

## Parlano i "Testimoni del tempo". Le scuole italiane attraverso i ricordi dei protagonisti

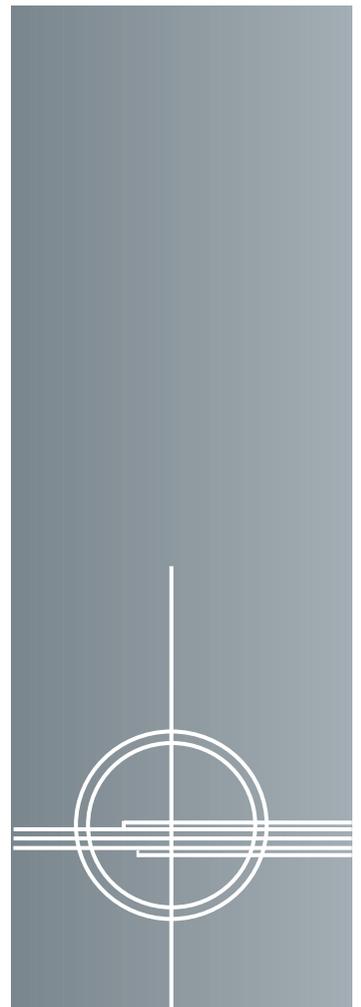
**P**arlano i testimoni del tempo. Direttamente o attraverso i documenti o nel ricordo di amici e colleghi. Un lungo viaggio di un giornalista, Luciano Ragno, in tutta Italia, isole comprese compiuto cinque anni fa. Un lungo soggiorno in ospedali e cliniche universitarie, fortunatamente non da malato, alla ricerca di informazioni. Un lungo peregrinare fra biblioteche mediche e non, per trovare documenti. E poi tanti, proprio tanti, colloqui con i protagonisti, cioè quei medici che hanno fatto la storia dell'Endoscopia italiana e che ora godono una meritata pensione e anche con quei medici che la storia stanno ancora scrivendo sulla frontiera di una Sanità, quella del nostro Paese, che sembra non doversi mai scrollare di dosso i problemi. In tutto questo peregrinare fra ospedali, cliniche, università e biblioteche e nei numerosi colloqui con i medici sono scaturite le informazioni che, unite ai documenti, sono servite a scrivere la storia dell'Endoscopia Digestiva Italiana, dalle origini ai giorni nostri e cioè tutto quello che il cortese lettore ha trovato nei capitoli precedenti di questo libro. Ma oltre a cifre e resoconti i "testimoni del tempo" – quelli di ieri e quelli di oggi – hanno raccontato episodi, impressioni, aneddoti. In sintesi, ci hanno fatto rivivere l'atmosfera in cui si è svolta e si svolge la loro vita da endoscopista digestivo, magari endoscopista puro oppure chirurgo o gastroenterologo che pratica questa disciplina. Sono nate conversazioni interessanti, tutte cariche di umanità. Per ogni intervistato un'occasione per un tuffo nel passato, un ritorno alle origini sull'onda dei ricordi. Da questi incontri sono scaturiti profili che speriamo possano rendere più ricca di atmosfera la storia. Profili dei protagonisti del tempo. Con questi "testimoni del tempo" abbiamo cercato di ricostruire anche la storia delle varie Scuole, tutte gloriose in molte città italiane. Quindi, profili di uomini, di medici e geografia di Scuole. Anche questa è storia.



### LEOPOLDO CELLI. COSÌ LO RICORDA WALTER MONTORSI

**U**n personaggio che avrei voluto incontrare è Leopoldo Celli. Uno dei primi "Testimoni" della nascita e dello sviluppo dell'endoscopia digestiva in Italia. Ho letto le sue relazioni e i suoi interventi "politici" alle riunioni della Società di cui è stato il fondatore. Lo avrei voluto conoscere. E intervistare. Sono certo che sarebbe scaturito un profilo interessante. Non ho avuto la fortuna di conoscere Celli. Ma in questa galleria dei "Testimoni del tempo" Celli non poteva mancare. C'è chi lo ha conosciuto bene, il professore Walter Montorsi, che dieci anni dopo la sua morte, avvenuta nel 1983, così lo ricorda.

"Ricordo poco dopo il mio arrivo a Milano, nel luglio del 1947 e dopo che nel '49 cominciai a lavorare al Padiglione Monteggia con il prof. Guido Oselladore, un giovane medico che si aggirava per il Padiglione Granelli, sede della Clinica Medica, con un tubo rigido sotto il braccio e all'estremità una lampadina che lampeggiava, alla ricerca di qualcuno tra i degenti per il quale il capo sala ponesse indicazione a un esame gastroscopico dello stomaco o del duodeno. Si chiamava Leopoldo Celli e per questo lo chiamavano "lo speleologo". Non gli fu facile, per molti anni, poter acquisire la collaborazione degli Assistenti della Clinica Medica dell'Università, tutti suoi amici, ma tutti egualmente spaventati dalla proposta di introdurre in esofago un gastroscopio che assomigliava molto al classico tubo rigido usato dagli otoiatri per esplorare quest'organo. Era, allora, considerato già un vero atto di coraggio autorizzare l'uso di questo strumento allo specialista che in genere era uno degli Aiuti anziani della clinica ORL; figuriamoci se non era atto di coraggio per un giovane medico, avvezzo soltanto a siringhe e



a stetoscopi. Lo seguiva come un caporale un giovane più giovane di lui: il dottor Enrico Mirelli, che aveva il compito di individuare il meno ostile tra i medici della Clinica all'offerta di una gastroscopia per uno dei suoi ammalati, e di permettere quindi a Celli di introdurre una trattativa atta a realizzare qualche esame.

Personalmente lo ricordo ancora nell'ormai lontano '65, due anni dopo l'introduzione anche in Europa dei primi endoscopi flessibili, quando venne da me, consigliere dell'allora Ospedale Maggiore, Ente che amministrava ben quattro ospedali della nostra città tra i quali il più grande di tutti, l'Ospedale Cà Granda di Niguarda, a illustrarmi le giustificazioni che suggerivano la creazione del primo Centro di endoscopia, forse primo addirittura per tutta la Lombardia, nella divisione medica allora diretta da un suo vecchio collega di clinica e suo estimatore, il prof. Bussi. Si presentò con una valigetta che mi aprì sotto gli occhi per mostrare un gastroscopio: "è di mia proprietà – disse – e non ci sarà quindi alcun onere economico per l'Ospedale, perché lo metto a disposizione gratuitamente dei malati della Cà Granda".

"Il Centro – parla ancora Montorsi – fu caldeggiato da me in Consiglio e fu approvato a tempo di record tra la meraviglia generale. Credo che molti ulcerosi della Cà Granda abbiano potuto avere facilitato il sollecito ricorso alla chirurgia – la cura di allora – proprio alla preziosa opera di consulenza gastroscopica che il prof. Celli assicurò a quell'Ospedale fino al giorno della sua scomparsa. La sua padronanza della lingua inglese, la sua signorilità nel comportamento e nel modo di fare e anche la sua buona disponibilità economica che gli derivava dalla famiglia, una delle più solide del Piacentino, gli facilitò la sua entrata in campo nazionale e internazionale, dove la sua specifica preparazione culturale e il suo stile nel dire, pieno del suo fine umorismo

inglese, gli assicurarono vasti consensi e molta simpatia. Fu protagonista con varie relazioni a congressi nazionali e internazionali, pubblicò oltre cento lavori tra i quali cinque volumi. Particolarmente noti e apprezzati sono rimasti alcuni suoi film documentari ai quali il prof. Celli affidò nelle splendide documentazioni e in un ineccepibile commento orale la divulgazione della maggior parte delle sue intuizioni in tema di fisiopatologia del tubo digerente. Sul piano diplomatico a lui va riconosciuta una preziosa opera di appianamento di alcune divergenze tra cultori dell'endoscopia lombarda; sul piano scientifico a lui dobbiamo una lucida relazione su: 'La pompa del vomito' e una memorabile moderazione del Simposio su: 'La motilità intestinale', durante la quale ebbe modo di difendere, a dire il vero con grande

vigore e con assoluta franchezza, una visione scientifica del problema della motilità intestinale saldamente ancorata alla realtà dei fenomeni fisiopatologici nel loro complesso e non invece ancorati, come sostenevano alcuni stranieri, a metodiche più sofisticate, ma parziali e forse quindi non del tutto attendibili per trarre deduzioni di carattere generale".

"Dal punto di vista scientifico ricordiamo – continua Montorsi – quella che per me era la sua caratteristica fondamentale: la capacità di osservare con occhio attento anche ciò che era dato per scontato od ovvio dagli altri, cercare una spiegazione, di formulare ipotesi di lavoro, non di verificarle. Diceva spesso che, nonostante avesse fatto l'endoscopista per 40 anni, ogni giorno imparava qualche cosa ed era sempre pronto a rimettere in discussione le sue conoscenze davanti a nuove ipotesi e proposte, con umiltà. Forse proprio per questa sua dote riusciva a identificare campi di interesse nuovi molto in anticipo: per esempio già nel 1974 aveva fondato un 'Gruppo mondiale di studio delle precancerosi del tubo digerente', campo che in seguito avrebbe costituito una delle punte di interesse principali in campo gastroenterologico internazionale.

Leopoldo Celli in una fotografia che lo ritrae con Tito Dagrada



Del suo carattere vorrei ricordare la serenità, la pacatezza e la disponibilità che lo caratterizzavano, e che gli erano proprie anche sul lavoro; difficile non vederlo con un sorriso pronto a sdrammatizzare le situazioni con una battuta scherzosa, con un umorismo sottile ed arguto che creava subito un'atmosfera particolarmente rilassata e serena nel suo ambiente di lavoro. Ancora vorrei ricordare la sua generosità: quante volte l'ho visto curare gratuitamente dei pazienti che gli sembravano in difficoltà economiche. La stessa generosità che dimostrava verso i suoi collaboratori giovani: riteneva che un compito degli anziani fosse quello di aiutare i giovani ad andare avanti in modo disinteressato, e così si è sempre comportato". Questo il ricordo di Montorsi. Sarebbe stato interessante intervistare Celli "lo speleologo", a cominciare dalla storia della valigetta.

