capitolo 6

Gli anni '90. Il decennio della maturità

1990. Si vota per le amministrative che vedono il successo al Nord della Lega, al Sud del pentapartito, il PCI perde il 6%. I referendum sulla caccia e sui pesticidi non raggiungono il quorum dei votanti richiesto. Prima terapia genica su un essere umano.

1991. Il PCI cambia volto e diventa Partito Democratico della Sinistra (PDS). La minoranza dà vita a Rifondazione Comunista (PRC). Ventimila profughi albanesi si riversano sulle coste pugliesi. Si dimette Andreotti che però riesce a formare un nuovo Governo. La mafia assassina il magistrato di Cassazione Vincenzo Scopelliti e l'imprenditore palermitano Libero Grassi. Prima terapia genica sull'uomo contro il cancro.

1992. Alle elezioni indebolimento di DC e PSI, conferma del PDS come secondo partito, forte avanzata della Lega. Assassinato a Palermo l'eurodeputato DC Salvo Lima. Due mesi dopo assassinato il magistrato Giovanni Falcone assieme alla moglie e alla scorta. Ancora due mesi e a rimanere vittima della mafia è il giudice Paolo Borsellino, assieme alla scorta. Esplode a Milano lo scandalo di Tangentopoli. Spadolini confermato presidente del Senato, alla Camera va Scalfaro. Polemiche dimissioni di Cossiga da Presidente della Repubblica. Al Quirinale sale Scalfaro mentre Amato forma un Governo DC-PSI-PSDI-PLI. La Lira svalutata del 7% esce dallo Sme e fluttua liberamente perdendo valori rispetto alle principali monete. Avvisi di garanzia al ministro Francesco De Lorenzo e al segretario del PSI Bettino Craxi. Arrestato il capo di Cosa Nostra Salvatore Riina. Primo trapianto di fegato da babbuino.

1993. Avvisi di garanzia a personalità politiche e arresto del presidente dell'Eni Cagliari, che si ucciderà in carcere, e dell'Iri Nobili. Implicato in Tangentopoli Raoul Gardini anche lui suicida. La Procura di Palermo chiede e ottiene l'autorizzazione a procedere per Andreotti. Si dimette il Governo Amato, Primo ministro Carlo Azeglio Ciampi. Bombe anche a Roma e a Milano. I cittadini eleggono direttamente i sindaci. Primo impiego di un fegato artificiale.

1994. Il Presidente della Repubblica Oscar Luigi Scalfaro scioglie le Camere e fissa le elezioni per il 27 marzo. Le elezioni sono vinte dal Polo delle Libertà. Silvio Berlusconi è Primo Ministro. Riapre la Cappella Sistina restaurata. Papa Giovanni Paolo II in ospedale per la frattura del femore. Nasce "Telecom", il gestore unico della telefonia. Netta vittoria di Forza Italia nelle elezioni al Parlamento Europeo. Nasce Riccardo concepito da una donna di oltre 62 anni. Muore Domenico Modugno.

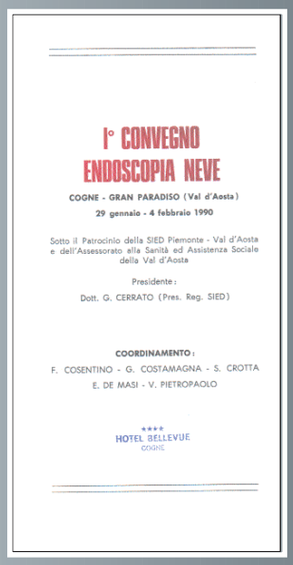
1995. Svolta a Fiuggi, si scioglie il MSI e nasce An. Alberto Tomba vince la Coppa del Mondo di sci. La Juventus vince il 23 scudetto. Aboliti gli esami di riparazione nelle scuole superiori. Cade aereo romeno 52 morti. Si dimette il governo Berlusconi. Il nuovo esecutivo è guidato da Lamberto Dini.

1996. Inizia il semestre di Presidenza Italiana dell'Unione Europea. Il Presidente della Repubblica Oscar Luigi Scalfaro scioglie le Camere. Alle elezioni vince il Centro sinistra: Romano Prodi è Primo Ministro. Il Festival di Venezia è vinto da un film sull'Irlanda.

1997. Incendio al Duomo di Torino. Uccisa a Roma Marta Russo. Assassinato a Miami lo stilista Gianni Versace. Terremoto in Umbria e nelle Marche. Anche per l'Italia entra in vigore il Trattato di Schengen. Dario Fo Premio Nobel per la letteratura. Muore Giovannino Agnelli.

1998. Bireattore della Marina USA trancia i cavi della funivia del Cermis: vittime. Il calcio arriva in borsa, prima società è la Lazio. Ai Mondiali di calcio la Francia elimina l'Italia. Marco Pantani entra nella leggenda e vince il Tour de France. Muore il cantautore Lucio Battisti.Cade per un voto il governo Prodi, Massimo D'Alema forma il nuovo governo.

1999. Muore De André. Giovanni Soldini vince il giro del mondo a vela. Roberto Benigni con " La vita è bella" trionfa nella notte degli Oscar. Tragedia nel traforo del Monte Bianco: 45 morti. Trecentomila pellegrini a Roma per la beatificazione di Padre Pio. Azeglio Ciampi è il nuovo Presidente della Repubblica. Romano Prodi diventa Presidente della Commissione Europea. Il Papa apre a Roma il Giubileo.


I° CONVEGNO
ENDOSCOPIA NEVE
COGNE - GRAN PARADISO (Val d'Aosta)
29 gennaio - 4 febbraio 1990
Sotto il Patrocinio della SIED Piemonte - Val d'Aosta e dell'Assessorato alla Sanità ed Assistenza Sociale della Val d'Aosta
Presidente:
Dott. G. CERRATO (Pres. Reg. SIED)
COORDINAMENTO:
F. COSENTINO - G. COSTAMAGNA - S. CROTTA
E. DE MASI - V. PIETROPAOLO
HOTEL BELLEVUE
COGNE

Il Congresso di Cogne dal 1990 è un appuntamento annuale di riferimento per la SIED

Gli anni '90 segnano il momento della maturità per l'endoscopia digestiva italiana. Il decennio debutta con notevoli progressi non solo scientifici ma anche sindacali specie per quanto riguarda il problema, molto controverso, dell'indennità a rischio e del rapporto con altri sindacati e con le istituzioni.
Questo nuovo decennio si apre con il "Primo Convegno Endoscopia Neve" (Cogne, 29 gennaio - 4 febbraio 1990). La manifestazione (che sarà successivamente denominata "Convegno Nazionale di Gastroenterologia ed Endoscopia") tratta, oltre che di argomenti scientifici, anche di tematiche politico-sindacali ed organizzative. L'incontro diventerà un appuntamento costante per i quadri dirigenziali della SIED che sfruttano l'occasione per discutere sui programmi della Società all'inizio di ogni anno.
Per il biennio 1990-91 la Società italiana è diretta dal catanese Russo che si dedica con grande impegno soprattutto alla valorizzazione della figura dell'endoscopista.

Il sindacato, uscito dalle polemiche che avevano caratterizzato la nascita del proprio consiglio direttivo, si getta con entusiasmo nelle problematiche riguardanti la categoria. Il Segretario Nazionale del SEDI, Giampiero Marone, fa il punto, in una lettera ai Soci, sulle iniziative in corso. Innanzitutto il sindacato è confluito nella Confederazione dei Medici della dipendenza pubblica, COSMED. La confederazione comprende, oltre il SEDI, altre dodici sigle sindacali che sono: AAROI anestesisti; AIPAC patologi clinici; ANAAO ospedalieri; ANMDO direttori sanitari; FEMEPA previdenza pubblica; SIMET medici del territorio; SIVEMP veterinari pubblici; SRN radiologi; SUMET territorio; SUMI sindacati medici italiani. In totale circa 55.000 iscritti.
Come secondo provvedimento il sindacato è riuscito a introdurre nella Commissione per il contratto una richiesta di normativa che interessa i profili professionali della categoria e in particolare la qualifica di aiuto "responsabile" di una sezione ospedaliera dotata di autonomia funzionale; inoltre lo stesso sindacato è riuscito a fare discutere l'indennità di rischio radiologico in termini soddisfacenti anche per gli endoscopisti. Quest'ultimo impegno si concretizza con il riconoscimento, da parte della Commissione nominata dal Ministero della Sanità, degli endoscopisti come "lavoratori professionalmente esposti".
Su quest'ultimo punto il Segretario Nazionale Marone invia in data 12 aprile 1990 una lettera ai soci SEDI comunicando come si è svolto l'iter che ha portato ad approvare l'indennità di rischio da radiazioni per i medici endoscopisti. I vantaggi del nuovo inserimento nella legge sono un'indennità di lire 200 mila lire e un periodo di congedo ordinario di 15 giorni.

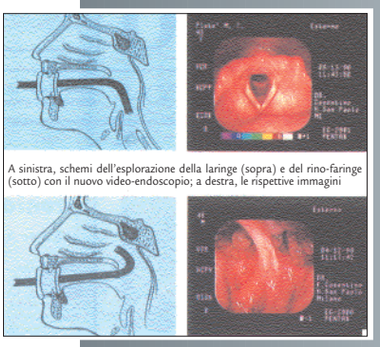
Ancora un successo politico-sindacale: la Gazzetta Ufficiale n° 201 del 29 agosto pubblica il decreto del Ministro che istituisce nell'area funzionale di chirurgia la Disciplina "chirurgia ed endoscopia digestiva". Una bella soddisfazione per la SIED. Qualche anno dopo, nella Gazzetta Ufficiale del 13 marzo 1992 vengono pubblicati gli argomenti per la sessione di esami di idoneità in Chirurgia ed Endoscopia Digestiva. Finalmente i problemi per gli endoscopisti di area chirurgica sembrano finiti, ma all'orizzonte si profilano brutte nubi. Infatti, succede che, per i mille misteri che costellano la nostra vita politica, con Decreto Legislativo n° 502/1992, art. 17 comma 10 gli esami di idoneità vengono revocati. Il calvario per gli endoscopisti chirurghi inizia di nuovo.

Ma torniamo all'attività scientifica. Nel marzo del '90 si tiene a Milano il Secondo Congresso Internazionale "Live Endoscopy '90". Viene confermata la formula originale di collegare in diretta, e in successione, 4 diversi Centri di Endoscopia. I Centri collegati sono quelli di P. Spinelli (Milano), R. Cestari (Brescia), G. Viceconte (Roma) e N. Soehendra (Amburgo).

Ha risonanza internazionale il workshop sull'ipertensione portale del 1990 organizzato da NIEC

A Baveno il 5 e 6 aprile, sotto l'egida del NIEC e la regia di Roberto De Franchis si svolge un importante Workshop internazionale: "Consensus su definizioni, metodologia e strategie terapeutiche nel campo dell'ipertensione portale". Vengono trattati gli argomenti fondamentali delle complicanze endoscopiche dell'ipertensione portale invitando alcuni tra i maggiori esperti internazionali (J. Bosh, A.K. Burroughs, R. Groszmann, M. Henderson, D. Lebrec, T.A.I. Soerensen).

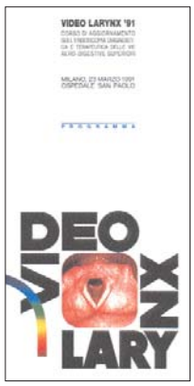
Il Settimo Congresso Mondiale di Endoscopia digestiva si tiene a Sidney (26-31 agosto). Lusinghiero riconoscimento del livello degli studi italiani con l'elezione di Rodolfo Cheli a presidente dell'OMED: entrerà in carica quattro anni dopo; purtroppo non potrà concludere il mandato per la prematura scomparsa nel 1997. In questo vertice, presieduto dall'australiano James J. Byrnes, la lettura dedicata a Schindler è svolta da Josef E. Geenen, statunitense, sul tema "Una nuova era nel trattamento endoscopico della malattia pancreatica", mentre la lettura che ricorda Moutier è svolta dallo spagnolo José R. Armengol-Mirò sullo stato dell'arte della documentazione di immagine.

