extraepatiche - Grey-scale ecography in the evaluation of intra - and extrahepatic bile ducts, L. Gandolfi, A. Rossi, L. Bolondi;
- Conteggio ed identificazione delle cellule infiammatorie nelle lesioni gastriche da medicinali - Count and identification of inflammatory cells in drug induced gastric lesions, A. Giacosa, F. Molinari, R. Cheli;
- Ritmo gastrinamico diurno del normale e nell'ulcera duodenale. Rapporti con la secrezione di HCl - Diurnal serum gastrin concentrations in normal subjects and in duodenal ulcer. relationship with HCl secretion, V. Turello, A. Giacosa, L. Ghezzi;
- Ruolo dell'endoscopia nella prevenzione e nella diagnosi dei tumori dello stomaco - Value of endoscopy in prevention and detection of gastric cancer, M. Crespi, V. Casale, A. Grassi;
- Il contributo dell'endoscopia allo studio della patologia esofagocardiale nello stomaco operato - The role of endoscopy in the evaluation of esophago-gastric junction in resected stomachs, G. Nava, G. Pippa, R. Ballanti;
- La colonscopia nella valutazione delle lesioni ad alto rischio del grosso intestino - Coloscopic evaluation in high risk lesions of large bowel, F. P. Rossini, A. Ferrari.

Aumenta il numero dei medici che effettuano l'endoscopia digestiva, si affina la tecnologia, cresce la SIED, adesso c'è anche una rivista per raccontare l'attività della Scuola italiana.

Il 24 e 25 novembre del '78 si svolge a Trieste di Settimo Simposio di Endoscopia Digestiva organizzato da Elio Belsasso. Il Simposio ha trattato due temi scientifici molto importanti per l'endoscopista: "L'urgenza in Endoscopia Digestiva" e "Attualità in tema di proctologia". In una Tavola rotonda sono stati trattati i "Problemi organizzativi dell'Endoscopia digestiva".

Alcune relazioni:

- A. Montori, G. Miscusi, G. Viceconte, Paolucci presentano i primi risultati sul "Trattamento endoscopico delle varici esofagee". Sono stati trattati 75 pazienti (59 in elezione e 16 in urgenza). In urgenza a volte è stato necessario impiegare l'endoscopio rigido. La sclerosi è stata eseguita con l'atossisclerol 1% e la metodica è stata la perivaricosa. È questo il primo lavoro in assoluto sulla scleroterapia esofagea, presentato in Italia.
- A. Rossi, L. Solmi, L. Gandolfi, riferiscono su "La legatura endoscopica delle emorroidi in proctoscopia". Si tratta sicuramente del primo lavoro della tecnica eseguita in ambiente gastroenterologico.
- S. Adamo, G. Angelini, B. Rosa, W. Piubello, G. Cavallini espongono la loro esperienza su "Polipectomia endoscopica del colon: 49 polipectomie consecutive"
- A. Fratton, G. Franzin, C. Manfrini, P. Novelli, parlano su "Polipectomia endoscopica del grosso intestino: tre anni di esperienza" riportando i risultati di 243 polipi asportati su 152 pazienti.
- F. P. Rossini, A. Ferrari, R. Mezzedimi, R. Cirillo, G. Degiorgis riferiscono su "Contrastografia Perendoscopica Selettiva: originale associazione di radiologia ed endoscopia del piccolo e grosso intestino". La metodica consiste nel portare il mezzo di contrasto, per via colonscopica, nelle sedi in cui né l'endoscopia né la radiologia da sole riescono a risolvere il problema clinico-endoscopico.
- A. Montori parla su "Attualità nella fibrocoloscopia operatoria". L'Autore riferisce su un'esperienza di 861 polipectomie e sulle altre possibilità terapeutiche dell'endoscopia (diatermo-coagulazione di lesioni emorragiche; rimozione corpi estranei ecc.). Riferisce anche di un caso in cui l'endoscopia ha risolto una complicanza secondaria a intervento di ureterosigmoidostomia. In un soggetto, infatti, con idronefrosi da stenosi secondaria di uno sbocco ureterale la soluzione è venuta praticando una sezione longitudinale dello sbocco utilizzando la tecnica della papillotomia.

Il decennio si chiude con una serie di novità. L'Ottavo Congresso SIED si svolge a Milano dal 14 al 16 novembre, con Mirelli Presidente e Fichera Segretario. Si va alle urne. È Cheli a ottenere il maggior numero di voti, 614, ma sarà Marcozzi a essere nominato dai Consiglieri eletti nuovo Presidente per il quadriennio 1980-1984. Cheli e Albano sono i Vicepresidenti mentre Montori è il Segretario, Vincenzo Pietropaolo Segretario di Presidenza e Fulvio Cappelletti Tesoriere, con Mirelli, Mazzeo, Rossini, Fichera, Celli, Belsasso e Bazan Consiglieri.