### I RICORDI DI ENRICO MIRELLI

Prima parliamo di cavalli, la prima grande passione di Enrico Mirelli. Poi di endoscopia digestiva, l'altra grande passione di uno studioso che l'endoscopia digestiva ha praticamente fondato, dando un impulso non solo medico ma anche tecnico perché è riuscito a far dialogare medicina e tecnica in modo perfetto. E anche un grande organizzatore perché se la Società Italiana di Endoscopia Digestiva è potuta crescere e conquistare un posto di rilievo a confronto con le altre consorelle e in campo internazionale, si deve a Enrico Mirelli. Ma oltre a organizzare Mirelli è anche un maestro nelle pratiche endoscopiche per molti medici, e fra questi nomi illustri: Cheli, Bianchi Porro, Paolo Bianchi, Crespi, Montori, Tittobello, Zambelli. Tutti sono passati al Monteggia per prendere i primi insegnamenti in endoscopia. E poi tanti e tanti altri giovani che hanno partecipato ai suoi corsi di Endoscopia. In pratica Mirelli ha realizzato il primo esempio di "Scuola di Endoscopia digestiva" in Italia.



Mirelli in una fotografia pubblicata nell'articolo "L'occhio nello stomaco" dal mensile "Il Successo", settembre 1964

Va indietro nei ricordi Mirelli quando mi descrive la nascita dell'endoscopia italiana moderna. Rammenta una conversazione telefonica fra Mario Coppo, clinico a Modena, e Villa, clinico a Milano. Due grandi medici in acerrima competizione, lo sapevano tutti. Come pure c'è grande competizione fra Villa, Patologia Medica e Cesa Bianchi, Clinica Medica. Un episodio a dimostrazione dei contrasti che dominano la scena universitaria in questo periodo. Villa e Cesa Bianchi presentano in Commissione, ad anni alterni, i propri allievi, cinque ogni volta. E questi allievi sono sicuri di superare la prova. Un anno tocca agli allievi di Cesa Bianchi ma Villa invita i suoi cinque collaboratori a presentarsi ugualmente in Commissione. "Non vi preoccupate - dice loro - fate come vi dico". Tre giorni dopo Cesa Bianchi ha un ictus. Villa parlando con il suo collega si era accorto, da un impercettibile tic a un occhio, che Cesa Bianchi in breve tempo si sarebbe ammalato. Leggende, queste, mai scritte prima d'ora.

In questo clima nasce l'endoscopia digestiva a Milano dove, comunque, si fanno progressi, specie dopo l'arrivo dell'apparecchio a fibre ottiche che dà un impulso a tutta l'attività.

Mirelli ricorda i primi passi della Società soprattutto quando nel 1967, si afferma sulla scena Rodolfo Cheli e quando la Società Italiana di Gastroenterolaparoscopia - questa denominazione l'aveva imposta Coppo che non voleva certo che venisse ignorata la sua laparoscopia - cambia nome in Società Italiana di Endoscopia Digestiva (1969), una definizione più semplice anche perché la gastroscopia sta assumendo importanza rispetto alla laparoscopia. È Trivellini, un'autorità in campo chirurgico, il personaggio che dà il maggiore impulso iniziale alla Società, alla cui guida rimarrà per molti anni.



Il professor Armando Trivellini

Da sinistra: Fiorini, Trivellini e Mirelli



Mirelli conosce bene Trivellini perché passa alle sue dipendenze dopo aver lasciato Villa (da Villa, Mirelli era arrivato nel '52 per preparare la tesi di laurea e in quel periodo conobbe Leopoldo Celli). Trivellini ha il grande pregio di accettare i consigli e le osservazioni dei collaboratori come quando gli si spiega che bisogna cambiare il materiale per i punti di sutura o quando si portano dimostrazioni che solo l'endoscopia può dire se un'ulcera gastrica è benigna o maligna. È un dato quest'ultimo estremamente importante in un'epoca in cui non esistono i grandi farmaci per la terapia dell'ulcera: davanti a una situazione di ulcera gastrica benigna non c'è bisogno di operare, cosa che invece è necessario nel caso di una malignità.

Si fanno grandi progressi in campo gastroenterologico quando si può vedere un collegamento patogenetico tra l'ulcera duodenale e quella gastrica, quando si individua l'ulcera da reflusso o quando si procede al congelamento dello stomaco nella malattia ulcerosa.

"Endoscopicamente – ricorda Mirelli – noi andiamo a verificare ogni azione medica come, in particolare, quella del congelamento. E quindi l'endoscopia si rivela preziosa".

Mirelli si sofferma, nella mattinata di primavera che mi dedica, a raccontare la lunga e complessa gestazione del

congresso mondiale di Roma – ne abbiamo parlato nel primo capitolo di questo libro – e degli sviluppi dell'endoscopia che raggiunge traguardi impensabili e anche della crescita della Società di cui non ha mai assunto la presidenza ma sempre ne ha tirate le fila come membro del Consiglio direttivo o segretario (carica che ha tenuto ininterrottamente per 10 anni!). D'altra parte, il suo Maestro Trivellini è stato presidente dal 1965 al 1975.

Lo studioso milanese torna indietro con la memoria per ricordare i grandi contrasti fra endoscopia e radiologia, contrasti che esplodono in accese polemiche, e anche le diatribe con i gastroenterologi e con i chirurghi.

Anche Mirelli ha un episodio curioso da raccontare e che rappresenta forse uno degli elementi che consentono all'endoscopia digestiva di acquistare maggiore credibilità. Un giorno arriva al Policlinico di Milano un giovane con un importante episodio di emorragia imponente e grave anemizzazione.

Come primo atto si procede alla terapia di tamponamento, seguita dalle trasfusioni e da una serie di esami, compreso quello radiologico che impone una diagnosi di tumore. Viene chiamato Mirelli che ha il compito di esaminare tutte le situazioni con sospetto cancro. Lo studioso si pronuncia in contrasto con la diagnosi del radiologo, affermando che non si tratta di tumore. Il chirurgo Guido Oselladore – siamo in un'epoca precedente all'arrivo di Trivellini – chiede se Mirelli è convinto di quanto ha



Enrico Mirelli prepara la cinepresa per filmare a colori lo stomaco di un paziente. Acanto a lui, la crocerossina gli presenta una serie di radiografie che illustrano il caso da studiare. Da "Il Successo", mensile del 1964

detto. Si decide di operare e il chirurgo sente sotto le proprie mani una specie di sasso. Oselladore manda il "pacchetto ghiandolare" all'esame istologico dal professor Radaelli che lo affida al suo Aiuto, Piantoni, il quale rimane molto perplesso. Che fare? Qualcuno dice di aver saputo dal paziente che in passato, giocando in un campo di calcio nei pressi di Piacenza, aveva subito la rottura della milza e per questo era stato operato. E se fosse una garza dimenticata durante l'intervento? Mirelli ripete la gastroscopia e conferma che non si tratta di tumore. Oselladore prosegue nell'intervento e scopre che, effettivamente, si tratta di una garza che sta attraversando tutta la parete del fondo gastrico e sta entrando nello stomaco. Il chirurgo telefona al collega che aveva operato il calciatore dilettante a Piacenza per

informarlo del caso ma non c'era più perché era andato in pensione. Passa del tempo e un giorno si presenta a Mirelli il paziente operato dicendogli che intende ringraziarlo per la sua diagnosi e raccontandogli che il chirurgo piacentino, appreso l'infortunio in sala operatoria, aveva voluto a ogni costo regalargli un'automobile.

Come abbiamo detto Mirelli ha ideato anche soluzioni tecniche in collaborazione con uno dei più noti esperti nel campo della medicina, Federico Biglieri che ha tutto il diritto di recitare, come tecnico, un ruolo nella storia dell'endoscopia digestiva. Biglieri lavorava presso la ditta Movinkel, concessionaria della Wolf in Italia. Dalla collaborazione fra il medico e il tecnico nasce la "pinza di Mirelli-Biglieri" che consente, utilizzando un apparecchio a fibre ottiche, di compiere una biopsia mirata.

Ecco in cosa consiste la "pinza di Mirelli-Biglieri" così come viene descritta in una relazione che lo stesso Mirelli presenta, con Fichera, – altro protagonista dell'endoscopia digestiva milanese – al simposio nella sede della "Fondazione Carlo Erba".

*"Si sono incontrate – è scritto nella relazione – grandi difficoltà nella realizzazione di apparecchi capaci di effettuare delle biopsie sotto controllo visivo. Con il passare del tempo si è ora giunti alla realizzazione di apparecchi molto flessibili e maneggevoli atti quindi, oltre che a esaminare tutto o quasi tutto delle pareti gastriche ed esofagee, a permettere anche l'effettuazione di prelievi veramente 'mirati', sotto perfetta visione, con stomaco a pareti distese, con sonde non molto traumatizzanti e permettenti al tempo stesso il prelievo di campioni biotipici sufficienti per un esame istologico corretto e completo. Quanto detto è stato reso fattibile per l'utilizzazione, in campo medico, delle fibre ottiche di vetro quali conduttrici dell'immagine e della luce. Ma ciò che ha reso ineguagliabile l'utilizzazione di queste ultime è la possibilità di esplorare sistematicamente, pur utilizzando accorgimenti e posizioni speciali del paziente, le regioni antrale e pilorica, il fondo, il fornice e la regione sottocardiale, ritenute prima zone 'mute'.*

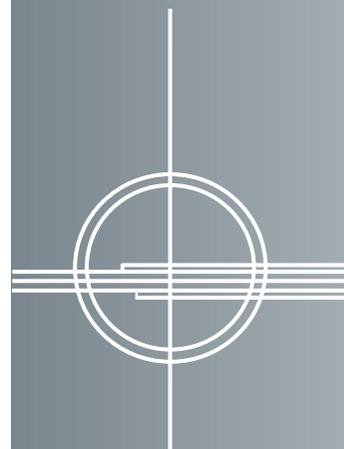
*Per quanto riguarda il problema del prelievo in esofago, esso è stato facilmente risolto con l'esofagoscopio di Lo Presti, il quale – prosegue la relazione – porta incorporato un cannello in cui scorre la sonda biotipica a forcipe. Quest'ultima, fuoriuscendo dalla estremità distale dello stomaco, è mantenuta sempre sotto controllo visivo, in quanto la visione antero-obliqua dello stesso permette l'osservazione contemporanea del lume e delle pareti dell'organo.*