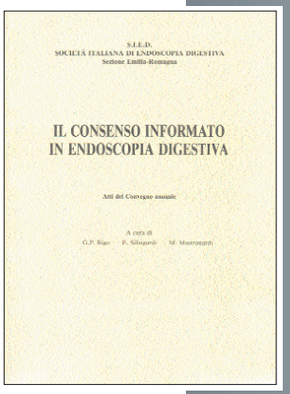


A sinistra, schemi dell'esplorazione della laringe (sopra) e del rino-faringe (sotto) con il nuovo video-endoscopio; a destra, le rispettive immagini

Da un editoriale di F. Cosentino pubblicato su "Il Giornale del Medico" n° 69 martedì 20 novembre 1990

Felice Cosentino è co-chairman con M. Shapiro nella tavola rotonda intitolata "Videoendoscopy in the 1990'S". Relatori: M. Nakajima, N. Sato, M. Sivak, T. Wang, M. Classen, P. Gillespie. Cosentino presenta un breve video su una nuova metodica che stupisce i presenti. Si tratta della "Videolaringoscopia elettronica" (Electronic videoendoscope in the diagnosis and therapy of pharyngeal and laryngeal diseases"). In pratica viene utilizzato il videogastroscopio elettronico Pentax, opportunamente modificato, per la rimozione dei polipi delle corde vocali. Il metodo è semplice: anestesia topica con anestetico di contatto (xilocaina) e rimozione del polipo con una normale pinza da biopsia. Nessuna complicanza. Il video presentato suscita forte interesse. I giapponesi, più di tutti, vengono colpiti dalla nuova tecnica e chiedono a Cosentino ulteriori dettagli e documentazione. Negli anni successivi Cosentino rimuove oltre 200 polipi dal distretto laringeo e gli otorini (che a Milano inizialmente avevano contrastato lo svilupparsi della metodica) devono ammettere che il metodo "Cosentino-Carnevale Ricci" si inserisce a pieno titolo nell'endoscopia diagnostica ed operativa del distretto laringeo dopo la fibrolaringoscopia e prima della microlaringoscopia in sospensione. Il metodo è stato presentato a IMA.GO '90 il 24 maggio 1990 e pubblicato sulla rivista *Chirurgia (3: 46-48; 1990)*. In collaborazione con Surendra Narne, otorino presso il Policlinico di Padova, Cosentino avvia una serie di manifestazioni (Videolarynx) con le quali dal '91 al '95 vengono coinvolti otorini e gastroenterologi sulle metodiche endoscopiche del distretto faringo-laringeo.





La grande affluenza di partecipanti al Convegno sul tema del Consenso Informato è stata la conferma che gli endoscopisti non sono solo attenti ai problemi tecnici, ma anche a quelli metodologici e deontologici

La Società spazia a 360 gradi nella propria attività e va ad affrontare anche problemi molto delicati e che cominciano a delinearsi all'orizzonte della medicina, primo fra tutti il consenso informato.
G. Rigo, E. Silingardi e M. Mastronardi organizzano a Modena un convegno proprio sul "Consenso informato in endoscopia digestiva". Una giornata di lavori (realizzata nell'ambito del convegno annuale della sezione regionale SIED Emilia-Romagna) che affronta il consenso informato da tutti i versanti, da quello medico a quello giuridico. É un vero successo anche perché tra i relatori e i presenti in aula ci sono medici-legali, magistrati e avvocati. Le relazioni vengono raccolte in un volume che costituirà per tutto il decennio un importante punto di riferimento.

Una rappresentazione del consenso informato di P. Loriga

Il 29 ottobre a Torino, organizzato da M.G. Lorenzatto, si svolge il Primo seminario italiano di ecografia endoscopica. Partecipano i 21 Centri che in Italia utilizzano l'ecoendoscopio Olympus (Caletti, Bianchi Porro, Massari, Pera, Bonanno, Crotta, Da Broi, Foco, Bonardi, Scotto, Pellegrini, Peyre, Morelli, Cheli, Fuini-Fratton, Bottari, Federici, Spinelli, Michetti, Garruti, D'Anna). L'intento della manifestazione è stato quello di riunire tutti gli operatori dei centri dotati di ecoendoscopio Olympus al fine di illustrare in dettaglio le caratteristiche tecniche dell'apparecchio nonché di valutarne, tramite l'intervento di esperti, le indicazioni all'uso e la validità nella diagnostica di alcune affezioni gastroenterologiche.

In campo scientifico acquista un grande interesse, anche sotto la spinta dell'opinione pubblica sempre più preoccupata, la problematica dell'AIDS. Redigono uno studio su "AIDS enteropatico:quadri endoscopici" D. Scevola, A. Zambelli, A. Franchini, A. Guanziroli e M. Paulli. Vengono presentati, con una ricca iconografia, i quadri endoscopici riscontrati in una ricerca alla Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Pavia, IRCCS Policlinico San Matteo. Sempre sull'AIDS presentano uno studio pochi mesi dopo M. Luminari e R. Paloscia, Divisione di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva all'Ospedale San Camillo di Roma. I due studiosi compiono ricerche sul controllo della infezione da HIV nella pratica endoscopica.

Articoli originali

Le complicanze della sclerosi endoscopica delle varici esofagee

New Italian Endoscopic Club (N.I.E.C.)

Dal giornale SIED n° 2 del 1991

Ma c'è un altro argomento che affascina e angoscia gli endoscopisti: le complicanze in endoscopia. Su tale argomento Zambelli presenta sulla rivista SIED un importante lavoro sulle complicanze intervenute su un totale di 1192 pazienti sottoposti a sclerosi delle varici esofagee e condotto in 7 Centri di Endoscopia aderenti al Gruppo NIEC. Ancora sul giornale della Società un lavoro di S. Loperfido condotto su 59 centri SIED della sezione triveneta.

Alcuni dati. Sono incorsi in complicanze maggiori il 78% dei partecipanti all'indagine; tale quota si eleva al 100% per coloro che hanno eseguito più di 10.000 endoscopie. Il 39% delle complicanze maggiori riguarda l'endoscopia diagnostica e il 61% quella terapeutica. Un dato allarmante: il 44% dei partecipanti non dispone di un'assicurazione privata per responsabilità civile nell'esercizio professionale.

Un anno dopo è Alberto Prada a presentare un articolo sulle complicanze raccogliendo i risultati di oltre 306.000 procedure. Spinelli presentando il lavoro sul *Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva* si augura che l'esperienza del gruppo lombardo possa essere di stimolo a creare un registro regionale sulle complicanze dell'endoscopia digestiva. L'argomento del Registro viene successivamente ribadito anche a livello nazionale. Un'apposita Commissione SIED, quella medico-legale, dovrebbe portare a compimento l'iniziativa, ma il lavoro diventa arduo e non se ne farà niente.

L'informatica entra in Endoscopia. Merito di Sergio Brunati (coordinatore della Commissione Informatica SIED) che il 31 maggio del '91 organizza a Milano un Simposio nazionale su "Endoscopia e Computer". Tra i relatori molti qualificati esperti nazionali e internazionali nel nuovo settore dell'informatica, settore che negli anni successivi entrerà di prepotenza nell'attività medica. Nell'ambito dell'incontro c'è spazio anche per una riunione dei medici che hanno realizzato software gastroenterologici ed endoscopici per uno scambio di informazioni e suggerimenti. La manifestazione è un successo.

IV CONGRESSO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE
DI VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA
CORSO DI AGGIORNAMENTO SIED 1991
Roma, 14-15 marzo 1991

Società Italiana Endoscopia Digestiva

Il programma definitivo del quarto Congresso Nazionale e Internazionale di Videoendoscopia

Nel marzo 1991 Guido Costamagna organizza a Roma il quarto Congresso Nazionale e Internazionale di Videoendoscopia Digestiva presso il Policlinico Gemelli. Dal 1993 al dicembre del 2000 sono 41 i corsi teorico-pratici di chirurgia endoscopica bilio-pancreatica realizzati da Costamagna; inoltre l'importante attività formativa dello stesso si è concretizzata in otto edizioni annuali dell'European Workshop on Therapeutic Digestive Endoscopy and Radiology.

Nel 1991 il tradizionale Simposio della SIED si svolge a Catania (11-16 novembre) organizzato da Antonio Russo il quale fa il punto sull'oggi e il domani dell'endoscopia digestiva. È un'analisi puntuale e che presenta problematiche che suscitano non pochi commenti nel mondo medico. Data l'importanza pubblichiamo un ampio stralcio della relazione di Russo.

"Cercherò – dice Russo – di mettere a fuoco la posizione attuale della Endoscopia Digestiva italiana e quali potrebbero essere i suoi sviluppi futuri. È a tutti noto che l'anima della Società è duplice poiché formata essenzialmente da una componente di estrazione medico-gastroenterologica e da una di estrazione chirurgica. Questa doppia realtà è stata alla base, nel corso degli anni, della conflittualità che tutti voi conoscete perfettamente e sulla quale è inutile soffermarci. Sarebbe tra l'altro assurdo attribuire a nostri colleghi rilievi fatti in tempi molto antichi.

Quando si dice che l'endoscopia è solo un mezzo e non un fine si parafrasa l'affermazione di Galeno che 'La chirurgia è solo una modalità terapeutica'; quelli che rimproverano agli endoscopisti, non di estrazione gastroenterologica, di essere una categoria non pensante, sicuramente hanno letto Avicenna, medico di corte della allora civilissima Bagdad, il quale affermava che 'La chirurgia è separata dalla medicina ed è inferiore a essa'.

Come si può vedere quindi lo scontro tra medici e chirurghi non è storia dei nostri giorni ma è una eredità che ci trasciniamo dietro sin dagli albori della nostra professione. Ma se cerchiamo di soffermarci per un attimo, in maniera obiettiva, su quella che è la realtà che stiamo vivendo oggi ci potremo accorgere che forse siamo arrivati a un punto in cui i progressi culturali e tecnologici conseguiti, anche in campo endoscopico, possono fare superare, anziché accentuare, i contrasti che hanno caratterizzato la ancora breve storia della nostra Società. E io non intendo riferirmi ai contrasti tra i singoli uomini, ma a quelli reali che trovano le loro radici in presupposti culturali validi.

Se analizziamo nella sua profonda realtà la figura dell'endoscopia dell'apparato digerente credo sia valida la definizione data, nel 1983, da Geenen in qualità di presidente della ASGE: 'Gli endoscopisti dell'apparato digerente sono quei medici e quei chirurghi addestrati ed esperti nel diagnosticare e trattare i pazienti affetti da malattie digestive'.

Non esiste – sono sempre parole di Russo – nelle parole di questo gastroenterologo, unanimemente riconosciuto come una delle figure più illuminate della gastroenterologia statunitense, alcuna preclusione nei riguardi dell'endoscopista di estrazione chirurgica. Ma nello stesso articolo, e io condivido appieno questa sua posizione, egli dice anche che il training endoscopico deve attuarsi nell'ambito delle problematiche cliniche e non realizzato come attività tecnica a sé stante. L'endoscopista cioè, a prescindere dalla sua matrice, deve essere un medico pensante capace di utilizzare la sua manualità per chiarire dubbi diagnostici e trattare malattie specifiche .

Ma le ipotesi di lavoro cozzano spesso con le realtà con le quali si confrontano. Quando abbiamo chiesto al Ministero della Sanità il riconoscimento della Endoscopia digestiva era nostra intenzione cercare di individuare in Italia proprio questo tipo di medico senza voler togliere nulla alla gastroenterologia, né alla chirurgia.

In pratica noi non volevamo fare nient'altro che adeguarci all'affermazione fatta nel 1984 dal prof. Cheli, allora Presidente della ESGE, che l'endoscopia spetta a chi la sa fare, ed allo stesso tempo individuarne l'autonomia culturale e professionale. Ma poiché, come dicevo, le ipotesi di lavoro spesso devono restare tali la nostra proposta è rimasta tale e, d'accordo con la Società Italiana di Gastroenterologia e con la Società Italiana di Chirurgia, siamo riusciti a far ammettere, da parte Ministeriale, che in Italia esistono anche endoscopisti di estrazione chirurgica.

Mi rendo perfettamente conto che questa nuova situazione potrà creare, a livello periferico, conflittualità ma sono fiducioso nel ritenere che col passare del tempo ci si renderà conto che è necessario riconoscere la nostra specialità in maniera autonoma a prescindere dal fatto che la matrice del singolo sia medica o chirurgica.