I lavori scientifici del Congresso sono tutti importanti perché pongono interrogativi di spessore, come:

- Papillotomia chirurgica o endoscopica? È bene che questi interventi endoscopici siano eseguiti in ambienti non chirurgici? Esiste una buona collaborazione tra endoscopisti, gastroenterologi e chirurghi? Quali sono le indicazioni alla papillotomia e quando è necessario ricorrere alle derivazioni bilio-digestive? La sezione dell'apparato sfinteriale oddiano è proprio innocua? Quali possono essere le conseguenze, a lungo termine, di questo intervento sul parenchima epatico e sul pancreas?

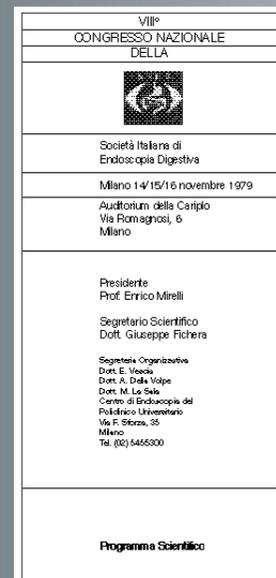
La tavola rotonda (moderatore G. Marcozzi) cerca di rispondere a tutti questi interrogativi, ponendo sul piano focale della discussione le percentuali di complicanze e di mortalità legate agli interventi chirurgici tradizionali sulle vie biliari e in particolare ai reinterventi. Appare oggi infatti giustificato - siamo, lo ricordiamo, alla fine degli anni '70 - alla luce delle esperienze acquisite, tentare di fare una valutazione comparativa tra i risultati ottenuti con la papillotomia chirurgica e quella endoscopica. Ciò al fine di stabilire quando e in quali casi sia più indicato ricorrere al metodo endoscopico o a quello chirurgico, con il minor rischio possibile per il paziente.

- Una tavola rotonda su "L'endoscopia quale guida nella terapia mirata dell'ulcera gastroduodenale" (moderatore E. Mirelli), dopo una premessa nosografica e diagnostica generale della malattia ulcerosa, puntualizza la semantica endoscopica in rapporto ai diversi tipi di perdite di sostanza e i rapporti diagnostici tra endoscopia e altri metodi d'indagine routinaria. Inoltre definisce l'importanza pressoché esclusiva dell'endoscopia nel follow-up dell'ulcera e della sua terapia medica e chirurgica.

“Il primo lavoro in assoluto sulla scleroterapia esofagea presentato in Italia”



Alberto Montori



La locandina dell'Ottavo Congresso Nazionale della SIED organizzato a Milano dal 14 al 16 novembre 1979 presso l'Auditorium della CARIPLO

INCHIESTA NAZIONALE SULLA POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DEL GROSSO INTESTINO

F. P. ROSSINI *, M. CRESPI **, A. MONTORI ***

Elenco dei Centri che hanno collaborato

- Servizio di Endoscopia Digestiva - Ospedali Riuniti S.S. Annunziata, Ente Ospedaliero Generale Provinciale, Chieti
- Servizio di Endoscopia Laparoscopica e Chirurgia Endoscopica, Ospedale Civile, Tortona (Alessandria)
- Servizio di Endoscopia Digestiva, Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti, Roma
- Servizio di Fisiopatologia ed Endoscopia Digestiva - Divisione di Gastroenterologia e malattie del metabolismo, Istituti Ospitalieri di Verona
- Servizio di Endoscopia Digestiva - Ospedale Generale, Atri (Teramo)
- Servizio di Endoscopia - Chirurgia Generale, Istituti Ospedalieri S. Corona, Pietra Ligure (La Spezia)
- Servizio di Endoscopia Digestiva - Centro Prevenzione Tumori - Istituto Elena, Roma
- Servizio di Endoscopia Digestiva - Istituto per lo studio e la cura dei tumori - Fondazione Santore Pascale, Napoli
- Servizio di Gastroenterologia - Ospedale S. Orsola, Bologna
- Servizio di Endoscopia - Divisione di Gastroenterologia - Ospedale Manzoni, Torino
- Centro di Endoscopia Digestiva - F. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma
- Servizio di Endoscopia Digestiva - Istituto di Patologia Chirurgica I, Università di Palermo
- Servizio di Endoscopia Digestiva - F. Clinica Chirurgica, Università di Catania
- Divisione di Gastroenterologia - Ospedale S. Giovanni Battista e della città di Torino - Torino

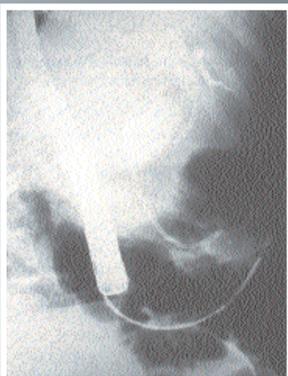


Immagine radiografica del primo drenaggio biliare trans-papillare di N. Soehendra e V. Reynders-Frederix (da *Endoscopy*, vol. 12, n° 1 gennaio 1980)

Una tavola rotonda su “La laparoscopia nelle sindromi dolorose dell’addome” (moderatori V. Albano e G. Dagnini), dopo aver introdotto il tema dell’impiego della laparoscopia per la diagnosi di situazioni morbose addominali caratterizzate dal dolore, presenta reperti e possibilità diagnostiche generali della metodica nel dolore addominale stesso. Hanno preceduto le tavole rotonde tre letture: R. Cheli su “Implicazioni psicologiche in endoscopia digestiva”, L. Celli su “Quadri endoscopici in immunopatologia gastrica” e M. Crespi su “L’endoscopia digestiva nella ricerca clinica e sperimentale.