*Il problema si è presentato più complicato per lo stomaco, in quanto, trattandosi di un organo cavo di non piccole dimensioni, necessariamente l'osservazione delle sue pareti deve avvenire per mezzo di un obiettivo posto lateralmente all'apparecchio endoscopico. Questo comporta un nuovo problema, quello cioè di mantenere una pinza biotipica sotto controllo visivo e contemporaneamente di allontanarla dall'apparecchio, per raggiungere vari punti delle pareti gastriche, a distanze diverse dalla estremità del gastroscopio. Tutto ciò mantenendo lo stomaco enfiato, condizione obbligatoria per una buona visione e per poter controllare la sede del prelievo e gli eventuali risultati dello stesso. La costruzione di un apparecchio operatore impone notevoli problemi tecnici oltre che economici e pertanto Mirelli e Biglieri si sono orientati verso la costruzione di una sonda biotipica adattabile al gastroscopio standard, con possibilità di uso al momento opportuno; questo apparecchio non modifica quelle caratteristiche di flessibilità e maneggevolezza proprie del fibrogastroscopio di Hirschowitz".*

*"Con la sonda di Mirelli e Biglieri, – continua la relazione presentata alla 'Fondazione Carlo Erba' – pensiamo di essere riusciti nell'intento prefissoci: di poter effettuare cioè prelievi in quasi tutte le regioni gastriche, sotto un perfetto controllo visivo, con stomaco dilatato. L'apparecchio endoscopico, dopo che è stato armato della sonda biotipica, viene introdotto facilmente in cavità, con minimo fastidio per il paziente; esso può effettuare più prelievi in una stessa seduta e, soprattutto, permette di controllare perfettamente e di documentare durante l'esame tutte quelle manovre che portano al prelievo del frammento di mucosa che interessa. Abbiamo usato una pinza a forcipe, con ganasce sufficientemente grandi, tali da permettere la presa di un adeguato pezzo biotipico. L'apparecchio da biopsia, è applicabile al fibrogastroscopio di Hirschowitz. Esso è costituito da un parte prossimale e da una distale, unite da un condotto metallico, ricoperto di gomma, che contiene tre canali che fungono: il primo da guida per la pinza biotipica flessibile e gli altri due da guida per i tiranti di manovra del sistema elevatore posto nella parte distale".*

"Ricorda – chiedo – professor Mirelli su chi ha provato per la prima volta la pinza da lei ideata?" "Se non mi sbaglio, era un pittore, credo che si chiamasse Novelli".

E con questo aneddoto finiamo di parlare di endoscopia digestiva e di medicina in genere. Adesso c'è tutto il tempo per discutere di cavalli.



### A COLLOQUIO CON GIUSEPPE FICHERA

Il successo scendendo le scale invece che salirle, come solitamente accade. È accaduto a Giuseppe Fichera. "Vede – mi dice quando lo incontro al Padiglione Monteggia al Policlinico di Milano, è presente anche la dottoressa Granelli, nipote del grande Leopoldo Celli – qui ci troviamo al piano meno uno dell'edificio. Quando ho cominciato la mia attività di medico ero al 4° piano. Poi sono sceso di piani, migliorando sempre più. Ma chi dice che per far carriera bisogna salire?".

Giuseppe Fichera, professore di Chirurgia Endoscopica, all'Università di Milano, padre siciliano, madre monzese, nascita a Gorizia, studi a Milano.

Da subito nel mondo dell'endoscopia, affascinato da questa metodica anche se un po' turbato quando, dovendo preparare la tesi, assiste nel padiglione Zonda a un esame eseguito "con un tubo infilato nella gola, al buio più totale".

Enrico Mirelli lavora in questo momento in un angusto locale al 4° piano dell'edificio; è il solo a eseguire, da vero pioniere, le endoscopie. E Fichera giovane medico, è subito accanto a Mirelli, affermato specialista. L'avvio di un sodalizio ricco di grandi risultati che hanno avuto eco anche oltre i confini. Risultati eccezionali anche per il prezioso aiuto di un tecnico che ha segnato la storia dell'endoscopia, Biglieri. Mirelli e Fichera sono gli unici a praticare l'endoscopia con esiti così interessanti che al "Monteggia" viene istituito il primo Centro Italiano di Endoscopia Digestiva.

Mirelli, da Assistente ordinario del clinico chirurgo Trivellini, diventa Aiuto universitario; Fichera prima Assistente volontario, poi Assistente ordinario e successivamente Aiuto universitario. Entrambi Professori Associati nel 1982. Novità anche al vertice della

struttura: primo Trivellini, poi Gallone, infine Montorsi, cui fa seguito Peracchia. Tanti progressi scientifici presentati ai congressi come quello, del 1968 a Praga dove, in prima mondiale, viene presentata la tecnica Mirelli-Fichera sui punti di sutura nei resecati gastrici. Una eccezionale novità che apre una nuova strada nella comprensione dei dolorosi disturbi nei pazienti operati. Non solo progressi scientifici ma anche nel campo dell'aggiornamento e della preparazione del medico, come i primi Corsi nazionali con "Minerva Medica": oltre 1500 iscritti. E fra gli allievi, giovani medici che si affermeranno, come Crespi, Cheli, Montori.

Fra i progressi tecnici come il perfezionamento e addirittura l'ideazione (è il caso della sonda Mirelli-Biglieri, cui collabora anche Fichera) di numerosi strumenti sempre con il prezioso aiuto di Biglieri.

Progressi anche nello studio dei farmaci, come il caso dei FANS che creavano emorragie. Stretti i contatti con i reumatologi, guidati da Ballabio. E ancora i progressi nello studio delle gastriti alcaline del reflusso duodenogastrico. Con Giuseppe Fichera in questo incontro in una mattina d'estate, non cerco solo cifre e nomi, quelli che ottengo. Cerco impressioni. È un vero testimone del tempo questo medico affascinato dalla medicina, pieno di curiosità come sa esserlo uno scienziato che non si accontenta mai di sapere. E con tanta umanità. Lo si scopre quando parla dei pazienti. Non dice subito che gli interventi, via via sempre più precisi, erano riusciti bene. Dice che i malati, con il progredire delle tecniche, soffrivano sempre di meno e sempre più erano aiutati a guarire.

E dei pazienti – "ne sono passati anche di illustri" ma non fa un nome, anzi, uno solo, non so perché, quello di Luraghi, un tempo al vertice dell'Alfa Romeo – ricorda, con un sorriso, una signora. "Una bella donna che aveva bisogno di un esame endoscopico abbastanza complesso e delicato. Alla fine, la signora mi guarda e mi dice: "Grazie, meriterebbe una rosa".

La grande carica di umanità si scopre anche quando parla dei collaboratori specie gli infermieri sempre attenti. E ne ricorda due dei tempi eroici, Maria e Marisa.

Ricordi, quelli di Giuseppe Fichera, che vanno soprattutto a quell'angusto locale, due

Giuseppe Fichera nel 1972  
quando era assistente  
di Mirelli (foto apparsa su  
"Guarire" del mese di aprile  
di quell'anno)



metri per due, che era, allora, “il mondo dell’endoscopia digestiva”. “Tempi eroici – dice – avevamo un vecchio clinoscopio. I tempi degli antichi strumenti rigidi, così rigidi che, prima di un esame, li mettevamo sotto un getto di acqua calda. Pensi che per lettino, sul quale far distendere il paziente, utilizzavamo un’apparecchiatura poi dismessa, del reparto di radiologia. Esami che duravano anche due ore. Non siamo sempre stati nell’angusto stanzino al 4°, siamo scesi al secondo nel ’70, all’arrivo di Trivellini avevamo un piccolo locale in più: andavamo anche dove era urgente la nostra presenza, come nella divisione d’urgenza diretta da Vittorio Staudacher. Ricordo che ci portavamo dietro gli strumenti. Continuiamo a scendere di piano all’arrivo di Gallone. Ora ci sembra di essere in paradiso perché ci sono una sala d’attesa per i pazienti e uno studio medico anche se piccolo. Diventa direttore Montorsi e scendiamo addirittura nel seminterrato, dove siamo ora. Più giù non possiamo andare”.

È vero, più giù non si può. Ma Giuseppe Fichera forse non sa che ha dato origine a una nuova regola: più si scende, più si sale. E in questo saliscendi l’Endoscopia Digestiva italiana di gradini ne ha saliti molti. I pazienti ringraziano.

## L'INCONTRO CON LEANDRO GENNARI

Leandro Gennari, lo confesso, è amico mio. Da quando, lui non lo ricorda, andando all’Istituto Tumori di Milano agli inizi degli anni ’60 – io giovane giornalista e lui giovane medico – mi feci spiegare cosa fosse questa tecnica del “guardare dentro” senza ricorrere al bisturi e senza lastre. E Gennari, in quell’occasione, mi disse: “è una tecnica che rivoluzionerà la medicina. Ne prenda nota e se lo ricordi fra qualche decennio”. I decenni sono passati. E mi trovo davanti a Leandro Gennari, responsabile del Dipartimento di Chirurgia Generale dell’Istituto Humanitas a Rozzano, a un passo da Milano. Una struttura moderna nata per l’impegno di imprenditori illuminati.

Dico: “Caro Gennari, avevi avuto ragione. L’endoscopia digestiva ha portato grandi novità. Ma cosa è stata per te l’endoscopia digestiva?”.

E Gennari: “È stata la metodica che ha permesso e permette allo specialista che la pratica, di vedere in faccia il nemico. Sì, il nemico, il male. E senza aprire l’organismo. Una visione diretta”.

Ancora: “Come ha influito sulla tua professione?”.

“Ha influito molto. L’aver potuto vedere direttamente il nemico in faccia, cioè il male, soprattutto il tumore, mi permette ora, alla lettura di un referto radiologico o di altro genere, di immaginare quel male che il documento certifica. Ho il male ben chiaro davanti agli occhi”.

Leandro Gennari, con il suo eterno sorriso e con quegli occhi che ti studiano con acume anche se non sei un paziente, ti intrattiene e ti affascina quando lo inviti ad aprire il vaso di Pandora dei ricordi. E di ricordi ne sa scegliere tanti. Alcuni sono riferiti a episodi scientifici o della Società di Endoscopia Digestiva e sono riportati nei capitoli dedicati alla Storia. Ma in questa intervista ho scelto i ricordi più significativi, quelli più umani, di vita vissuta.

Come quando, era il 1962, un Cattedratico di Radiologia all’Università di Milano, Arduino Ratti, sbatté la porta adirato e lasciò una riunione all’Istituto Tumori. Vale la pena raccontare l’episodio.