Dobbiamo renderci conto che non vi è nulla di magico nell'eseguire un'endoscopia, che la tecnica può essere facilmente capita e che con un buon training essa può essere acquisita agevolmente. Poiché l'endoscopia non è solo l'introduzione di uno strumento nel corpo del paziente l'endoscopista deve avere, come primo e fondamentale attributo, quello di essere un medico completo che cerchi di offrire il migliore trattamento terapeutico: egli deve essere capace di valutare i reperti endoscopici alla luce di una attenta analisi della storia clinica. Solo acquisendo questi principi noi potremo avere una identità ben precisa che ci farà affrancare dalla condizione di semplice braccio operante della medicina creandoci, al contrario, uno spazio ben individuato.

Ma oltre alla necessità – continua la relazione di Russo – di ammettere questi principi, di basilare importanza, ritengo che il futuro di noi tutti e della nostra Società sia legato alla dimostrazione che sapremo dare, al mondo culturale che ci circonda e con il quale abbiamo stretti rapporti di lavoro, che siamo capaci di sviluppare e stabilire standard diagnostici o linee guida per la terapia del paziente.

Non vi sarà un futuro per noi tutti e per la nostra Società se non dimostreremo ad amministratori sanitari, politici, burocrati, che siamo capaci di contribuire adeguatamente alla organizzazione della assistenza sanitaria e di determinare la appropriata utilizzazione di ogni nuova risorsa di cui disporremo.

Permettetemi quindi che io concluda queste brevi riflessioni con una ipotesi di lavoro di didattica futuribile che risolverebbe realmente tutte le antinomie cui ho sinora accennato. Leggendo lo schema dell'insegnamento post-universitario esistente attualmente in Germania ho rilevato che la gastroenterologia viene imparata, nell'arco di tre anni, dopo avere frequentato cinque anni di medicina interna: in totale otto anni. Credo siano realmente troppi.

È ipotizzabile quindi che, a livello europeo, gli insegnamenti post-universitari della gastroenterologia e della chirurgia dell'apparato digerente, unici legalmente riconosciuti, possano essere unificati e, portando la durata del corso di studi a 6 anni, esso potrebbe essere così articolato. Tre anni di studi fisiopatologici-clinici e tre anni, a opzione, indirizzati verso un approfondimento della clinica che comprenda anche l'endoscopia di routine; verso le tecniche endoscopiche terapeutiche; verso la chirurgia dell'apparato digerente.

Al termine dell'insegnamento però i tre specialisti, dotati di un eguale substrato culturale, dovrebbero lavorare in un dipartimento delle malattie dell'apparato digerente. Ma ancora una volta, come potete vedere, le ipotesi di lavoro cozzano con quelle che sono le realtà che ancora viviamo quotidianamente".

"Lo scontro tra medici e chirurghi ha origini antiche"

"1984, Cheli in qualità di presidente ESGE: "L'endoscopia spetta a chi la sa fare"

Il primo annuario SIED del 1990. Sotto: il primo numero del Notiziario pubblicato nel 1992 come allegato al Giornale SIED

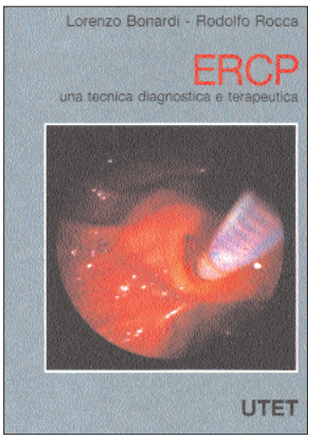
Sotto la presidenza di Russo viene avviata la pubblicazione dell'Annuario della SIED (biennio 1990-1991). L'annuario raccoglie l'elenco degli associati ed alcune notizie sulla storia della Società. È un'iniziativa che piace agli associati e che sarà ripetuta per tutto il decennio.

Ancora una grande novità in casa SIED nell'ambito della comunicazione. Esce il primo numero del Notiziario che va a unirsi al Giornale. Nel numero del debutto c'è un editoriale del Presidente Spinelli (è in carica per il biennio 1992-1993) che fa così il suo esordio al vertice della Società che attualmente può contare su circa duemila Soci. Spinelli è stato eletto al congresso di Catania (un ritorno al passato perché il vertice della SIED si è svolto in contemporanea con quello della SIGE). Presidente Eletto è Alberto Tittobello, entra in carica nel 1994, mentre Giuliano Bedogni è il Segretario (Presidente nel biennio '96-'97). Consiglieri sono Giampaolo Angelini, Lorenzo Bonardi, Ercole De Masi, Lionello Gandolfi, Lorenzo Norberto e Giovanni Viceconte.

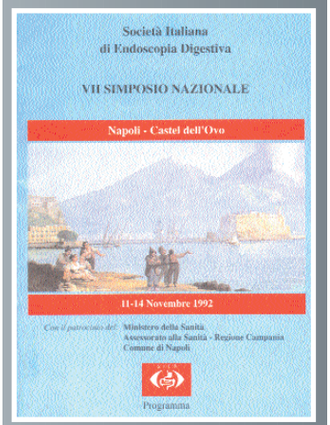
E torniamo al Notiziario. In redazione Sergio Brunati, Rita Conigliaro e Enrico Ricci, la segreteria è nello studio di Bedogni al Servizio di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Nel primo numero c'è l'annuncio della costituzione delle Commissioni che il Presidente Spinelli ha nominato subito dopo il suo insediamento e a cui ha affidato il compito di elaborare documenti sui più scottanti problemi attuati in campo scientifico, professionale e organizzativo.

Vengono istituite nuove Commissioni, che adesso sono 12. Eccole nell'ordine: Commissione politica, coordinatore E. De Masi; Commissione formazione e training, coordinatore G. Bedogni; Commissione scientifica, coordinatore C. Angelini; Commissione informatica, coordinatore S. Brunati; Commissione videoteca nazionale, coordinatore F. Cosentino; Commissione videolaparochirurgica, coordinatore M. Meinero; Commissione etica medico-legale, coordinatore L. Familiari; Commissione istituzionale, coordinatore L. Bonardi; Commissione nuovi materiali, coordinatore L. Norberto; Commissione intersocietaria, coordinatore L. Gandolfi; Commissione per i rapporti con le industrie farmaceutiche, coordinatore G. Viceconte; Commissione sugli standard clinici, coordinatore P. Loriga.

Avanzano attività scientifica e contatti internazionali. Lorenzo Bonardi pubblica con Rodolfo Rocca un libro sulla *ERCP* (1991 - Edizione UTET) in cui affronta in modo completo tutta la problematica diagnostica ed operativa delle vie biliari e pancreatiche. Ecco uno stralcio dell'introduzione che lo stesso Bonardi fa dell'opera:



"Questo libro è dedicato alla Papilla di Vater, minuta struttura dal nome delicato e femmineo che ha stregato generazioni di endoscopisti. Considerate le legioni di coloro che in qualche misura se ne sono avvicinati e il modesto numero di quelli che continuano a frequentarla con passione viscerale, è facile capire quanto sia possessiva, esaustiva e volubile: ma nessuno di questi difetti ha valori di fronte al piacere che si prova ad affrontarla, a violarne i segreti, a vincerla…"

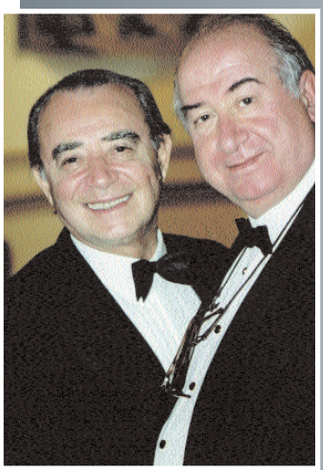


Nel novembre 1992 Bruno De Luca organizza a Napoli il Settimo Simposio SIED.

Il Live Endoscopy '92, organizzato al Quark Hotel di Milano il 26-27 settembre, propone due interessanti collegamenti europei con M. Cremer a Bruxelles e K. Huibregtse ad Amsterdam. Il collegamento italiano all'Ospedale S. Paolo vede alla ribalta Gianni Miroglio che, per la prima volta in un congresso, propone l'esecuzione di un'esofagogastro-duodenoscopia su una paziente indotta in ipnosi. La paziente accetta ogni comando dell'operatore, ma quello che di più fa sbalordire il pubblico è il momento in cui le contrazioni dell'antro gastrico "obbediscono" ai comandi di Miroglio.

Un fermo immagine di Gianni Miroglio dal "Live" '92

Ad Atene, 25-30 settembre 1992, si tiene per la prima volta la "United European Gastroenterology Week". Crespi, Presidente uscente dell'ESGE, tiene una relazione sull'attività della Società europea prima dell'elezione del nuovo Consiglio Direttivo che vede eletti: J.R. Armengol Mirò, Presidente; A. Montori, Segretario Generale. Tra i Consiglieri viene eletto P. Spinelli. Vengono fissate le prossime sedi della UEGW: 1993 a Barcellona; 1994 a Oslo; 1995 a Berlino; 1996 a Parigi. Nell'ambito della UEGW Crespi viene eletto Chairman per il 1994 e Montori Segretario-Tesoriere.



Montori con Armengol-Mirò

Felice Cosentino e Zdenek Maratka si fanno promotori di un "Congresso Congiunto Italia-Cecoslovacchia" sull'Endoscopia d'urgenza. Il Congresso si tiene a Praga presso la "Casa della Cultura" dal 21 al 25 ottobre 1992. G. Pezzuoli, F. Crucitti, J. Blahos (Presidente Società Medica di Praga) e Z. Lojda (Pro Rettore Università Carlo di Praga) sono i Presidenti della manifestazione. I coordinatori sono F. Cosentino, G. Costamagna, Z. Maratka e A. Vavrecka (Presidente Società Gastroenterologica, Bratislava). I relatori italiani: A. Russo, A. Tittobello, N. D'Imperio, T. Casetti, E. Ricci, G. Battaglia, A. Zambelli, M. Bottari, P.A. Ciani, R. Conigliaro, S. Gullini, M.A. Pistoia, G. Rigo, A. Scozzarro, D. Oselladore, L. Familiari, G. Viceconte, L. Bonardi, R. Cestari, E. De Masi, P. Loriga, L. Cipolletta, G. Bedogni, S. Brunati, E. Di Giulio, G. Di Matteo, L. Norberto, V. Pietropaolo, S. Crotta.
Ecco come Rita Conigliaro riporta l'evento sul primo numero del Notiziario SIED:

CONGRESSO CONGIUNTO
ITALIA-CECOSLOVACCHIA
L'Endoscopia d'urgenza oggi
Praga, 21-25 ottobre 1992
SPOLEČNÝ KONGRES
ITALSKO-ČESKOSLOVENSKÝ
Urgentní endoskopie dnes
Praha, 21-25 října 1992
Programma
Program

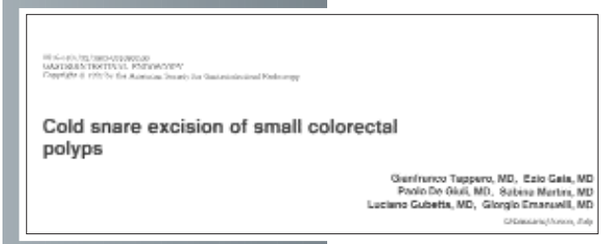
Il programma della manifestazione di Praga del 1992

"Si è svolto a Praga, nell'ottobre scorso, il Primo Congresso Congiunto Italia-Cecoslovacchia dal titolo: 'L'endoscopia d'urgenza oggi'.
In una Praga mitteleuropea e rinnovata nella sua semplice bellezza, presso la 'Casa della Cultura', per tre giorni si sono dibattuti i temi principali dell'Endoscopia d'urgenza.
Erano presenti i nomi più noti e autorevoli degli endoscopisti italiani che hanno esposto la loro esperienza nelle urgenze endoscopiche.
In ogni seduta era presente almeno una relazione dei colleghi cecoslovacchi dei centri più importanti e/o attrezzati del Paese. Scientificamente nessuna novità straordinaria, ma culturalmente l'iniziativa è stata interessante e originale. Il fulcro della manifestazione è stata una Tavola Rotonda sul presente e futuro dell'Endoscopia in Europa in cui è stata affrontata la problematica organizzativo – politica dell'Endoscopia in merito al training, alla suddivisione dei centri di primo e secondo livello, alla distribuzione delle risorse e alla pianificazione strutturale dei centri stessi. Alla Tavola Rotonda ha partecipato anche J.F. Rey, l'attuale tesoriere ESGE (European Society Gastrointestinal Endoscopy), che è venuto appunto a testimoniare il nuovo spirito di unità e collaborazione che vorrebbe emergere dall'attuale Consiglio Direttivo Europeo. Pur tenendo conto che in Italia la maggioranza degli endoscopisti ha una formazione e una collocazione chirurgica, a differenza degli altri Paesi europei, il messaggio finale che ne è uscito è: 'L'endoscopia è di chi la sa fare', sia esso chirurgo, gastroenterologo o internista; l'importante sarà stabilire un uniforme iter formativo e specifico, scientificamente garante delle capacità teoriche e pratiche del soggetto e del centro.
Il Convegno si è concluso con una visita all'antica Università di Praga ove i congressisti sono stati accolti calorosamente dal Magnifico Rettore Professor Lojda che assieme al noto Professor Maratka (presente peraltro dall'inizio del Convegno) hanno posto le basi per un obbiettivo di un'Europa unita".