L’attività endoscopica avanza in molti Centri di endoscopia. Il passaggio fra la endoscopia rigida e la fibroendoscopia. Lo compie Luciano Casciola, nel contesto della Chirurgia Generale diretta da Mario Negri. Casciola attuale primario a Spoleto, appartiene alla Scuola di Montori-Viceconte. In tempi brevi esegue anche le prime colangiografie retrograde. Endoscopie digestive soprattutto in urgenza compiute a Perugia da Pietro Furiosi. Nasce a Perugia, nella stessa epoca, con Antonio Morelli, l’endoscopia digestiva diagnostica e operativa, del gruppo fa parte Francesco Narducci. Sempre in Umbria nel ’77 nasce il gruppo di Fatale della Spoletina e Barberani. Emerge la necessità di confrontarsi e iniziare a raccogliere alcuni dati. Ecco, quindi, che grazie a Rossini, Crespi e Montori viene realizzata la “Prima Inchiesta Nazionale sulla Polipectomia Endoscopica del Grosso Intestino” (*Giorn. Gastroent. End.*, 2, 75-78, 1979). L’inchiesta è stata effettuata, riferiscono gli Autori, allo scopo di definire gli aspetti più importanti inerenti la metodica, considerando che soltanto il confronto e la confluenza delle singole casistiche possono fornire elementi concreti di valutazione e suggerire proposte o tentativi di soluzione a problemi tuttora aperti e dibattuti sull’argomento. Il questionario è stato inviato a 78 Centri di Endoscopia, ma hanno risposto solo in 30. Di questi solo 14 eseguivano la metodica in questione più o meno regolarmente. L’inchiesta riguardava un periodo compreso tra il 1972 ed il 1977. Le polipectomie endoscopiche riferite sono risultate in totale 2.083, di cui polipectomie singole 1.214 (58%) e polipectomie multiple 869 (42%). Le complicanze sono state del 2% e la mortalità nulla. Sempre nel 1979 Giampiero Rigo pubblica un’importante esperienza su “L’infiltrazione perendoscopica di bleomicina nelle neoplasie inoperabili dell’esofago”, dimostrando l’efficacia del trattamento in loco con antitumorali. In 5 anni sono stati trattati 20 pazienti con risultati soddisfacenti e, in alcuni pazienti, eccellenti (*Giorn. Gastroenter. End.*, 2, 113-122, 1979). La Sanità italiana intanto è in piena rivoluzione. Il 1° gennaio 1979 entra in vigore la legge di Riforma sanitaria. Due giorni prima di Natale, Tina Anselmi, ministro della Sanità, aveva apposto la firma alla legge n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. A questa legge viene accorpata la n. 180 che intende restituire dignità umana ai malati di mente e che stabilisce la chiusura dei manicomi.

“L’intendimento della legge 833 – scrive Giorgio Cosmacini nella Storia della Sanità nell’Italia contemporanea – è quello di rendere gratuitamente accessibile a tutti i cittadini un vasto insieme di prestazioni sanitarie (medico-generaliste e infermieristiche, domiciliari e ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere, farmaceutiche e integrative) operando un netto stacco e un decisivo salto di qualità nei confronti del sistema assistenziale preesistente e superando il principio in base al quale avevano diritto all’assistenza solo gli iscritti ai diversi enti mutualistici. La legge intende innovare profondamente il quadro sanitario, eliminando ogni diversificazione giuridica e funzionale, attraverso la creazione di una rete di servizi che si occupino della salute di tutti i cittadini. Quando si parla di gratuità c’è da aggiungere che in realtà il cittadino paga i contributi”.

La legge di riforma arriva tre mesi dopo le conclusioni della Conferenza di Alma-Ata “che rappresenta nelle sue conclusioni – dice l’igienista Alessandro Seppilli – una svolta radicale nella strategia internazionale della lotta alla salute e un processo di autocritica contro la parcellizzazione della medicina e la sua frammentazione in troppe specializzazioni, essenzialmente curative e scarsamente integrate, perdendo di vista il benessere dell’uomo e della comunità”. Inoltre, la legge di Riforma è contemporanea alla fondazione del Tribunale per i diritti del malato che ha punti di riferimento oltre che nella dichiarazione di Alma-Ata, nella “Carta del malato negli ospedali” promulgata in sede CEE. Con la Riforma, una rivoluzione che investe anche l’endoscopia digestiva, si chiudono gli anni ’70.

Importante novità dall’estero. Nel 1979 N. Soehendra e V. Reynders-Frederix posizionano la prima protesi trans-papillare aprendo, così, un altro fronte dell’endoscopia terapeutica delle vie biliari.