Leandro Gennari è giovane assistente di chirurgia di Bucalossi all’Istituto Tumori, dipartimento di chirurgia generale.

“Un giorno Bucalossi – dice Gennari – mi incarica di dare un parere sul gastroscopio di Hirschowitz. Si decide di avviare un doppio cieco con i radiologi, uno studio su



Leandro Gennari



Mario Coppo a fianco di Enoch Fiorini nel 1968

cento casi. La radiologia in questi momenti è sovrana: nessuno mette in dubbio gli accertamenti. I radiologi eseguono gli esami dell'apparato digerente con le metodiche tradizionali, io effettuo la gastroscopia. In una riunione congiunta vengono messi a confronto i miei risultati e quelli dei radiologi guidati da Giuseppe Carnevali del Niguarda. Faccio notare, dopo l'esposizione di Carnevali, che nel trenta per cento dei casi avevo fatto la diagnosi di tumore mentre i radiologi avevano solo avanzato ipotesi. Arduino Ratti si alza di scatto e dice ad alta voce: "Giustifico quello che ha detto Gennari solo per la sua esuberanza giovanile. La cosa non merita commenti". E se ne va. Non posso replicare. Rimango sconcertato. Mi sfogo con Umberto Veronesi, figura emergente all'Istituto Tumori, che mi tranquillizza e mi invita a continuare". E fa bene Gennari a continuare perché nel 1964 pubblicherà un lavoro con Giuseppe Carnevali e Carlo Uslenghi, altro radiologo.

Ancora dal vaso di Pandora dei ricordi. Come il ricordo della collaborazione di Leandro Gennari con il tecnico Biglieri. "C'è il problema di documentare il nostro lavoro. Il radiologo – dice Gennari – può produrre le lastre ma noi non possiamo dimostrare la credibilità di ciò che diciamo. Mi metto in contatto con Biglieri, dirigente di un'azienda produttrice di apparecchiature – siamo negli anni 1962/1963 – un uomo disponibile, affabile, intelligente. Lo definirei un 'artigiano dell'endoscopia'. E mettiamo su uno strumento sormontato da una lampadina a un super voltaggio che consente per una frazione di secondo di scattare una foto. Alcune foto vengono bene, altre no. La collaborazione con Biglieri continua con la realizzazione di uno strumento per la biopsia utilizzando un tradizionale gastroscopio. Una geniale modificazione. E così abbiamo le prime foto e le prime biopsie".

Ancora sull'onda dei ricordi. La riproduzione dell'esperimento di Provenzale. "Un primo tentativo ingegnoso ma poco o nulla praticabile sia per la sofferenza del paziente sia per la complessità delle manovre". Poi il ricordo del viaggio, "faceva tanto freddo e c'era la nebbia". A Verona con Bucalossi, Celli, Mirelli e Trivellini per fondare la Società.

Ma c'è un ricordo che inorgoglia Gennari. È quello dell'invito di Bucalossi a creare, pur essendo Assistente, la Sezione di endoscopia nell'ambito dell'Istituto. E in questa struttura hanno impulso gastroscopie, colonscopie e laparoscopie, queste ultime proprio al debutto.

E il ricordo del passaggio dalla endoscopia alla chirurgia, grande amore, anche questo di Gennari. Gennari chirurgo fa un'eccezionale carriera. Con il pensiero spesso rivolto ai tempi eroici dell'endoscopia. E a quella porta sbattuta con violenza da un Cattedratico che lascia sgomento un giovane medico. Quando Gennari racconta questo episodio sorride. Chissà, forse vorrebbe riviverlo. Anche perché è accaduto quando i capelli non erano bianchi.

### I RICORDI DI MARIO COPPO

**M**ario Coppo è uno dei fondatori della Società Italiana di Endoscopia Digestiva: in verità quando con Fiorini, Banche e Celli, per nominare alcuni nomi, diede vita all'associazione, questa si chiamava Società Italiana di Gastroenterolaparoscopia divenendone il Presidente. I primi contatti con questa disciplina, racconta Coppo in un colloquio nella sua bella abitazione nel cuore di Modena, presente Gianpiero Rigo, "vanno indietro nel tempo, addirittura al 1934, quando vado alla Clinica medica Hotel Dieu a Parigi per vedere il ben noto gastroenterologo Carnot eseguire gli esami che allora erano all'avanguardia. Seguo l'attività, in particolare, di un endoscopista mentre compie la rettoscopia e di un altro che effettua la gastroscopia con un gastroscopio rigido. Torno nella capitale francese anche nel 1937 per un breve soggiorno, nel primo mi ero trattenuto più a lungo. Mi vengono in mente un paio di episodi. Uno riguarda un paziente che sta seduto su di un seggiolino mentre viene sottoposto alla ga-

stoscopia; improvvisamente è colto da una sincope; immediato trasporto in una vicina sala dove viene rianimato a forza di schiaffi. Di episodi come questi ho avuto modo di vederne più di uno in seguito. Dimostrano la complessità dell'esame per il paziente ma anche la ferma determinazione dei medici a superare un momento di crisi. C'è poi un altro episodio abbastanza curioso osservato sempre a Parigi. Sto seguendo una rettoscopia con il paziente in posizione genupettorale. Quando l'intervento finisce il medico operatore dice: 'Voilà, ... 36 cm di penetrazione'. E il paziente, girando la testa, per nulla turbato: 'C'est tout?, tutto qui?'".

Nel lungo colloquio Coppo di episodi ne racconta diversi come quello di cui è stato protagonista Enoch Fiorini, primario chirurgo a Verona e anche lui fondatore della Società oltre che della Scuola veronese. Fiorini sta compiendo nella città scaligera una rettoscopia con il paziente in posizione genupettorale. L'operatore descrive la penetrazione dello strumento, centimetro dietro centimetro. Il paziente si sottrae avanzando lentamente sul lettino fino a quando perde l'equilibrio e cade a terra. Dalla fronte sgorga sangue a causa di una ferita lacero-contusa. Fiorini chiama un collaboratore e insieme rialzano e medicano il paziente che, incerottato, esce dalla stanza incontrando la giovane moglie che era in attesa tutta pensierosa. La donna vedendo il marito con la testa fasciata esclama: 'Vergine santa! Fin dove ti sono arrivati!'. E Fiorini pronto replica: "è il progresso, signora, adesso possiamo curare anche il cervello con questa nuova metodica".

Al di là degli aneddoti Coppo si sofferma a parlare della valenza scientifica dell'endoscopia digestiva, lui che l'ha seguita passo dietro passo fin dai primi colloqui con Trivellini, Fiorini, Celli e Banche a Milano o in altra città sede di congressi medici. Coppo è un'alta autorità medica nel campo delle malattie del fegato ma sempre si è interessato della endoscopia digestiva seguendo con un entusiasmo e competenza i suoi più vicini collaboratori come Giovanni Loiodice e poco più tardi Gianpiero Rigo al punto che la Scuola modenese può definirsi fra quelle all'avanguardia in Italia.

"L'endoscopia digestiva ha compiuto tanta strada – dice Coppo nel salutarmi al termine del colloquio – è passata dagli strumenti rigidi a quelli flessibili, poi è entrata nel vasto campo della chirurgia. Grandi avanzamenti si sono avuti con l'ecografia endoscopica che ne ha ampliato indicazioni e successo. In tutti questi anni in molti mi hanno chiesto un giudizio sul ruolo dell'endoscopia digestiva. Con la mia lunga esperienza posso dire che l'endoscopia digestiva è una disciplina autonoma che è, e deve essere indipendente, deve gestire in proprio la didattica, può fare ricerca originale. L'associazione fra Ricerca e Didattica è compito primario dell'Università".

Una stretta di mano e un saluto a questa grande figura di medico che ha ridato il sorriso a una moltitudine di malati e che ha insegnato l'arte del curare a varie generazioni di giovani. Un esempio di umanità. Un Maestro della medicina che purtroppo ci ha lasciati il 25 gennaio 1999.

### PARLA AGOSTINO FRATTON CHE RICORDA FIORINI

Una giornata sul lago di Garda a parlare di endoscopia digestiva. O meglio della Scuola di endoscopia digestiva a Verona. Naturalmente il racconto di Agostino Fratton non può che iniziare da Enoch Fiorini, chirurgo allievo di grandi Maestri tedeschi che avevano perfezionato la resezione gastrica. Fratton ricorda che il suo Maestro citava spesso Sielaf di Heidelberg che eseguiva endoscopie gastriche con lo strumento rigido. Quando Fiorini vedeva questi esami rimaneva colpito, oltre che dalla tecnica anche dal fatto che i pazienti si facevano togliere gli incisivi per facilitare l'introduzione dello strumento.

Nel 1963 Fratton entra a far parte dell'équipe di Fiorini: un lavoro intenso, quotidiano. La seduta operatoria comincia alle 8 per concludersi verso mezzogiorno con un paio di gastroscopie con il gastroscopio di Schindler: di questi strumenti Fiorini ne ha due acquistati personalmente in Germania.



Agostino Fratton  
in una fotografia del 1968  
alla presentazione del film  
sulla fibrogastroscopia

Enoch Fiorini in un ritratto pubblicato sulla rivista "Annali Ravasini" del 15 ottobre 1972



"Fiorini – racconta Fratton – è convinto della utilità dell'endoscopia digestiva in fase diagnostica dal momento che la radiologia purtroppo non risolve tutti i problemi che si presentano al medico. Quindi favorisce lo sviluppo della metodica quando ha a disposizione, una prima dimostrazione era stata fatta da Leopoldo Celli, il primo fibroscopio. Fiorini rimane molto soddisfatto dello strumento e convince gli amministratori dell'Ospedale, è il 1965, ad acquistarlo. Proprio in quell'anno si svolge a Bologna il primo congresso italiano della Società che Fiorini aveva contribuito a far nascere assieme a Trivellini, Coppo, Banche e Celli. Anzi era stato lui a predisporre tutti gli adempimenti burocratici prima di invitare gli amici a un pranzo per festeggiare la nascita della Società".