L'endoscopia italiana si fa strada in campo internazionale. Gianfranco Tappero di Torino propone una metodica, la "Cold snare polypectomy" che trova immediatamente favorevoli consensi tra più autorevoli endoscopisti mondiali (Williams, Way ecc.).
Ma come nasce l'idea della "decapitazione dei piccoli polipi con l'ansa da polipectomia, ma senza uso di corrente"? È lo stesso Tappero a svelarci i retroscena.

"Alla fine degli anni '70 ero un giovane specializzando in gastroenterologia, che muoveva i primi passi in endoscopia digestiva che si stava appassionando alla manovra operativa allora più abituale, che era la polipectomia endoscopica del colon con ansa diatermica.
Per la rimozione specifica dei piccoli polipi, già a metà degli anni '70, Williams aveva ideato il metodo della hot-biopsy, ma si trattava comunque di un mezzo elettrico, per il quale occorre tutto lo strumentario ed i collegamenti per l'erogazione di corrente, come per la polipectomia classica con ansa diatermica. Tutto ciò comportava e comporta tuttora dei tempi tecnici, non sempre ovviabili nell'immediato, nonché dei rischi per il pz, legati al passaggio di corrente. Questi erano tutti fattori che, spesso, inducevano l'endoscopista a valutare negativamente il potenziale beneficio della manovra e a soprassedere alla rimozione immediata dei piccoli polipi. Peraltro, già agli inizi degli anni '80, Waye e altri segnalavano che, anche i piccoli polipi sporadici, all'esame istologico, erano in maggioranza adenomi e quindi lesioni a vario grado di displasia, potenzialmente evolutive, contrariamente alle semplici formazioni iperplastiche.

Questo era lo scenario che mi si presentava agli albori della mia attività e che mi indusse, fin dai primi anni '80, a cercar di risolvere radicalmente il problema dei piccoli polipi sporadici, all'atto della loro prima rilevazione colonscopica, con una metodica che consentisse di rimuovere completamente tali lesioni, in maniera sicura ed efficace, senza rischi aggiuntivi per i pazienti anche non ricoverati, né allungamento significativo dei tempi dell'indagine e che permettesse altresì un adeguato esame istologico, su un pezzo non alterato da fenomeni termodistruttivi (fenomeni tanto più' significativi su lesioni 'piccole' per definizione come i micropolipi).
Due episodi importanti, successi a breve distanza di tempo, mi hanno convinto che, la decapitazione immediata con ansa a freddo di tutti i micropolipi, all'atto del loro rinvenimento, fosse la cosa più' semplice e sicura da fare nell'interesse dei pazienti e con un ritorno positivo in termini di costi/benefici.
Il primo episodio decisivo nel maturare la mia scelta, si verificò mentre assistevo un Collega esperto resecare con hot-biopsy un micropolipo della flessura splenica, ad una sua zia ultrasettantenne, che aveva presentato una rettorragia, in assenza di altre lesioni coliche evidenti. Circa un'ora dopo la manovra, la signora, durante l'emissione di gas residuo, avvertì un forte dolore addominale e collassò. Prontamente rianimata, fu portata al tavolo operatorio per evidente quadro perforativo, determinato da piccola breccia nella sede della recente polipectomia, che era ancora ben riconoscibile per l'aspetto necrotico-coagulativo transmurale, determinato dal passaggio di corrente. Sfortunatamente la signora, fino ad allora in ottima performance psico-fisica, ebbe una serie concatenata di complicanze nel decorso post operatorio, tanto che in quinta giornata morì.
L'altro episodio altrettanto significativo, capitò dopo poco tempo dal primo e mi vide coinvolto in prima persona nell'eseguire una colonscopia alla mamma 55enne di una studentessa in Medicina, frequentatrice del reparto. Quel giorno il mio supervisore si era assentato e io, che pure godevo della piena fiducia della futura collega, mi trovai a decidere se e come asportare, unica lesione, un polipetto sessile, isolato, di 5 mm circa, del colon ascendente. Memore dello spiacevole fatto avvenuto in precedenza, ma nello stesso tempo, sollecitato dalla figlia a risolvere definitivamente il problema, che avrebbe avuto un impatto comunque negativo per la madre ansiosa, decisi, seduta stante, di decapitarlo con ansa a freddo, per garantirmi la radicalità dell'exeresi, senza rischiare effetti termocoagulativi in profondità sul viscere, né effetti termo-distruttivi sulla lesione, tali da inficiarmi l'esame istologico. Così procedetti, realizzando un taglio netto e completo della formazione, che, immediatamente aspirai, recuperandola dal canale operativo, apponendo un velo di garza nel punto di connessione del tubo dell'aspiratore allo strumento.


Cold snare excision of small colorectal polyps

Gianfranco Tappero, MD, Ezio Gaia, MD
Paolo De Giuli, MD, Sabino Martini, MD
Luciano Gubetta, MD, Giorgio Emanuelli, MD

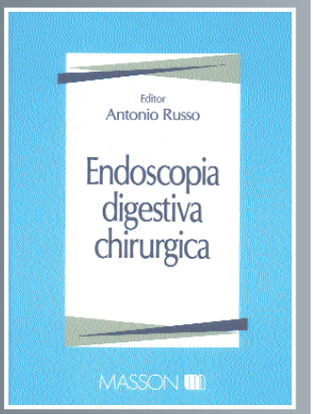
La tecnica di G. Tappero è stata pubblicata nel fascicolo n° 3 del 1992 di "Gastrointestinal Endoscopy"

L'escara residua mostrò solo un lieve gemizio ematico a nappo, che in pochi istanti si autolimitò, mentre i bordi si presentavano indenni da residui poliposi. Ovviamente nessun problema si presentò alla pz, né subito, né a distanza. D'altro canto invece la lesione, agevolmente recuperata sulla garza e successivamente esaminata nella sua interezza, risultò essere un carcinoide, rendendo ancora più giustificata la sua rimozione immediata.
Da quel momento mi convinsi che la strada imboccata era quella giusta e quindi proseguii decapitando sistematicamente tutti i micropolipi a vista, sia dei pazienti ricoverati, che di quelli ambulatoriali. I pazienti ricoverati (ovviamente per motivi che prescindevano dai micropolipi), che potevo seguire nei giorni successivi alla manovra, mi confermavano regolarmente l'assoluta sicurezza della stessa, mentre il sistematico recupero delle lesioni rivelava la netta prevalenza di quelle displastiche (adenomi), sulle iperplastiche, giustificando ulteriormente la loro totale asportazione.
L'alta prevalenza dei micropolipi, riscontrabili in circa il 30% delle prime colonscopie, sia come lesioni singole, che associate ad altre (quali polipi più grandi o neoplasie), mi permise di raccogliere in tempi brevi un'adeguata casistica, che mi forniva, giorno dopo giorno, dati sempre più confortanti, in termini di sicurezza per i pazienti e di efficacia, come trattamento immediato delle lesioni, con un prevedibile impatto positivo del rapporto costi-benefici.
I miei dati, relativi alla tecnica della 'cold snare polypectomy', pubblicati in extenso su *Gastrointestinal Endoscopy* nel '92 confermavano tutte queste premesse, su una casistica consistente di pazienti, nei quali non si erano registrati casi di mortalità, né side-effects significativi, mentre per converso, si erano asportati anche 3 micropolipi cancerizzati. Nonostante che la metodica non fosse applicata nell'ambito di uno studio caso-controllo, tuttavia la sua rilevanza, in termini di sicurezza ed efficacia, evocò un lusinghiero editoriale, sulla stessa rivista, da parte del Professor Waye, il quale ulteriormente nel '94, in occasione del corso ASGE di New Orleans, la indicò come procedura di scelta per il trattamento dei micropolipi.
Nel corso di questi anni, ripetute sono state le citazioni bibliografiche relative alla mia metodica, che ne testimoniano l'uso routinario e come termine di confronto".

Sono anni questi, come si può capire da quanto viene riportato, di profonda riflessione sul futuro dell'endoscopia.
Non si discute solo di organizzazione, ma si parla anche di necessità di un linguaggio comune per evitare quella "babele terminologica" che rende impossibile la raccolta ed il confronto dei dati oggi facilmente attuabile con la diffusione della informatizzazione dei Servizi. L'argomento viene affrontato alla fine di aprile '93 in una manifestazione che si svolge a Milano sotto il patrocinio di AIGO, SIED e SIGE: "Standards in Endoscopia: follow up & Terminologia". Coordinatore è Sergio Brunati che riesce

a riunire i maggiori esperti nazionali e internazionali. L'ESGE era presente con il Comitato per la Terminologia (Armengol Mirò, Crespi, Delvaux, Escourrou, Hagenmuller, Maratka, Simon, Swobodnik, Venables) l'ASGE era rappresentata da M. Shapiro e l'OMED da A. Fujino.

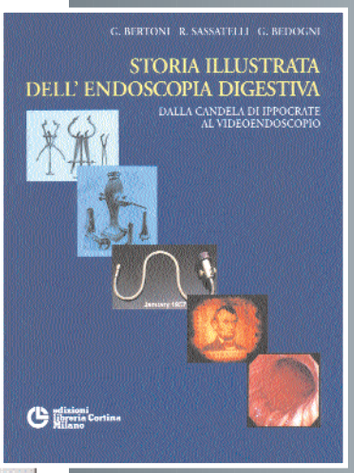
Si arricchisce la documentazione scientifica con un volume sulla *Endoscopia digestiva chirurgica* che rappresenta il primo esempio del genere in Italia. Il libro del 1993 è redatto da Antonio Russo, Dipartimento di Chirurgia, Cattedra di Diagnostica e Chirurgia Endoscopica dell'Università di Catania il quale raccoglie le esperienze dimostrando che l'endoscopia digestiva presenta vantaggi quando diventa anche terapeutica. La prefazione è del professor Attilio Basile, Emerito della Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dell'Università di Catania, lo studioso che per primo ha creduto nella necessità che l'endoscopia digestiva avesse un ruolo ufficiale in ambito universitario. Il volume è edito da Masson, uno degli editori che maggiormente ha ospitato contributi sull'endoscopia digestiva. Nella prefazione del libro c'è tutta la filosofia dell'opera:



Antonio Russo ha abilmente coordinato e supervisionato i 45 Autori del libro

"L'endoscopia digestiva è andata incontro, nel corso degli ultimi 15 anni, a una profonda trasformazione; da mezzo puramente diagnostico ha assunto le caratteristiche di nuova branca diagnostico-terapeutica della medicina che affonda le sue radici nella gastroenterologia e nelle chirurgia dell'apparato digerente. I progressi più eclatanti e pieni di promesse sono stati realizzati dalla componente terapeutica: patologie che, sino a non molto tempo addietro, dovevamo essere trattate con la chirurgia tradizionale trovano infatti oggi nell'approccio endoscopico alternative valide ed egualmente efficaci. La quasi totalità dei libri di endoscopia digestiva sinora pubblicati sono stati centrati su elementi iconografici o tecnico-operativi e indirizzati quindi agli esperti del settore. Poco rilievo è stato dato invece all'aspetto applicativo clinico dell'endoscopia chirurgica per cui le informazioni esistenti sono scarse e spesso frammentarie. Con il presente volume, nato dalla collaborazione tra gastroenterologi, chirurghi ed endoscopisti che operano in vari Centri italiani, si è cercato di colmare questa lacuna offrendo a chi utilizza indirettamente la chirurgia endoscopica (internisti, chirurghi generali, specialisti in genere e medici di base), una visione estremamente pratica della materia".

Un altro volume realizzato nel 1994 si segnala all'attenzione del mondo scientifico. È la *Storia illustrata dell'endoscopia digestiva*. Dalla candela di Ippocrate al videoendoscopico. Il volume è redatto da G. Bertoni, R. Sassatelli, G. Bedogni.
G. Pippa dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma così commenta il volume sul giornale della Società:



"Nulla sa della propria arte chi non ne conosce la storia". Con questa citazione di J.W. Gothe si apre la splendida edizione di Cortina del 1994 a firma Bertoni, Sassatelli e Bedogni

"Questo libro è dedicato alla Storia dell'Endoscopia Digestiva, questa branca della Medicina che alcuni considerano una Disciplina rivendicandone l'autonomia, altri solo una tecnica accessoria di non grande conto, ma che ha comunque avuto negli ultimi '30 anni il grande merito di vivacizzare lo studio della patologia digestiva contribuendo a farla emergere dal grigiore in cui si stava arenando. Gli Autori potremmo dire 'con amore' hanno dunque fatto un salto indietro per rivendicare all'Endoscopia Digestiva un ruolo di tutto rispetto, tale da renderla oggetto di molti desideri: più di 2000 anni di storia tra la candela di Ippocrate che illuminava un rudimentale speculum fino ad arrivare ai nostri giorni, con la Videoendoscopia e più oltre ancora, al futuro possibile con nuove e ancora più sofisticate strumentazioni. In mezzo ai due estremi viene dato ampio spazio alla trattazione dell'inizio dell'era scientifica con l'Endoscopio rigido di Bozzini e alle tante variazioni sul tema. In successione, un capitolo viene dedicato all'endoscopia semiflessibile con i nuovi sistemi di trasmissione dell'immagine, agli sforzi e ai tentativi andati a vuoto, alle intuizioni seguite da successo. Infine, un capitolo è rivolto alle fibre ottiche e quindi ai più moderni fibroscopi, più vicini a noi e quindi più rassicuranti. Se verrà prevista una nuova edizione nei prossimi 5-10 anni, ci sarà certamente anche un Capitolo dedicato all'Endoscopia virtuale, metodica che se si svilupperà, creerà più di qualche situazione intrigante".

Continua il valzer SIED-SIGE a livello congressuale. Il Congresso Nazionale si svolge a Firenze (17-23 novembre 1993) ma questa edizione non vede la presenza dei gastroenterologi. Una grande occasione per confrontare le ricerche scientifiche anche con quelle internazionali. Ciani e Pacini sono i Presidenti della manifestazione e Luca Manneschi è il Coordinatore. Il Congresso è preceduto da un Corso di Aggiornamento sul tema: "ERCP: la tecnica e l'interpretazione", coordinato da Guido Costamagna. Il Congresso si articola in tre tavole rotonde: "Il controllo di qualità e il training in Endoscopia digestiva", "Il cancro dell'esofago; terapia palliativa", "La terapia palliativa dei tumori dell'ilo epatico"; due i Working Team "L'ecoendoscopia" e il "Trattamento delle varici esofagee" e una Consensus

Conference su "La sfinterotomia endoscopica". Alberto Tittobello assume la Presidenza della Società subentrando a Pasquale Spinelli. Il direttivo resta immutato.

Alla fine del 1993, esce il primo numero dell' A.N.O.T.E., il periodico trimestrale di informazione scientifica dell'Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche. Direttore Responsabile della pubblicazione è Lorenzo Ferrarazzo, mentre Direttore è Orelio Centi.

Arriva il giorno in cui Rodolfo Cheli entra in carica come Presidente dell'OMED (1994-1998). Mai un italiano era giunto a un vertice così alto in seno alla Società Mondiale. Una soddisfazione eccezionale che dimostra il livello della Ricerca e dell'impegno del nostro Paese in questa branca della medicina, riconoscimento rafforzato dall'incarico a Massimo Crespi, al vertice mondiale dell'ottobre 1994 a Los Angeles, di svolgere la "The Moutíer Lecture": "Esophagogastric cancer across borders: different approches in the study of etiopathogenesis".
Crespi è il nuovo Segretario Generale, Alberto Montori il Tesoriere, Brunati è membro del "Terminology and data processing" per l'Europa. Cosentino completa per l'Organizzazione Mondiale di Endoscopia (OMED) la traduzione in video della Terminologia Endoscopica di Maratka.

Incessante l'attività del S.E.D.I. che si occupa in questo momento della formulazione di uno specifico Nomenclatore Tariffario (*Notiziario SIED, 3/1994*). Il SEDI e la SIED, per portare a termine l'operazione, hanno istituito un gruppo di lavoro costituito da Brunati, De Masi, Fratton, Valerio Vergadoro, economista sanitario, e alcuni esperti in materia dell'USSL 25 di Verona.

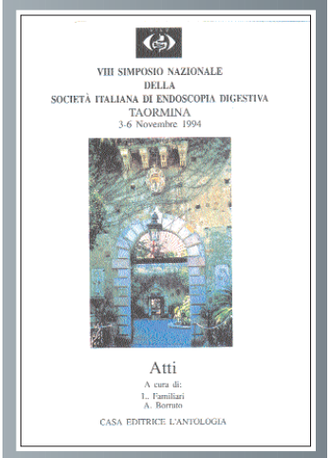
Proficua l'attività congressuale nel corso del '94 e '95. Lorenzo Norberto è il coordinatore del Corso SIED che si tiene a Padova il 2 giugno. Molto interessante la sessione pratica del mattino (presieduta da Armengol Mirò e Remo Naccarato) che mette in collegamento video la sala congressuale con il Servizio di Endoscopia della I Clinica Chirurgica.

Luigi Familiari organizza "Taormina '94" il 3 novembre. Tre argomenti fondamentali, pratici e svolti in prevalenza con filmati: la colonscopia diagnostica e terapeutica; la legatura delle varici; la sfinterotomia.
Tra le comunicazioni c'è quella del gruppo del San Paolo di Milano (P.G. Arcidiacono, G. Rubis Passoni, E. Morandi, R. Motta e F. Cosentino) che presenta la prima esperienza nazionale sull'Ecoendoscopia con sonda convex longitudinale Pentax FG-32UA. La sonda, precisano gli autori, prevede anche l'utilizzo del Color Doppler e del Doppler pulsato e consente l'esecuzione dei pre-lievi bioptici ecoguidati. L'esperienza è di 28 esami eseguiti nel periodo gennaio/aprile '94. Nei mesi successivi lo stesso gruppo eseguirà le prime biopsie sotto guida ecoendoscopica.

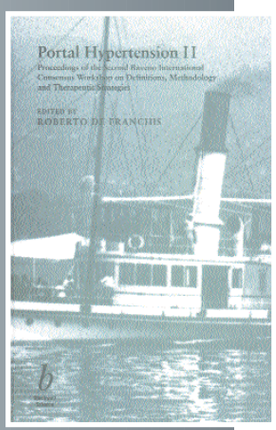
Originale articolo di Fausto Barberani che su *Gastrointestinal Endoscopy* presenta la sua esperienza sulla tecnica della manometria per via endoscopica dell'ileo distale per lo studio della motilità della regione. Si tratta della prima esperienza in campo internazionale sulla quale lo stesso Barberani con E. Corazziari aveva presentato un lavoro preliminare nel 1991 su *Gastroenterology*. Ancora nel '94 lo stesso Barberani propone un'interessante iniziativa: un Video-libro-poster educazionale (da utilizzare nelle sale di attesa dei servizi di Gastroenterologia ed Endoscopia) per sensibilizzare il pubblico all'utilità dell'esame e alla innocuità dell'indagine.
Il Progetto dal titolo "Per cortesia si faccia guardare dentro" ha riscosso grande successo e ancora oggi i filmati sono richiesti per gli studi medici.

Il 27 e 28 aprile, si svolge a Baveno il "Portal Hypertension II" - Second Baveno International Congress Workshop on Definitions, Methodology and Therapeutic Strategies. Anche la seconda edizione di Baveno (la prima si era tenuta nella stessa sede il 5 e 6 aprile del 1990) ha rilevato l'alto livello scientifico, in tema di ipertensione portale, raggiunto dai cultori italiani della materia che si sono trovati a confronto con i maggiori esperti internazionali. L'abile regista della manifestazione è sempre Roberto de Franchis.

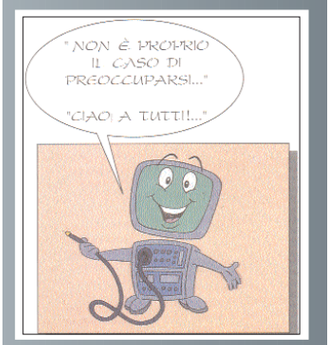
Logo A.N.O.T.E. (Associazione Italiana Operatori Tecniche Endoscopiche)



Gli atti del Simposio di Taormina del 1994 e quelli di Portal Hypertension II del 1995



Il fumetto protagonista del progetto educazionale di Barberani



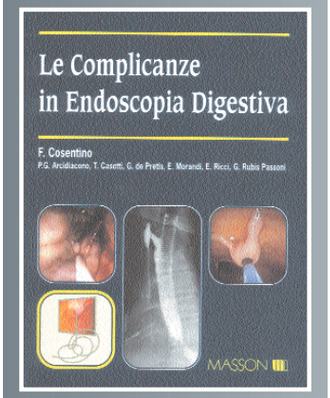
Mario del Piano, nella tranquilla cornice del lago d'Orta organizza il 3-4 giugno 1994 a Orta San Giulio (Novara), il Primo Convegno Italiano sulla Gastrostomia Endoscopica Percutanea. È un convegno molto importante dove la problematica, presenti i maggiori esperti a livello nazionale, viene affrontata sotto tutti gli aspetti. Si discute di tecnica; di complicanze; di gestione nutrizionale del paziente con PEG; di gastrostomia per via laparoscopica e per via radiologica; del ruolo del personale infermieristico ecc.. Grande merito di Del Piano, che vanta la maggiore casistica in Italia sulla PEG, l'ottima riuscita della manifestazione.

Un successo l'evento organizzato da Mario Del Piano nella splendida cornice del lago d'Orta

Nel giugno del '95, sempre a Milano, Cosentino propone un Corso sulle "Complicanze in Endoscopia Digestiva". Già da alcuni anni si parlava della problematica nelle varie manifestazioni nazionali. Il problema è molto sentito dagli endoscopisti, giovani o esperti che siano, anche per i risvolti medico-legali che l'*inconveniente* potrebbe avere. Si registra una grande affluenza di pubblico, ma quello che di più stupisce e come, in fase di discussione, molti dei presenti riferiscono su casi clinici e di particolari complicanze mai pubblicate.
Terminato il congresso Cosentino inizierà a scrivere un libro sulle Complicanze e nel capitolo dedicato ai "Cinquantenni del 2000" racconterà il simpatico retroscena di come sia nata l'idea del progetto congresso e libro.

C'è fermento tra gli endoscopisti. Aria di insoddisfazione, soprattutto, per quanti si trovano a espletare l'endoscopia in area chirurgica e con passato chirurgico. Il futuro è insicuro: le direttive CEE vedono l'endoscopia esclusivamente come una branca gastroenterologica. Si cerca una soluzione con le altre Società, ma non è semplice. Pietro Loriga, che coordina la Commissione intersocietaria, fa un'attenta analisi del momento sul secondo numero del *Notiziario SIED* del 1995.

Segue nei mesi successivi una riunione a Roma tra CD Nazionale e Direttivi Regionali (23 settembre 1995). Si affronta la problematica esposta da Loriga. Il concetto attuale portato avanti dai gastroenterologi è che l'endoscopia debba confluire nella Gastroenterologia e che gli endoscopisti di area chirurgica possano accedere ai concorsi per la dirigenza di secondo livello in gastroenterologia, dopo avere preso l'idoneità in gastroenterologia.
A questo punto si è aperto il dibattito dal quale sono emerse nuovamente le posizioni dei gastroenterologi i quali propongono che l'endoscopia digestiva confluisca nella gastroenterologia e che gli endoscopisti di area chirurgica possano, dopo aver preso l'idoneità in gastroenterologia, accedere alla Dirigenza dei Servizi o divisioni di endoscopia attuali che verranno trasformati in Servizi di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. I sostenitori di questa posizione non accettano che gli endoscopisti possano avere un ruolo apicale separato dalla gastroenterologia neppure nell'ordinamento futuro dipartimentale, pur non escludendo che, dal momento che la funzione del Direttore di Dipartimento è a rotazione, anche l'endoscopista potrà avere a periodi il ruolo di dirigente di dipartimento, pur non essendo apicale.