Fratton si entusiasma dell'endoscopia, si laurea a Padova, si specializza in anestesia con Gasparetto. Viene assunto come chirurgo anestesista a Verona nella Divisione di Fiorini dove di endoscopia si occupa Franco Poletti. Con il passare del tempo, gli esami di endoscopia digestiva compiuti dall'équipe Fiorini, Fratton e Poletti si intensificano. Sull'onda dei successi, su invito di Fiorini, Fratton va a Parigi nel reparto del professor Debray dove trova, oltre che un servizio ospedaliero perfetto, un'eccezionale disponibilità verso il giovane italiano. "Rimango colpito dal fatto che in questa struttura francese si utilizzano ancora quegli strumenti semirigidi che noi a Verona avevamo accantonato. Rimango anche colpito da tutta l'attività coordinata da Housset che in seguito mi onorerà della sua amicizia partecipando a congressi organizzati a Verona. Un giorno proprio Housset apre un armadio e mi mostra il fibroscopio dicendomi che, al momento, sarebbe rimasto lì e che l'avrebbe usato solo dopo un ulteriore perfezionamento dell'industria. Rimasi colpito anche da un altro fatto: nel salutarmi al termine del soggiorno Debray e Housset mi mostrarono una serie di diapositive gastriche eccezionali per quel momento storico: mi resi conto che era possibile una documentazione chiara e attendibile. Tornai a Verona con un grande bagaglio scientifico. Nel 1968 arriva in Ospedale il primo gastroscopio Olympus dotato di pinze da biopsia, con un terminale flessibile in due direzioni. Con questo strumento si ha finalmente la possibilità di ispezionare tutto lo stomaco. Assieme a Fiorini e Poletti presentiamo un lavoro sulle zone cieche del corpo e fondo gastrico alle 'Giornate Internazionali di Medicina' di Verona, presenti Housset e Stoichita, quest'ultimo molto amico di Fiorini".

S'intensifica l'attività della Scuola veronese che nel 1968 presenta a Genova un lavoro sui polipi gastrici. "Un momento importante rappresenta questa nostra ricerca – ricorda Fratton – perché riusciamo a portare avanti approfondimenti sui polipi gastrici che vengono poi visionati per l'esame istologico dal professor Sirtori, anatomopatologo dell'Istituto Tumori di Milano. L'attività si intensifica perché riusciamo ad avere un secondo strumento a fibre ottiche con un finanziamento della Banca Popolare di Verona. Nel 1969 Fiorini lascia l'attività per raggiunti limiti di età e rimane consulente. Il servizio di endoscopia resta aggregato alla chirurgia".

Fratton ricorda con simpatia il "Premio Bucranio", è il simbolo dell'Università di Padova, ricevuto per un film realizzato con il contributo della "Carlo Erba", sotto l'eccezionale regia di Scolari. Un film con delle stupende immagini, altrettanto stupendamente montate, realizzate con uno strumento a fibre ottiche.

Intanto l'Ospedale di Verona crede sempre più nell'endoscopia e Fratton diventa responsabile del Servizio di endoscopia, come aiuto di Confortini chiamato al vertice della Chirurgia II di Fiorini unificata, dopo l'uscita dal Servizio del chirurgo veronese, alla III. L'attività della Scuola veronese va avanti con Fratton e Poletti mentre si apre l'investigazione di tutta l'area del duodeno e contemporaneamente s'intensificano gli studi sull'endoscopia d'urgenza.

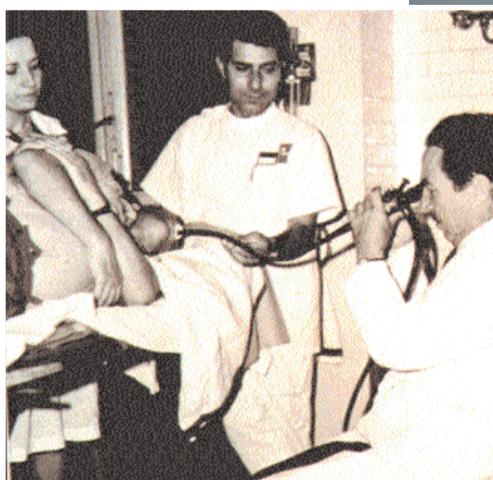
Sono le vie biliari che da questo momento – il giapponese Oi al vertice di Roma ha portato la prima clamorosa dimostrazione di intervento endoscopico – che interessano la Scuola veronese. Si va avanti con le indagini nel mondo del duodeno e poi in quello delle vie biliari. Intanto la biopsia diventa di uso corrente e si rende necessaria la nascita di anatomopatologi specializzati nell'interpretazione della mucosa gastrica e duodenale, cosa questa che a Verona diventa una realtà.

Nel 1972 Fratton compie il primo cateterismo della papilla di Vater: lo aveva visto eseguire da Oi a Roma ma aveva imparato a effettuare la tecnica vedendo al lavoro il gruppo di Fernand Vicari a Nancy dove si era fermato al ritorno da un congresso europeo a Parigi. Fratton usa per questo intervento un duodenoscopio per vie biliari a visione laterale: è un pioniere in questo campo assieme a Domenico Oselladore a Padova e a Alberto Montori all'Università di Roma. L'attività cresce e Fratton diventa Aiuto della Divisione di gastroenterologia appena aperta all'Ospedale e affidata a Pier Francesco Baratta, allievo di Coppo. Il Servizio di endoscopia viene aggregato a questa divisione e riceve un grande impulso anche per l'arrivo di Giuseppe Franzin, allievo di Coppo, che rappresenta uno dei primi esempi di anatomopatologo specializzato nell'interpretazione della mucosa gastrica e duodenale al punto che Baratta viene autorizzato a che venissero letti i reperti direttamente nel reparto: in pratica nasce la figura, è la prima volta in Italia, del gastroenterologo istopatologo che verifica quasi in contemporanea quello che si riesce a vedere con l'endoscopia. Un impulso si ha con l'istituzione dell'Università e con l'arrivo del professor Scuro che apre la Clinica Medica orientata verso la gastroenterologia e con un proprio Servizio di endoscopia e un'anatomia patologica diretta da Fiore Donati che si mostra entusiasta di accogliere nell'ambito della propria attività il lavoro compiuto nel campo istopatologico dal gruppo coordinato da Fratton che viene nominato nel 1986.

In conclusione del nostro lungo colloquio sulle rive del Garda, il discorso torna a Fiorini. Non a Fiorini medico ma al musicista. Fratton ricorda la grande passione del suo Maestro per la musica al punto che a un certo percorso della sua vita si era trovato a decidere fra la cura degli uomini e la dedizione agli spartiti musicali. Certamente la musica ha perduto un grande artista ma l'endoscopia digestiva italiana, e in senso più ampio la Medicina, hanno acquistato un grande Maestro.

### A COLLOQUIO CON MARIO BANCHE

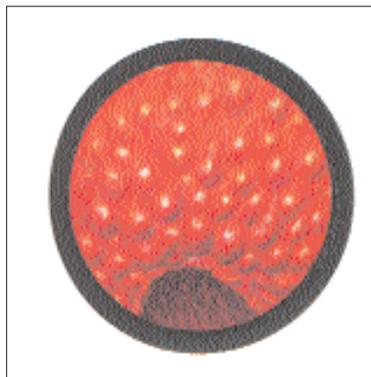
È il violino, una vecchia passione, che ora tiene compagnia a Mario Banche, lo studioso torinese che può essere giustamente considerato uno dei fondatori della moderna endoscopia digestiva italiana. E sta suonando il violino quando lo incontro in un tiepido pomeriggio nella sua abitazione torinese. Un lungo colloquio punteggiato da caffè, a caccia di ricordi. Ricordi che affondano nel tempo, fin da quando veniva usato nel vetusto "Ospedale San Giovanni" di Torino un gastroscopio rigido costruito in Germania. "Un disastro – dice Banche – per tanti motivi: grande difficoltà nell'introduzione, visuale pessima, eruttazione non dominata dai pazienti. Risultato: eliminazione dello strumento dalla scena dopo pochi casi". Primario è Allodi, Banche solo un allievo nel reparto. Ricorda ancora che la colpa del non buono funzionamento dello strumento era dovuta sì all'apparecchiatura ma anche alla non perfetta anestesia del paziente. Nell'Ospedale si va avanti continuando a praticare l'endoscopia limitata a quella rettale con il rettosigmoidoscopia. Passano gli anni. Banche va a



Mario Banche in una immagine dell'inizio degli anni '70

I disegni che pubblichiamo sono stati ripresi fotograficamente dal libro di R. Boller - Gastroenterologische Endoskopie, Edizioni Urban & Schwarzenberg, Vienna 1958. Questo prezioso volume è stato messo a disposizione da Agostino Fratton

Parigi per seguire gli esami di un famoso studioso, il professor Moutier, che pratica gastroendoscopia con un gastroscopio semirigido. "Parto per la capitale francese deciso - racconta il medico torinese - a imparare questa nuova metodica. Quando torno a Torino, entusiasta, riferisco tutto al mio primario il quale, a sua volta, chiede un colloquio con il Consiglio d'Amministrazione dell'ospedale per acquistare lo strumento. Ma la direzione del nosocomio dice no, ritenendo la metodica con



gastrite ipertrofica



gastrite erosiva/emorragica



gastrite emorragica del fondo

l'endoscopio flessibile non ancora adatta a garantire risultati positivi. Allora, la settimana dopo - ricordo che era il 1950 - torno a Parigi e acquisto con i miei soldi l'apparecchio che tanto mi aveva entusiasmato. Quando mi ripresento al reparto - continua a raccontarmi Banche - trovo una novità: l'Ospedale ha acquistato un 'Benedict' che non permette di compiere fotografie ma di prelevare biopicamente con una pinza, mentre il gastroscopio da me acquistato consente un'ottima visione endoscopica ma non fa fare alcun prelievo. Ricordo che vicino a me, quando effettuavo le gastroscopie o altri esami, c'erano delle figure completamente estranee al mondo medico ma che recitavano un ruolo importante: si trattava di disegnatori, assai provetti. In pratica quando guardava all'interno dell'organismo di un paziente e studiavo una patologia, invitavo il disegnatore a guardare lui stesso la parte sotto osservazione e questi su un foglio, con matite colorate, riproduceva la scena vista".