"Le complicanze in endoscopia digestiva" di F. Cosentino con la collaborazione di Arcidiacono, Casetti, De Pretis, Morandi, Ricci e Rubis Passoni. Masson, 1997

L'altra posizione, quasi contrapposta, promossa da Spinelli, e che ha trovato concorde una parte consistente dell'assemblea (soprattutto SIED Sicilia e Campania), è quella di inserire l'endoscopia digestiva nell'area dei servizi. Gli attuali Responsabili dei Servizi potrebbero accedere all'apicalità dei loro servizi che diverrebbero di "Endoscopia Digestiva" (e non di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva) con la possibilità di avere posti letto, parimenti a quanto avviene per i servizi di anestesia rianimazione. Questo tenendo conto, come ricordavano alcuni, che il futuro dell'organizzazione ospedaliera resta quello dipartimentale e qui vi sarà sicuramente la possibilità di inserire il Primario Gastroenterologo (o l'internista con indirizzo gastroenterologico), il Primario Chirurgico e il Primario del Servizio di Endoscopia Digestiva quali figure professionali apicali sanitarie.

Alberto Tittobello conclude l'argomento dichiarando che l'assemblea è orientata sull'ipotesi dipartimentale con la chiarezza degli equilibri fra le figure apicali ed eventualmente passando anche dalla soluzione dell'inserimento dell'endoscopia digestiva nell'area dei Servizi nell'intento di salvaguardare la professionalità di chi fa questo lavoro.

Proposte da D'imperio le linee guida per essere un perfetto consigliere o presidente della SIED

C'è un altro argomento che viene discusso in questa riunione. Si tratta delle imminenti elezioni per il rinnovo del CD Nazionale che si terranno al Congresso di Torino del 1995. Si parla di nomi, di chi esce di chi si propone per entrare nel CD. Discussione tranquilla, tanto che Nicola D'Imperio presenta quelle che potrebbero essere le Linee Guida per il "perfetto" Consigliere e il "perfetto" Presidente.
I presenti apprezzano la proposta di D'Imperio che merita di essere riportata.

LINEE GUIDA SUL CONSIGLIERE SIED NAZIONALE

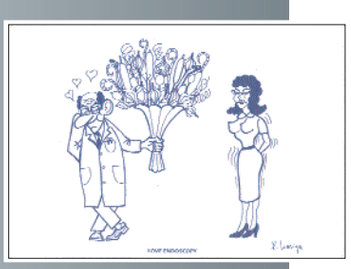
1 Il consigliere deve essere un endoscopista digestivo che dedica la sua attività all'endoscopia digestiva, sia negli aspetti tecnici, che clinici, che organizzativi e culturali.
2 Il consigliere deve avere una cultura e una attività che debbano essere comprensive di tutta l'endoscopia digestiva sia diagnostica e terapeutica.
3 La sua estrazione, chirurgica, gastroenterologica, medica o qualsivoglia, deve essere assolutamente influente.
4 Il consigliere deve rappresentare a pieno le esigenze e la volontà della base, cioè degli endoscopisti che lo hanno eletto, non quelle del singolo gruppo o estrazione, né tantomeno le esigenze o la volontà personale.
5 Il suo contatto con la base deve essere assicurato dalle riunioni tra C.D. Nazionale e presidenti e segretari regionali. Il contatto con la base deve essere altresì assicurato dalla partecipazione del consigliere a tutte le riunioni del C.D. Regionale di appartenenza.
6 Il consigliere deve avere un programma di lavoro ben preciso, non necessariamente singolo ma anche di gruppo o di sezione regionale d'appartenenza. Tale programma deve essere presentato al C.D. Nazionale uscente che lo renderà pubblico. Solo in base a un programma il C.D. uscente può proporre una lista di candidati.
7 Il consigliere deve adoperarsi per la cooperazione continua con le altre associazioni scientifiche culturalmente vicine con piena autonomia e con pari dignità.
8 Il consigliere può anche far parte di altre associazioni scientifiche per arrecare il suo contributo da endoscopista e per garantire il collegamento culturale.
9 Il consigliere deve garantire i collegamenti tra la SIED e le altre associazioni culturali affini degli altri Paesi e impegnarsi a dare all'endoscopia italiana la dignità che merita in campo internazionale.
10 Il consigliere va scelto sulla base della sua militanza attiva nella SIED, come Presidente o Segretario regionale, della sua attività scientifica ed dei suoi programmi.

Non può essere scelto in base a un criterio di regionalità che può essere solo molto orientativo ma non condizionante (in Italia abbiamo 20 regioni, la SIED ha 11 membri del Consiglio Direttivo).

LINEE GUIDA SUL PRESIDENTE SIED NAZIONALE
1 Deve soddisfare quelle del consigliere
2 deve essere sempre stato presente alle attività SIED degli ultimi 10 anni
3 deve avere promosso iniziative, manifestazioni, congressi in ambito SIED
4 deve aver fatto parte o del consiglio Nazionale SIED o dei consigli Regionali SIED
5 deve essere sufficientemente noto anche nelle altre associazioni scientifiche ed essere un capo carismatico.

Antonio Russo, Presidente SIED nel biennio '90-'91, pubblica nel primo numero del 1996 del *Bollettino SIGE* l'articolo "L'evoluzione dell'Endoscopia Digestiva in Italia" con il quale esprime il suo punto di vista sull'attuale situazione dell'Endoscopia in Italia. Ecco le conclusioni:

"...Noi non conosciamo ancora se nel decreto di prossima pubblicazione, riguardante la specializzazione in Chirurgia dell'apparato digerente, sarà individuata anche l'endoscopia digestiva come materia di insegnamento; se ciò non fosse, l'endoscopia digestiva diventerà parte integrante solo della gastroenterologia per cui in futuro essa, sia nella sua componente diagnostica che terapeutica, potrà essere praticata solo da chi ha conseguito il diploma di specialista in gastroenterologia. Anche questa possibile nuova realtà, che risente della recente visione olistica della medicina e dei nuovi indirizzi dati, prima negli USA e quindi in Europa, all'insegnamento medico (ridurre le materie), poteva già essere operante da noi se negli incontri allora avuti al Ministero della Sanità fosse stata accettata la proposta fatta da Luigi Barbara. (che suggeriva 6 anni fa di sanare le situazioni di fatto esistenti e di riportare quindi il momento didattico-formativo della materia nell'alveo della gastroenterologia)."



Uno dei dodici disegni del calendario illustrato da Loriga

In questo periodo un momento di spensieratezza é fornito da Pietro Loriga nelle vesti di "disegnatore". Egli, infatti, nel tempo libero si diverte a "sognare" e riportare su carta i suoi pensieri e le sue fantasticherie sul mondo dell'endoscopia. Tali disegni vengono raccolti e danno corpo ad un divertente Calendario realizzato e distribuito dalla Cook Italia. I 12 disegni meritano di essere consegnati alla storia.

Nonostante i chiari motivi di disaccordo sul destino degli endoscopisti di area chirurgica, le tre Società danno vita al Primo Congresso Congiunto che si tiene a Torino dal 18 al 22 novembre 1995. Oltre all'AIGO, SIED e SIGE partecipa anche il Collegium di Chirurgia Digestiva, sezione italiana. È Lorenzo Bonardi il Segretario Generale. Un'originale inaugurazione: la Lettura di apertura è affidata al filosofo Vattimo che illustra il tema: "Noi siamo quello che mangiamo". Tanti motivi di soddisfazione. Al congresso partecipano 2163 persone e 55 aziende farmaceutiche ed elettromedicali. Grande successo del Corso precongressuale SIED "Organizzazione e Qualità in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva". Tale è il successo che è necessario limitare l'afflusso all'aula.

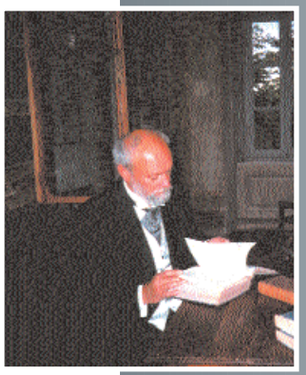
L'annuncio del primo Congresso Congiunto AIGO-SIED-SIGE del 1995

Affollato anche il Congresso ANOTE con la partecipazione di circa 600 delegati. Il programma scientifico è stato articolato in 4 Letture Magistrali, simposi clinici, 7 simposi satelliti, 24 sessioni di comunicazioni, e 2 sessioni video. Straordinaria la lettura magistrale di Guido Costamagna sulla pancreatite cronica in un modello multidisciplinare diagnostico-terapeutico che è stata applaudita con una autentica ovazione in un Auditorium gremito di oltre 1000 persone. Sono pervenuti 747 abstracts, di cui circa 250 a tema prevalentemente endoscopico. Questi i numeri che hanno convinto le tre Società ad andare avanti su questa strada.

Nel contesto del congresso di Torino si tengono le elezioni del CD nazionale SIED. Il comitato elettorale, presieduto da Alberto Tittobello ha scrutinato 549 schede di votanti che hanno cosi formato il nuovo CD SIED per il biennio 1996-1997.

Presidente Nazionale, G. Bedogni (483 preferenze); Presidente Eletto, L. Bonardi con 189 preferenze raggiunte al ballottaggio con G. Viceconte che ha avuto 169 voti. Ecco i consiglieri: G. Costamagna (307 voti); E. De Masi (293), A. Zambelli (257); F. Cosentino (248); S. Gullini (237), L. Cipolletta (226), P. Loriga (222),S. Crotta (209), L. Familiari (162). Nella riunione del CD del giorno successivo Costamagna e De Masi vengono nominati Vicepresidenti e F. Cosentino Segretario Generale. La composizione delle Commissioni: Etica Medico-Legale (G. Rigo); Formazione e Training (G. Angelini); Informatica (S. Brunati); Intersociateraia (G. Bedogni); Istituzionale (L. Bonardi); Politica (E. De Masi); Rapporti Internazionali (G. Costamagna); Scientifica (L. Cipolletta); Standard Clinici (P. Loriga); Videoteca Nazionale (F. Cosentino). Successivamente saranno deliberati due Gruppi di Studio, uno sull'Ecoendoscopia, coordinato da Giancarlo Caletti, e l'altro sull' Oncologia, coordinato da Vincenzo Casale.

Al Congresso di Torino è stato proiettato il filmato storico di Miroglio. Nella foto A. Kussmaul alias Enzo Migliasso



Una simpatica nota viene offerta, nell'ambito della manifestazione di Bologna, da Gianni Miroglio il quale presenta, in collaborazione con Daniele Massazza, un filmato dal titolo: "Endoscopia Digestiva: passato, presente e futuro". È un filmato pregevole, da conservare con cura nella propria cineteca. Il filmato percorre la storia dell'endoscopia, attraverso immagini d'epoca e personaggi che interpretano con cura il periodo storico.

Una curiosità: Adolf Kussmaul è interpretato da Enzo Migliasso della M.G. Lorenzatto: le musiche sono di Paolo Conte e Danilo Amerio e la regia di Gianni Miroglio.

Cosentino dà subito il via alla riorganizzazione dell'apparato organizzativo della Società e riunisce all'Hotel Parco dei Principi di Roma il 15 marzo del 1996 i Presidenti e i Segretari delle Sezioni regionali per sentire dai diretti interessati le esigenze e le problematiche locali e per concordare con loro i correttivi da apportare all'apparato. Vengono prese decisioni sull'iter di iscrizione alla società, sulla modulistica e sui rapporti tra sezioni e CD. Successive riunioni si svolgono il 6 luglio '97, ancora a Roma, e il 2 febbraio '98 a Cogne. Come risultato di tali riunioni, e per migliorare i canali della comunicazione nell'organigramma SIED, Cosentino, in collaborazione con la commissione Videoteca, dà vita al sito INTERNET della SIED, che diventa, dopo una fase sperimentale, operativo dal 10.6.1996. La SIED risulta, così, la prima società medico-scientifica italiana ad essere presente con un proprio spazio su Internet. Il sito viene realizzato grazie alla collaborazione della Casa Editrice EDRA di Milano. L'indirizzo iniziale www.sameint.it//sied diventerà successivamente l'attuale *www.sied.it.*

L'home-page del sito SIED attivato nel giugno 1996

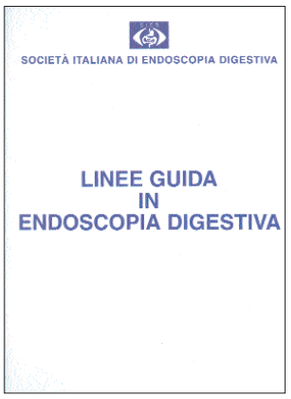
Negli anni successivi saranno intraprese interessanti iniziative per l'alfabetizzazione degli associati come i Corsi Regionali Internet, il *Bollettino Sied on line* e la realizzazione di un CD Rom per agevolare i Soci a "navigare" sul sito.

Gianna Boncinelli e lo staff ECON

Ma le novità della Segreteria non finiscono qui, Cosentino propone al CD e ottiene l'affidamento della Segreteria a un'Agenzia di servizi (la Econ di Milano nella persona della Signora Boncinelli) per una migliore gestione tecnica/amministrativa della Segreteria e della Società che conta circa 1900 soci. In tal modo si pongono le basi per una gestione dinamica e moderna della Società. E non tardano i soci a rendersi conto del cambiamento in atto. Si rinnova anche il *Notiziario SIED* che passa alla Edra di Milano (la stessa Agenzia che gestisce il sito Internet), mentre nella Redazione vengono confermati Brunati, Conigliario e Ricci: la sede è a Reggio Emilia. Il Notiziario, rinnovato nella veste grafica e nei contenuti, diventa un importante punto di riferimento e di scambio di informazioni per gli associati. Altra novità nei rapporti con gli associati: sul Notiziario sono pubblicate, per la prima volta, le sintesi dei verbali del CD nazionale.

La nuova veste grafica del "Notiziario SIED" e il primo numero del Bollettino "Sied on-line" del 3

Un importante lavoro sul *Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva* (supplemento al n° 2/1995). A cura di P. Loriga, L. Gandolfi, L. Cipolletta e L. Ficano vengono pubblicate le "Linee Guida in Endoscopia Digestiva".
L'iniziativa ha molto successo e i fascicoli risultano subito introvabili dopo appena pochi mesi dalla pubblicazione.
Per soddisfare le continue richieste dei soci si decide allora di inserire i lavori sul sito Internet (dove sono tuttora disponibili).
La copertina delle Linee Guida SIED riprodotta a destra, riguarda l'edizione rilasciata nel 1998.



A Milano, 17-19 Aprile '96, una Consensus Conference sulle Emorragie Digestive organizzata nell'ambito del Live Endoscopy '96. Vengono riuniti alcuni tra i massimi esperti internazionali nel campo della patologia emorragica: J. Balanzò, P. Swain, D.M. Jensen, L. Laine, C. Villaneuva, N. Soehendra. È una riunione utile anche per rinsaldare i rapporti con l'ASGE, ambito in cui la SIED sta iniziando a muoversi per una più proficua collaborazione. L'anno dopo, infatti, in occasione del congresso dell'ASGE a Washington una delegazione SIED (Bonardi, Conio e Minoli) incontra una rappresentanza della Società americana (J. Ponsky, Presidente; R.A. Kozarek, Presidente Eletto; H.J. Nord, Coordinatore della Commissione Internazionale, e P. Cotton) per definire i punti di contatto tra le due Società. Successivamente a tale riunione Nord ha inviato una lettera alla SIED, per tramite Massimo Conio, in cui vengono sottolineate le possibilità di collaborazione. Conio diventerà negli anni successivi il personaggio di spicco nel realizzare l'intesa tra SIED e ASGE.

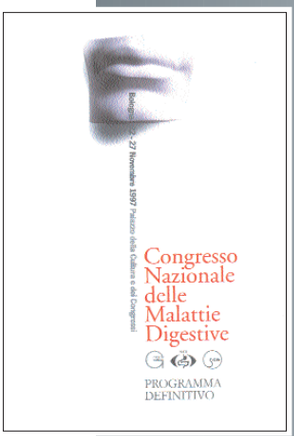
Grande merito a Sandro Zambelli per aver organizzato a Crema il 20 settembre 1996 una riunione su "La storia dell'endoscopia digestiva in Italia"

Alessandro Zambelli festeggia i vent'anni della nascita del suo Servizio di Endoscopia Digestiva all'Ospedale Maggiore di Crema e per l'occasione organizza un Convegno su "La Storia dell'Endoscopia Digestiva in Italia" (Crema, 20 settembre 1996). La Presidenza della manifestazione è condivisa con Felice Cosentino che stava in quel periodo già lavorando per il libro sulla "Storia". Tanti nomi e tanta commozione a sentire la nascita e lo sviluppo dell'endoscopia. Ecco i nomi dei relatori: G. Bedogni, E. Mirelli, C. Ghezzi. G. Rigo, G. Pippa, R. Arcidiacono, D. Oselladore, F.P. Rossini, G. Viceconte, A. Fratton, P. Loriga, A. Montori, G. Miroglio, G. Dagnini, P. Spinelli, E. Belsasso, A. Russo, A. Tittobello, F. Cosentino.
Nell'ambito della manifestazione è stata allestita una interessantissima mostra con endoscopi, messi a disposizione da numerosi colleghi, che hanno segnato l'evoluzione dell'endoscopia digestiva in Italia. Nel programma definitivo del Convegno sono riportate le foto, con didascalia, di tutti gli endoscopi presentati. Una bella documentazione!

Ma eccoci al secondo Congresso Congiunto che si svolge a Napoli dal 23 al 28 novembre ed è organizzato da Budillon, Cipolletta, Del Vecchio Blanco, Assisi e Carratù. Anche questa seconda manifestazione è un successo. E lo dicono i numeri: oltre 2600 iscritti e 40 Aziende presenti. Ma è un successo anche per la SIED che per il secondo anno consecutivo vede affollato il proprio corso precongressuale raccogliendo il più alto numero di partecipanti (oltre 290) rispetto ai Corsi di AIGO e SIGE: si parla di "Linee guida in Endoscopia digestiva".

Non altrettanto bene vanno le cose per la Società quando si aprono i lavori per l'Assemblea generale degli associati. Si nota subito un'area "ostile" da parte di alcuni associati che contestano un po' tutto, ma in particolare bilancio e le proposte di modifica dello Statuto. Per Cosentino, che si presenta per la prima volta in assemblea con la sua carica di Segretario Generale, è un po' una "doccia fredda". Ma il "neo Segretario" saprà fare tesoro di tale esperienza. In questo clima di "contestazione" viene sancito il gemellaggio tra SIED e Società Argentina di Endoscopia e Gastroenterologia, rappresentata a Napoli dai Presidenti Eduardo Gabriel Segal e Nestro Landoni.
È questo un gemellaggio che non resterà sulla carta, infatti negli anni ci saranno continui scambi di medici per visite presso i Centri di Endoscopia dei rispettivi paesi. Inoltre, ai rispettivi congressi nazionali viene sempre invitata una delegazione della Società gemellata.
A Zambelli, in particolar modo, va dato il merito di tenere vivo questo gemellaggio.

Il 16 giugno 1996 Giorgio Inaspettato, valido e generoso endoscopista della sezione Veneto Trentino Alto Adige di cui era consigliere dal 1992, lascia un profondo vuoto nella SIED e un grande rimpianto nel suo Maestro, Prof. Claudio Cordiano, Direttore dell'Istituto di Semeiotica Chirurgica dell'Università degli Studi di Verona.
Un grave lutto colpisce il mondo gastroenterologico italiano all'inizio del 1997. Il 15 marzo viene a mancare il Prof. Rodolfo Cheli. Al momento rivestiva la carica di Presidente OMED. Tutti ricorderanno in particolare l'estro, la validità scientifica, ma soprattutto la incontenibile vitalità del Prof. Cheli, dote che lo faceva di frequente paragonare a una vera "forza della natura" nelle opinioni di amici e colleghi.
Il 15 gennaio 1998 scompare tragicamente a Messina Matteo Bottari. Grande è lo sconforto per il modo in cui Matteo è stato strappato all'Endoscopia digestiva italiana. I suoi allievi gli dedicano una commovente nota sul *Notiziario SIED*.

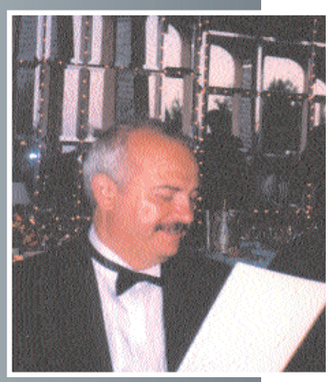


Il congresso Trisocetario del 1997 si svolge a Bologna

Il Terzo Congresso Congiunto (22-27 novembre 1997), si tiene al Palazzo dei Congressi di Bologna. La Società si sente pronta all'ennesima prova assembleare. Durante l'anno ci sono stati molti contatti con le sezioni regionali per sensibilizzare i soci al problema. A Bologna il Direttivo e la Segreteria (capeggiata dalla Sig.ra Boncinelli della ECON) stanno lavorando alacremente per indurre il maggior numero di soci a prendere parte all'Assemblea. Ma il clima quest'anno sembra più disteso e diventa ancora più disteso e forse commovente quando all'inizio dell'assemblea Giuliano Bedogni, Presidente uscente, introduce il Prof. Coppo, che il CD ha invitato per conferirgli (assieme a Banche e Luminari) la carica di Socio Onorario.
Sono le ore 13 e 20 del 25 novembre, Sala Europa. Il Prof. Coppo, inizia a parlare, a raccontare e, come per incanto, scende sui presenti un'atmosfera magica, piena di nostalgia e di ammirazione per un uomo che ha dato tanto alla Gastroenterologia ed all'Endoscopia italiana. Un uomo che nel lontano 12 dicembre del 1969, a Verona a casa di Fiorini si mette a suonare il violino e che con Celli, Baratta, Mirelli, Loiodice e Righi Riva, onorando un lauto pranzo e brindando con un Amarone DOC, decide che è giunto il momento di… fondare una società. La nostra Società!

Questo è Coppo. Il primo Presidente SIED. È come se fosse venuto tra i suoi "nipoti" endoscopisti a tranquillizzarli e a consigliarli di andare avanti tutti insieme per il bene della Società.

L'atmosfera è al punto giusto. L'aula è gremita. Si passa alle votazioni. Sono presenti e rappresentati 474 soci su 1027 aventi diritto al voto. Il notaio, Dott.ssa Merone, comunica che è stato raggiunto il quorum necessario per cui l'Assemblea è valida per deliberare modifiche statutarie. Si passa ai voti: favorevoli 470, 1 contrario, 3 astenuti. L'Assemblea delibera la modifica dell'articolo 5 dello Statuto. Da questo momento la Società può finalmente aprire una nuova era. Ancora un altro passo importante. Viene approvato all'unanimità il documento programmatico sulla Federazione che è stato elaborato dalle tre Società. Giuliano Bedogni ringrazia quanti l'hanno sostenuto nei suoi due anni di dirigenza alla SIED e quanti hanno contribuito alla crescita della Società e alla realizzazione della Federazione.
A conclusione dell'Assemblea Bedogni, commosso, introduce Lorenzo Bonardi, presidente per il biennio 1998-1999, il quale legge il suo documento programmatico.


Giuliano Bedogni nel novembre 1997 passa "il testimone" a Lorenzo Bonardi

L'Assemblea di Bologna costituisce uno dei momenti di maggiore intesa e di unità per la SIED ed è proprio Bonardi a sottolineare questo concetto sul suo primo editoriale sul Notiziario.

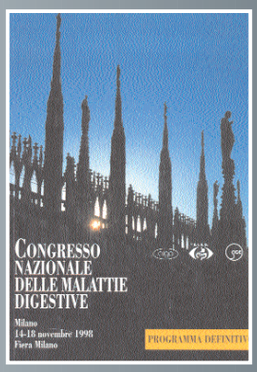
Questi ultimi due anni del secondo millennio sono spesi dalla SIED per portare a termine quanto era stato programmato e avviato con la presidenza di Bedogni: rafforzare l'intesa con AIGO e SIGE; continuare nel riassetto organizzativo della Società; perseguire un maggior coinvolgimento delle sezioni regionali e degli associati all'attività societaria.

I dati del Censimento SIED sono pubblicati a cura di Area Qualità nel 2000

Nel 1999 viene portato a termine il *Censimento Nazionale SIED dei Centri di Endoscopia Digestiva* curato da Enrico Ricci, Felice Cosentino ed Ercole De Masi. I dati (presenti sul sito della Società) consentono finalmente di ottenere una mappa abbastanza fedele dell'Endoscopia in Italia: tipologia dei Centri; offerta prestazioni; strutture e strumentazioni; volume di attività ecc.