La fibroscopia esplose sulla scena della medicina. Banche se ne rende conto recandosi a New York nel 1958: un'emozione per lui l'incontro con il fibroscopio. Il medico torinese ricorda questo viaggio negli Stati Uniti con un pizzico di commozione. "Dovevo presentare una relazione a un congresso, con me c'era Menghini, il medico divenuto famoso per il suo ago; il collega romano doveva parlare nello stesso congresso di agobiopsia epatica. Ricordo che mentre preparavamo il materiale per le conferenze, la pellicola del film che Menghini avrebbe dovuto proiettare si attorcigliò e dovemmo lavorare diverse ore per risolvere la situazione".

Banche riferisce poi, in questo colloquio nella bella casa di Torino, i progressi che sono stati compiuti nel campo della laparoscopia, una metodica estremamente importante che aiuta molto il medico.

Molti particolari Banche li aveva avuti da un argentino, Roier, che era stato appositamente invitato a mostrare la metodica a Torino.

Lo studioso torinese si sofferma sui colloqui, frequenti con Coppo, Celli, Fiorini e Trivellini. E indugia anche sulle nuove tecniche apprese nei vari congressi internazionali come quelli di Tokyo, Londra e Lione. E fra le tecniche la colangiografia endoscopica. E poi il ricordo della costituzione della Società Italiana di Gastroenterolaparoscopia assieme a Trivellini, Fiorini, Coppo, Gennari, Bucalossi e Celli in una fredda giornata di dicembre a Verona, mentre la città si prepara a festeggiare l'arrivo del nuovo anno. Da quel giorno la Società voluta anche da Banche con un gruppo di amici, di strada ne ha fatta molta. E il merito va dato anche a questo medico che pone come sottofondo ai suoi tanti ricordi le note di un violino ripreso in mano dopo aver lasciato l'attività medica.

## IL RACCONTO DI DOMENICO OSELLADORE

**A** colloquio con un medico parlando ovviamente di medicina ma, meno ovviamente, di aerei. Succede nelle interviste. Ecco come è andata.

“Tutto comincia con un viaggio di mio padre, clinico chirurgo a Milano, all'Università, padiglione Monteggia, a un congresso a Roma dove vede un filmato di Leopoldo Celli dedicato all'endoscopia con l'endoscopio flessibile. È il 1961. Mi racconta tutto il film che rivela un'interessante tecnica medica. Ho ancora tre anni davanti per laurearmi in medicina. Frequento l'Università a Modena con il chirurgo professor Pezzuoli che proveniva da Cagliari. La Clinica medica è diretta da Coppo, con lui c'è Loiodice, più tardi arriverà Rigo. Vedendo in azione gli endoscopisti nel reparto di Coppo mi rendo conto delle difficoltà che incontrano con la strumentazione a loro disposizione. Vedevano poco all'interno dell'organismo e quel poco non sempre era comprensibile”.

Parla Domenico Oselladore, pioniere della Scuola endoscopica di Padova il quale prosegue nel racconto riferendo di un'idea che gli viene vedendo in azione Loiodice e i suoi collaboratori. Perché, si chiede Oselladore studente, non collochiamo sulla punta dell'endoscopio un congegno in grado di far compiere dei movimenti? E ancora: perché non costruiamo un gastroscopio a visione frontale anziché laterale e lo allunghiamo in modo di andare a vedere il duodeno? Oselladore si pone in continuazione queste domande, studia bene il problema, pensa di dedicare a questi quesiti la sua tesi di laurea e un giorno decide di sentire il parere di Biglieri, un tecnico specializzato nella strumentazione dedicata all'endoscopia. Oselladore e Biglieri acquistano per 600.000 lire sette fibre ottiche dall'ACMI: due da quattro mm, due da cinque mm e tre da sei mm di spessore. Purtroppo nell'acquisto viene commesso un errore perché le fibre non sono dello spessore giusto sia per la visione che per la illuminazione. Il risultato: non si riescono a fare foto perché la quantità di luce è scarsa. E così lo strumento non può essere realizzato come era negli intendimenti. Oselladore comunque compie 36 endoscopie assieme a Vessanelli, un assistente di Pezzuoli: la prima viene eseguita su un paziente colpito da sarcoma gastrico.

Un giorno, improvvisamente, l'apparecchio modificato da Oselladore con l'aiuto, prezioso, di Biglieri si rompe. Nasce un dissapore fra il medico e il tecnico e lo strumento finisce in un angolo. Salta così la tesi di laurea di Oselladore che avrebbe dovuto avere come tema l'esperienza di endoscopie con lo strumento modificato. L'argomento della tesi diventa: “Come e quando operare la colite ulcerosa”.

Nel 1967 Domenico Oselladore segue il Maestro Pezzuoli a Padova e continua a compiere esami endoscopici oltre a svolgere la sua attività principale che era ed è quella di chirurgo. È opportuno dire subito che per Oselladore, come per altri studiosi, l'endoscopia digestiva è una branca della chirurgia. A Padova c'è bisogno di uno strumento più perfezionato di quello a disposizione, troppo corto, è di soli 60 cm, ne occorrerebbe



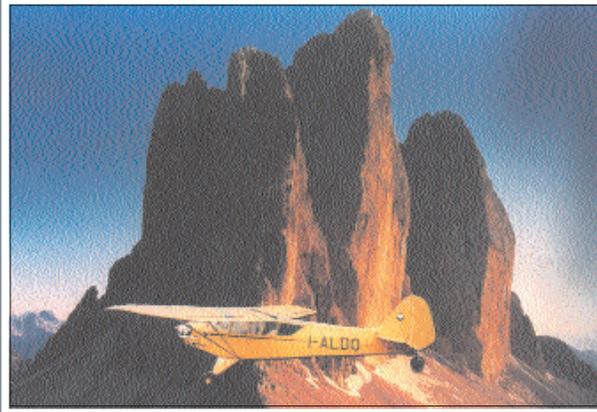
uno di almeno 110. I lavori vengono svolti oltre che da Oselladore, da Lorenzo Norberto e da uno studente di medicina, Klaus Muller. Norberto dirige il servizio di endoscopia della Divisione del professor D'Amico. Un gastroscopio a visione frontale con quattro movimenti, 7-8 mm di calibro arriva nel 1969. Lo aveva mostrato un tecnico della Lorenzatto venuto appositamente da Torino. Assieme a questo gastroscopio vie-



Una caricatura di Domenico Oselladore eseguita nel 1978

Fibroesofago-gastro-duodenoscopio “sperimentale” di Oselladore-Biglieri a luce fredda, visione frontale, Ø 12 mm, lunghezza operativa 150 cm, 4 movimenti, fibre ottiche ACMI - 1962

Oselladore a bordo  
del suo aereo durante  
un volo sulle Dolomiti



ne acquistato un colonscopio, seguito due anni dopo da un gastroscopio con un canale di 2,5 mm a 4 movimenti. Il cosiddetto "parco macchine" si arricchisce con un duodenoscopio a visione laterale, il GF B2, con la punta metallica, a quattro movimenti: è prezioso per compiere il cateterismo delle vie biliari, quella tecnica mostrata per la prima volta al mondo al congresso di Roma del 1970.

"È il 26 marzo 1971 – racconta Domenico Oselladore – quando eseguo il primo cateterismo retrogrado delle vie biliari. È il mio primo intervento del genere e, a quanto ne so, il primo anche in Italia. La paziente una signora siciliana di nome Lucia: avevo tutto predisposto con una macchina da ripresa e quindi aspettavo solo che entrasse in azione il radiologo. Mi volto ma il radiologo non c'è. L'intervento riesce perfettamente, assieme a me c'è Cosimo Di Maggio. Il successo di questo cateterismo è grande al punto che continuo a farne e quando raggiungo quota sedici vengo invitato a Parigi a una riunione di esperti che avevano eseguito questa metodica. Ci ritroviamo in diciotto, provenienti da tutto il mondo: io con sedici casi ma c'era Liguory, francese, con 50, e Cremer, belga, con 30.

"L'endoscopia – prosegue Oselladore – fa progressi e questo convince Pezzuoli che però è più soddisfatto della tecnica per togliere i polipi che di quella dedicata alle vie biliari dato che poteva provocare infezioni. Le perplessità di Pezzuoli sono valide e pertanto assieme a Norberto intensifico gli studi senza però trascurare ovviamente la chirurgia che, ripeto, dall'endoscopia può avere un grande aiuto come la diagnostica degli itteri, della patologia pancreaticata e dell'estrazione dei corpi estranei. In pratica in quest'ultimo campo abbiamo portato la tecnica degli otorini a livello gastrico. Come pure importante l'endoscopia nel campo dei polipi".

A Roma Montori organizza un congresso ed invita esperti stranieri specializzati sulla papillotomia endoscopica. Oselladore rimane colpito da questa tecnica e si attrezza. Alla fine degli anni '70 nasce un nuovo tipo di apparecchio per le vie biliari: è dell'Olympus, distribuito in Italia da M.G. Lorenzatto; si tratta del modello JF 1T con canale da 2,5 mm che sostituisce i modelli JF B-B2-B3 con i quali era proprio difficile lavorare. "Ancora rimpiango questo duodenoscopio per la papilla di Vater. Uno strumento eccezionale. L'ho valutato e provato la prima volta con Felice Cosentino che, appena dopo la laurea, nel 1974, si è aggregato alla mia sezione di Endoscopia e da allora è iniziato il suo fantastico cammino in questa disciplina. Cosentino lo ricordo sempre immerso tra le mie diapositive, intento a ordinarle e interpretarle, e pieno di voglia di fare. Più di una volta ho cercato di 'frenarlo' nelle sue manie innovative e interventistiche, ma poi puntualmente cedeva ai suoi ragionamenti. Ricordo lo 'spruzzo' dei suoi coloranti (anche sui nostri camici) e la passione per la patologia emorragica. Anche dopo il suo trasferimento a Milano (1979) con il Prof. Pezzuoli è rimasto legato alle origini padovane e siamo in continuo contatto".

L'attività si intensifica. Inizia l'era della colecistectomia laparoscopica e Oselladore ne rimane affascinato e si butta in questa nuova avventura. Enrico Croce, a Milano, è il pioniere della metodica in Italia, ma Oselladore, compie, su un signore di media età di Monselice, il primo intervento "sequenziale", ossia la rimozione endoscopica dei calcoli del coledoco e successivamente la colecistectomia laparoscopica: l'intervento viene effettuato assieme a Marin (un aiuto del Prof. Dagnini).