L'1 aprile del '98 si tiene all'Hotel Quark di Milano un Workshop sulla "Sedazione in Endoscopia Digestiva" che vede a confronto esponenti della SIED e della Società Italiana di Anestesia e Rianimazione.
Nasce da questo incontro un felice connubio con i colleghi anestesisti che porta all'avvio del progetto SIED sulla Sedazione e alla realizzazione Linee guida che vedranno la luce all'inizio del 2000.

Due appuntamenti molto importanti prima della fine del millennio a Milano e Roma.
Il Quarto Congresso Congiunto di Milano (14-18 novembre 1998) con Felice Cosentino Segretario Generale. Alto il numero dei partecipanti (2300) e delle Aziende espositrici (65). Il Corso SIED continua a essere quello più ambito con 620 partecipanti (420 a quello AIGO-SIGE). Un collegamento in videoconferenza realizzato dalla Telecom Italia consente di mettere in contatto i partecipanti al corso SIED con Gostout il quale, dal proprio ospedale di Rochester e affiancato dal suo allievo Massimo Conio, interviene con una brillante esposizione sulla mucosectomia.



L'annuncio del congresso Trisocietario di Milano, 1998

M. Conio e C.J. Gostout, direttore della divisione di Endoscopia della Mayo Clinic di Rochester (Minnesota)

Qualche curiosità: il 49% dei medici partecipanti al Congresso congiunto è iscritto alla SIED (27% SIGE e 23% AIGO).
Qualche attimo di commozione all'Assemblea SIED quando Enrico Mirelli racconta della sua "storia" con la Società e quando il Prof. Enrico Dormia racconta l'episodio che ha portato alla realizzazione del famoso "cestello", passato alla storia come "Cestello di Dormia". Per finire una novità: la realizzazione di un vero Learning Center, costantemente affollato, con 6 postazioni video, 3 di CD-ROM e collegamento Internet.

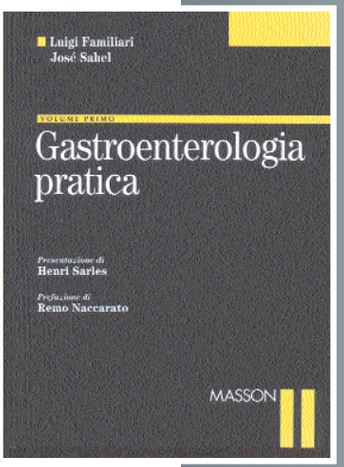
Sempre in tema di video, al Congresso di Milano Fausto Barberani presenta la prima grossa esperienza italiana sulla gastroscopia eseguita per via trans-nasale con endoscopi Pentax di piccolo diametro. È interessante vedere nel video i pazienti che parlano e scherzano con il medico nel corso dell'endoscopia, e questo per dimostrare quanto l'esame risulti, con tale tecnica, accettabile per il paziente. La tecnica dell'endoscopia trans-nasale era stata sviluppata agli inizi degli anni '90 da Domenico Oselladore che aveva suggerito all'Olympus le caratteristiche di un endoscopio multifunzionale di piccolo diametro (5,2 mm), ma Barberani si è "innamorato" della metodica divulgandola a livello nazionale con corsi specifici presso il suo Centro (Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti).
La "Tecnica Barberani", come ormai viene comunemente indicata l'endoscopia trans-nasale, è entrata di diritto nella storia dell'Endoscopia.

Fausto Barberani in un'immagine video apparsa sulla videocassetta educazionale

Il 25 gennaio 1999 scompare Mario Coppo, primo Presidente della SIED.

L'attività scientifica italiana ha sempre giocato un ruolo importante anche nello scenario europeo. La collaborazione di Luigi Familiari e José Sahel ha prodotto un trattato di *Gastroenterologia Pratica* in quattro volumi con l'obiettivo di rispondere positivamente all'esigenza degli specialisti del mondo gastroenterologo ed endoscopico.

L'ultimo appuntamento scientifico del 1999 si tiene a Roma ed è il Settimo Congresso Europeo di Gastroenterologia - 7th United Gastroenterology Week - dal 13 al 17 novembre sotto la Presidenza di Massimo Crespi.
Sì, proprio Massimo Crespi, che all'inizio di questa Storia lo vediamo protagonista nell'organizzazione del Secondo Congresso Mondiale di Endoscopia Digestiva in qualità di Segretario Generale della manifestazione romana.
Proprio come quest'ultima manifestazione che chiude il secondo millennio.
Non si tiene il congresso congiunto e ogni Società ha una sua propria riunione. È importante la giornata della SIED, che si tiene domenica 14 novembre, in quanto è convocata l'Assemblea ordinaria, per le elezioni del Consiglio Direttivo, e l'Assemblea straordinaria, per la modifica di alcuni articoli dello statuto. Ovviamente l'attenzione è rivolta al rinnovo del CD. Del vecchio consiglio non sono rieleggibili Bedogni, Bonardi, Familiari e Loriga; non si ricandida Crotta; si ricandidano Cipolletta, Cosentino, Gullini e Zambelli; si candidano rispettivamente alla carica di Presidente e Presidente Eletto, De Masi e Costamagna. Altri associati si propongono per il CD. Viceconte per Presidente e Saggioro per Presidente eletto. Come Consiglieri si candidano: Buri, Cattaneo, Cavallo, Chilovi, Del Piano, Di Matteo, Ficano, Manneschi.
Si va alle urne. Ecco il risultato:
Presidente: Ercole De Masi (378) – Viceconte (167)
Presidente eletto: Costamagna (466) – Saggioro (85)
Consiglieri: Cipolletta (247) – Di Matteo (182) – Cosentino (179) – Zambelli (179) – Chilovi (146) – Del Piano (136) – Cavallo (108) – Ricci (107) - Cestari (103). Cosentino sarà confermato segretario per il biennio 2000-2001.



Il primo volume della collana di gastroenterologia di Familiari e Sahel pubblicata da Masson

Fine 1999, al vertice della Società entra quindi in carica Ercole De Masi, e qui finisce la nostra "Storia dell'Endoscopia Digestiva in Italia". Da questo momento è cronaca.
E la cronaca, per finire negli scaffali di una biblioteca, deve avere pazienza. Deve diventare storia.

Lorenzo Bonardi commenta gli anni '90

Anni '90, gli anni della maturità, come da tempo vengono definiti. È certamente vero dal punto di vista tecnico, i fermenti che hanno caratterizzato gli anni del pionierismo hanno subito nel decennio appena trascorso un costante processo evolutivo che ha portato l'Endoscopia alla sua definitiva e universale consacrazione. Non ci sono state novità importanti dal punto di vista diagnostico, la sola Ecoendoscopia ha visto finalmente riconosciuto il suo ruolo, fortemente limitato all'inizio da problemi tecnici e costi eccessivi, e già si sta affacciando a vasti e importanti orizzonti operativi. Per contro abbiamo assistito a un netto ridimensionamento di molte tra le più classiche indicazioni diagnostiche.
Non si parla più, per esempio, di ERCP diagnostica, limitata prima e soppiantata oggi da tecniche non invasive e assai meno costose; in sensibile riduzione sono anche le richieste di esami gastroscopici, fenomeno imputabile all'impatto dell'H.pylori sulla malattia ulcerosa e alla costante e progressiva riduzione del cancro gastrico. La sola colonscopia presenta una tendenza in progressione nonostante le allarmanti previsioni che seguirono la comparsa della colonscopia virtuale; essa rimane la metodica principe per sensibilità e specificità nella diagnosi del cancro del colon, al punto che la richiesta di colonscopie sta superando quasi ovunque quella delle gastroscopie, che storicamente hanno sempre goduto dei maggiori volumi di lavoro.
Il trend favorevole della colonscopia durerà forse ancora una decina di anni, ma sarà destinato anch'esso a un drastico ridimensionamento con lo sviluppo della tecnologia biomolecolare e genetica, non invasiva e poco costosa, che verrà utilizzata su larga scala per identificare preventivamente i gruppi di popolazione a rischio. Ma questo riguarda il futuro. È fuori discussione invece che nel decennio trascorso si è assistito alla definitiva affermazione dell'endoscopia operativa. Calcoli e stenosi delle vie biliari, varici esofagee, polipi, stenosi, corpi estranei del tubo digerente, per non parlare delle emorragie, sono solo alcune delle patologie di quasi esclusiva pertinenza endoscopica. È altrettanto vero però che il mondo endoscopico non può cullarsi nella effimera illusione di mantenere le posizioni acquisite in anni di entusiasmo creativo. L'endoscopia deve spingere se stessa e l'industria verso nuovi confini perché radiologi, chirurghi, internisti non stanno a guardare passivamente e cercano in tutti i modi di riguadagnare gli spazi perduti. Alcune battaglie verranno perse, molte altre verranno vinte, e questo succederà tutte le volte che l'endoscopia saprà far valere le sue doti principali, semplicità metodologica e convenienza economica.
Nuove metodiche come la mucosectomia e il trattamento endoscopico del reflusso gastroesofageo, per citarne solo due, sono la dimostrazione che siamo agli inizi di una ulteriore importante evoluzione dell'endoscopia operativa, per certi versi simile a quella che ha caratterizzato l'endoscopia diagnostica negli anni '70.

Purtroppo gli anni '90 non possono essere considerati gli anni della maturità se consideriamo gli aspetti istituzionali e societari dell'Endoscopia italiana. Nella migliore delle ipotesi possono essere definiti gli anni del passaggio tra l'adolescenza e la maggiore età, quel periodo della vita in cui si comincia a prendere atto che la vita stessa non ci riserva solo piacevoli sorprese.
Gli anni '90 sono stati per il mondo endoscopico italiano, totalmente impreparato a fronteggiare e gestire le conseguenze della profonda disorganizzazione e spensieratezza in cui era vissuto nei decenni precedenti, gli anni della presa di coscienza, spesso anche traumatica, di tutta una serie di gravi problemi. Sono emerse problematiche laceranti che hanno messo in discussione la sopravvivenza stessa di una grande parte degli endoscopisti italiani, quegli endoscopisti di estrazione chirurgica che in Italia, unico Paese del mondo occidentale in questa situazione, rappresentano la maggioranza, e solo un lavoro lungo, paziente e spesso snervante ha permesso di risolverle positivamente e raggiungere traguardi forse non ottimali individualmente, ma certamente gratificanti per la maggior parte di essi.
Non sto a ripercorrere il faticoso e controverso cammino verso il riconoscimento di un diritto fondamentale quale è la progressione di carriera dei colleghi chirurghi; so che oggi moltissimi di loro ringraziano quanti hanno speso tempo ed energie per risolvere questo problema.

La SIED, la nostra società scientifica, non versava in condizioni migliori alla fine degli anni '80. Più che una società scientifica era un club di appassionati che delegavano spesso la loro rappresentanza a personaggi cui poco o nulla interessava l'Endoscopia e gli endoscopisti, e consideravano la SIED, di cui peraltro capivano l'importanza politica, un puro e semplice palcoscenico per fini personali. All'inizio degli anni '90 abbiamo assistito a una trasformazione epocale all'interno della SIED. Da allora Presidenti e Consigli Direttivi fortemente motivati e genuinamente interessati alla crescita della SIED hanno promosso e realizzato una serie di iniziative che hanno portato la SIED a essere una delle più importanti e meglio organizzate società scientifiche italiane. Voglio ricordare un solo evento, per me molto significativo: la riunione che l'allora presidente Russo indisse a Roma nell'autunno del '90 per approvare uno statuto che desse alla SIED una dignità societaria e che rappresentò a parere mio la vera data di nascita della SIED moderna.

Da allora il cammino organizzativo è stato imponente, i traguardi raggiunti importanti e così numerosi che mi è impossibile ricordarli tutti pur avendoli vissuti in gran parte in prima persona. Anche per questo ringrazio e plaudo Felice per aver voluto raccogliere in un volume le memorie storiche degli anni ruggenti dell'endoscopia e della SIED; poche altre società possono vantare nei loro archivi un documento analogo, testimonianza di un passato entusiasmante che può e deve rappresentare la base di partenza per i giovani endoscopisti di oggi verso futuri, altrettanto entusiasmanti, traguardi.
Chi non conosce le proprie origini difficilmente ha piena coscienza di quello che sta facendo e della direzione in cui sta andando.

Lorenzo Bonardi