È lunga e piena di dati la conversazione con Domenico Oselladore in una tiepida giornata a Padova. La città è sorvolata da un aereo. Il medico si affaccia alla finestra e segue la traiettoria dell'apparecchio. Mi ricordo che qualcuno mi ha raccontato che Oselladore è un provetto pilota ed è stato anche proprietario di un piccolo aereo. Ci mettiamo a parlare di aviazione e alla fine mi domando se sia più grande la sua passione per i bisturi o per le eliche.

## QUELL'ULTIMO INCONTRO CON RODOLFO CHELI

Il viaggio fa tappa a Genova. Mi attende Rodolfo Cheli, Divisione di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva del San Martino, una delle punte di diamante in campo mondiale.

Un incontro breve, troppo breve. Il Professore è malato, molto malato. Una briciola di conversazione, un saluto a un grande professionista, un abbraccio a un amico. Un'amicizia al di là del rapporto tra medico e giornalista scientifico. E allora il profilo e la storia della Scuola genovese si devono affidare a ricordi di conversazioni avute nelle pause dei congressi o nei lunghi viaggi per raggiungere le località prescelte per i più importanti appuntamenti ai quali Rodolfo Cheli non ha mai mancato. Anzi di questi eventi è stato quasi sempre il protagonista. Rodolfo Cheli, un giorno, mi ricordò il suo inizio da medico nella natale Roma. L'incontro con Giorgio Nava che lo aveva avviato a compiere i primi passi nella gastroenterologia e nell'endoscopia digestiva, specie dopo la scoperta in un angolo del Policlinico Umberto I di un vecchio endoscopio flessibile. I viaggi in Francia da Lambling e Moutier, a Erlanger da Henning, a New York da Nieburgs. E poi la serie di nomine a livello nazionale e internazionale – le ho ricordate nei vari capitoli del libro – tappa dopo tappa fino al vertice della Società mondiale, l'OMED e la prematura scomparsa che ha impedito il completamento del mandato. Ricordo che Rodolfo Cheli, quando gli chiedevo dei giudizi sull'endoscopia digestiva, mi invitava ad andare a rileggere le sue conferenze e i suoi interventi sul periodico della Società. Una ricca produzione la sua, in parallelo con quella scientifica: memorabile il libro *Le biopsie gastriche con sonde*, per l'editore Masson. Di interviste a Cheli ne ho fatte molte. In due occasioni gli ho posto quesiti "difficili". E lui mi ha risposto con testi scritti presentati nei congressi a dimostrazione che voleva che nell'intervista apparissero dati ufficiali.

*Che rapporto c'è fra la gastroenterologia e l'endoscopia digestiva?*

"L'introduzione e la diffusione – dice Cheli che questo concetto riprende alla Conferenza di Bologna sulle malattie digestive – di nuove metodiche creano nuove dimensioni di studio in medicina e aprono spazi nei quali si colloca una nuova serie di esperienze in progresso. L'attuale misura dimensionale dell'endoscopia digestiva è data dalle realizzazioni tecnologiche della fibroscopia, che consentono una esecuzione degli esami più facile nei confronti delle tecniche fondate sugli strumenti rigidi del passato, riservati a pochi specialisti. La condizione odierna viene pertanto a creare una sorta di antinomia fra la raggiunta facilità tecnica-esecutiva e le difficoltà interpretative dei dati lesionali che permangono.

A ciò consegue una problematica organizzativa e soprattutto formativa che investe argomenti di specializzazione, necessità propedeutica alla realizzazione diagnostica. Si ravvisa in altri termini la necessità di una preparazione gastroenterologica ed endoscopica per ottenere una piena configurazione dello specialista in endoscopia digestiva: dobbiamo infatti ritenere che seppur l'endoscopia digestiva si richiama da una parte a un dottrinale, a monte di ordine gastroenterologico, essa si indirizza decisamente a un bersaglio di ordine strettamente tecnico-pragmatico il quale non può concretarsi attraverso preparazioni teoriche, ma solo attraverso un addestramento pluriennale e quantificato in centri superspecializzati. Ciò al fine di acquisire un'esperienza interpretativa di dati spesso soggettivi ed estremamente fini, che porti a valutazioni diagnostiche esatte, onde evitare che persone non esercitate siano indotte a incidenti e/o a errori diagnostici di significato talora drammatico. Di qui l'imperdonabile errore di impiego di strumenti presso centri non qualificati; di qui, la non giustificazione di entusiasmi nell'acquisto di strumenti per dare un effimero lustro a enti senza una corrispondente competenza".

"Un'importante considerazione – aggiunge Cheli – a latere concerne il costo elevato degli strumenti e il facile deterioramento degli stessi: considerazione di rilievo per chi



Rodolfo Cheli in una fotografia pubblicata da "OMED Newsletter" nel fascicolo del mese di settembre 1994



ha un'esperienza consultiva endoscopica, e che rappresenta oggi un problema assai grave nelle attuali condizioni di stretta finanziaria delle strutture sanitarie.

L'endoscopia non si limita a problematiche diagnostiche. Se ne consideriamo i suoi molteplici aspetti (contributi biotici, istologici, citologici), e ne analizziamo le possibilità di riporto alle espressioni disfunzionali digestive, viene a prospettarsi un aspetto particolare dell'endoscopia, quale cardine della fisiopatologia. Nella più moderna esperienza l'endoscopia si pone infine come mezzo terapeutico diretto (polipectomia, estrazione di calcoli, sclerosi di vasi, papillotomia ecc.) condizione che ancor più ci richiama all'importanza di una raggiunta specifica esperienza.

Da quanto detto, emerge la necessità di un nuovo assetto organizzativo-didattico ai fini di codificare i Centri endoscopici e della formazione di endoscopisti impostati in gastroenterologia, ben considerando i pericoli di una despecializzazione che porterebbe a errori tecnici, diagnostici e terapeutici. Ne consegue l'esigenza assoluta di riservare il diritto di endoscopia solo a precise strutture ospedaliere-universitarie opportunamente qualificate, nelle quali sarà possibile istituire Scuole ove, oltre l'iniziale iter gastroenterologico, esistano concrete possibilità di apprendimento endoscopico, rifuggendo da etichettazioni formali.

Tale esigenza evidentemente non investe soltanto le Scuole formative, ma prospetticamente interessa l'istituzione dell'endoscopia nel suo complesso, al fine di non vanificare la materia non solo attraverso errori sanitari, ma anche attraverso assurde dispersioni organizzativo-finanziarie, condizioni ambedue che condurrebbero inevitabilmente a una rottura degli equilibri delle strutture socio-sanitarie".

E a un altro quesito, *A chi spetta l'endoscopia digestiva?*, come risposta mi dà il testo illustrato, nelle vesti di past president dell'ESGE, a una tavola rotonda dell'OMED a Lisbona. È il 1994.

"È aperto – risponde Cheli – il quesito: a chi spetta l'endoscopia digestiva? La risposta più corretta è che l'endoscopia digestiva spetta a chi la sa fare. In questa risposta, che può sembrare semplicistica, includiamo il problema dell'insegnamento dell'endoscopia, al fine di costruire il vero endoscopista, scoraggiando l'esecuzione dell'endoscopia senza un addestramento adeguato, con la finalità di diminuire il rischio per il paziente ed evitare una perdita di credibilità di tali tecniche se impiegate da mani inesperte".

Cheli, dopo aver fatto il punto sulla realtà in Europa, prosegue: "Per sviluppare un'attività endoscopica sono indispensabili degli standards fondamentali che potremo considerare in almeno cento endoscopie superiori, 50 colonscopie e 50 ERCP. È possibile suddividere l'apprendimento in diversi gradi di difficoltà.

Uno schema possibile è il seguente:

- ◆ livello base: endoscopia diagnostica superiore, proctoscopia e sigmoidoscopia flessibile, con prelievi biotici e citologici;
- ◆ livello intermedio: pancoloscopia, tecniche terapeutiche semplici quali la dilatazione esofagea, la polipectomia;
- ◆ livello avanzato: ERCP, papillotomie, protesi, trattamento delle emorragie, laser ecc.

Questi punti possono rappresentare una prima indicazione per valutare il grado di capacità professionale".

### LA TESTIMONIANZA DI GIAN LUIGI DA BROI

**L** aureato a Modena nel 1951 entra subito a far parte con il Prof. Coppo nell'istituenda Società Italiana di Gastroenterolaparoscopia e contemporaneamente frequenta la I Clinica Medica dell'Ospedale Civile di Udine diretta, allora, dal Prof. Giuseppe Gherardini. Da tener presente che fino al 1954 non vi era ancora sostanziale divisione tra le varie branche della Medicina Interna (ematologia, neurologia, cardiologia, gastroenterologia ecc.) e che tra il 1953/54 la diffusione europea della *Reveu du Practicien* (Parigi), considerata una delle riviste mediche più importanti d'Europa assieme alla *Deutsch Medizinische Wochenschrift* (nella quale compaiono articoli che riguardano l'esecuzione di

indagini gastroscopiche a opera del Prof. Ch. Debray che lavorava presso l'Ospedale Bichat di Parigi) contribuirono notevolmente a sensibilizzare la classe medica verso l'endoscopia.

Venivano usati strumenti rigidi, simili a quelli già utilizzati dagli otoiatri per lo studio dell'esofago. Compare il volume *Les Gastrites* del Prof. Moutier (Parigi) che suscita enorme interesse sull'argomento.

Nel 1955, previ accordi intercorsi tra l'Ospedale Civile di Udine e il Prof. Charles Debray dell'Ospedale Bichat in Parigi, vinto il concorso per l'effettuato all'Ospedale Civile di Udine, continua i suoi studi trasferendosi per circa due anni, a periodi alterni, a Parigi. Debray era considerato allora, assieme al Prof. Hans Stolbreiter di Haidelberg, il numero uno dell'endoscopia nascente in Europa e il punto di riferimento, per chi si voleva dedicare a questa branca.

Da Broi ha acquistato personalmente il primo gastroscopio rigido a Monaco di Baviera (ditta Richard und Gerard Wolff) per la somma di L. 20.000 circa. Successivamente seguirono altri acquisti da parte dell'Amministrazione Ospedaliera.

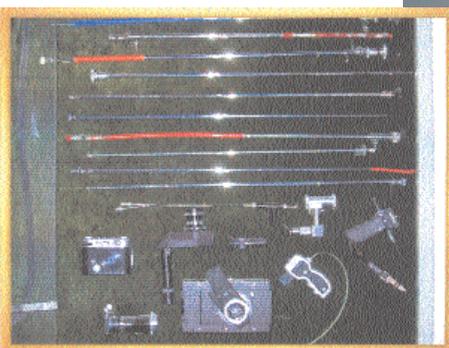
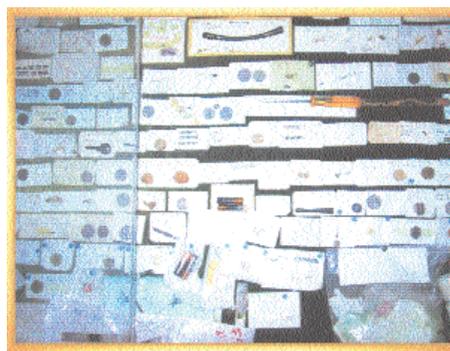
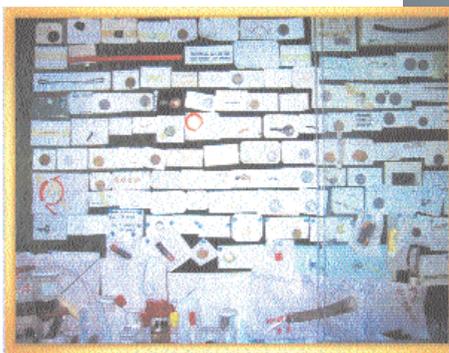
Iniziata l'attività endoscopica delle alte vie digestive, Da Broi pubblica nel 1957 i primi 160 casi sottoposti a gastroscopia. In tale occasione numerosi commenti critici vennero esternati perché con l'endoscopio non si esplorava bene specialmente il fondo gastrico rispetto alla radiologia (si vedeva abbastanza bene l'antro-corpo gastrico, senza ovviamente poter superare il piloro). Un solo Primario medico, il Prof.

A. Varisco si era complimentato con lui per i risultati ottenuti sostenendo, di fronte ai soci della Società Medica del Friuli, la validità di quanto stava facendo. Da Broi ricorda che per spronarlo gli disse, con tono autoritario: "continua che sei sulla strada giusta".

Nel 1957 inizia l'attività endoscopica il Dott. E. Visentini presso il reparto del Prof. E. Belsasso a Trieste. Nel 1958 compare e viene acquistato uno strumento rigido con due ottiche intercambiabili: anterograda e retrograda per una visione più completa. L'attività endoscopica viene svolta in una stanzetta del reparto di Medicina, dotata di un lettino e un armadio per gli strumenti, con l'ausilio di un'infermiera. Gli strumenti venivano lavati con soluzioni di acido fenico all'1% oppure con solfo-fenato di zinco all'1%. Venivano eseguite 5-6 sedute per settimana, con 1-2 pazienti alla volta. Anestesia somministrata 25 gocce di Gratusminal (Strofantina + Luminale). Mediamente un paziente la settimana rifiutava di sottoporsi all'indagine. Il problema maggiore era l'invasività (il paziente giaceva supino con il collo iperesteso che sporgeva dal lettino) in assenza di una sedazione adeguata, tuttavia non sono state descritte complicazioni in questo arco di tempo.

Lo stesso anno inizia l'attività laparoscopica utilizzando come gas prima la CO<sub>2</sub> (intolleranza e lieve peritonismo) e quindi il protossido d'azoto.

Nel 1959 compaiono i primi gastroscopi semiflessibili a prismi ottici (ditta Optique de Lavallois-Perrè, Parigi). Buona visione e notevole resistenza. Costituito da una maglia d'acciaio, munito di di-



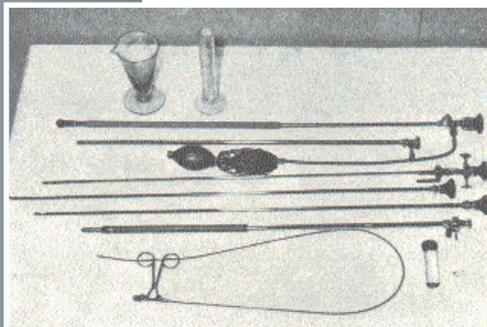
In queste fotografie di Da Broi sono documentate due raccolte di corpi estranei estratti dalle vie superiori e inferiori

Alcuni strumenti utilizzati da Da Broi: nella parte superiore si possono osservare strumenti rigidi e alcuni semirigidi. In quella inferiore, attrezzature fotografiche di allora, semplici ma ben funzionanti

screta flessibilità che permette il decubito laterale sx, e quindi una migliore tollerabilità all'esame. Tale situazione rimane praticamente stazionaria fino al 1967.

Nel 1969 Da Broi effettua un corso di perfezionamento in laparoscopia, sempre presso l'Ospedale Bichat di Parigi. Nel 1970 viene istituito a Udine (primo in regione) il servizio di gastro-laparoscopia ed è nominato aiuto responsabile.

Dal 1972 al 1975 segue dei corsi di perfezionamento presso l'Hospital Lariboisière, l'Hospital Saint Antoine, la Fondation Curie, l'Hospital Paul Brousse a Parigi e la prima Clinica Chirurgica a Vienna.



Nella fotografia sono visibili gli strumenti usati da Da Broi nel 1957 per gli esami gastroscopici

Nel 1974 viene istituito il servizio di Gastroenterologia dell'Ospedale Civile di Udine (aggregato al secondo reparto di Medicina) e successivamente nel 1976 viene istituito il Servizio Autonomo di Gastroenterologia dell'Ospedale Civile di Udine e Da Broi è nominato Primario di Gastroenterologia nello stesso anno. Essendo migliorate le dotazioni strumentali, nel 1980 inizia l'attività ERCP e poi nel 1986 l'attività di Laserterapia, unico centro in Regione con particolare riguardo alla cura dei tumori esofagei.

Tale fatto incrementa notevolmente le prestazioni e il prestigio del reparto portando a oltre 30.000 gli interventi annui diagnostico-operativi e di fisiologia digestiva con una équipe di 5 medici e 15 paramedici.

Nel 1987 il servizio ha una sezione autonoma di degenti e inizia l'attività di Ecografia ed Ecoendoscopia diagnostica e operativa.

Con l'acquisizione nel 1992 di un moderno Litotritore a ultrasuoni, viene completata la dotazione, a nostro modo di vedere, necessaria in un moderno reparto di gastroenterologia ed Endoscopia Diagnostico-Operativa che consente di rispondere a tutte le necessità operative sulle vie bilio-pancreatiche e metodiche associate.

Purtroppo siamo arrivati al 1996 dove inesorabilmente l'entusiasmo, la volontà di fare, l'aiuto dei colleghi, ma soprattutto la passione per questa magnifica branca medica lasciano il posto all'inesorabile corsa del tempo, ma sicura nei successi operativi di chi seguirà.

## I RICORDI DI GIORGIO NAVA

Con Giorgio Nava praticamente l'endoscopia digestiva comincia a concretizzarsi a Roma. "Tutto inizia - dice il medico romano ricevendomi nel suo studio che domina piazza Cavour, proprio davanti al Palazzo di Giustizia, quello che i romani chiamano Il Palazzaccio - quando trovo nell'Istituto di Clinica Medica dell'Università, direttore Pende, in una scatola di legno un gastroscopio rigido, di fabbricazione francese, credo risalente ai primi anni del secolo con una guaina abbastanza deteriorata. È il 1942 e sono Assistente: molti di noi lavoriamo in sostituzione di colleghi richiamati alle armi. Voglio provare l'apparecchio, tutto metallico, in un paziente ma non riesco a vedere molto. Per di più ho problemi a recuperarlo. Allora mando a chiamare il collega Tagliacozzo che lavorava nella Clinica Chirurgica, diretta da Valdoni, per aiutarmi a risolvere il problema e cioè recuperare la guaina dello strumento rimasta un pezzo nell'esofago e un altro pezzo nello stomaco. Questa gastroscopia rimane isolata ma continuo a eseguire esofagoscopie con mio cugino Paolo Biocca effettuando anche qualche broncoscopia. Naturalmente le rettoscopie sono routinarie". Giorgio Nava, che ci tiene a sottolineare di essere un gastroenterologo e di considerare l'endoscopia una branca che fa parte di questa disciplina medica, racconta poi di quando all'Istituto viene acquistato uno strumento dell'ACMI, un semirigido, con il quale esegue una lunga serie di gastroscopie. Nel 1949 Nava dà vita al primo ambulatorio di gastroenterologia al

Policlinico Umberto I di Roma avendo attorno a sé giovani che di strada ne faranno molta, come Rodolfo Cheli (diventerà una delle maggiori autorità in campo gastroenterologico e in quello endoscopico), De Bac (si affermerà nel campo delle malattie infettive), Verde (si dedicherà alla fisiopatologia respiratoria), Campa (diventerà angiologo) e Scarlini (diventerà primario ospedaliero). Stretto è il dialogo fra Nava e Cheli che insieme perfezionano una sonda per la biopsia gastrica. “Avevo saputo – mi racconta Nava – che un australiano compiva biopsie con una particolare sonda. Allora feci costruire da un tecnico di Roma una sonda apposita. Era molto complicato utilizzarla ma Cheli, così prestante fisicamente, mi dava una mano”.

Successivamente Nava lascia l'Università e si trasferisce all'Ospedale San Giacomo di Roma. Un giorno viene a sapere che in Giappone è stato messo a punto uno strumento estremamente sofisticato chiamato gastrocamera.

Si convince della bontà dell'apparecchiatura e, tramite alcuni amici che sono in contatto con l'ambasciatore d'Italia a Tokyo, acquista dall'Olympus per 600.000 lire due gastrocamere GT-V con le quali, in collaborazione con un giovane, Ferrari, esegue oltre cento esami dei quali dà resoconto in una relazione.

Ormai Nava si è fatto un'esperienza con l'uso della gastrocamera anche perché una serie di soggiorni in centri specializzati tedeschi arricchiscono la sua cultura medica. Questo bagaglio di conoscenze diventa di comune acquisizione al punto che Nava viene nominato presidente della Società Europea di Gastrocamera.

“Quelle che mi arrivarono dal Giappone – racconta Nava – erano gastrocamere con dentro un filmino: si riprendevano foto a colori, una trentina nelle varie posizioni dello strumento. Era molto complesso e costoso sviluppare questo filmino e con l'aiuto di un tecnico romano misi a punto un nuovo metodo, più semplice e meno caro”. Sempre da un'idea di Nava, in collaborazione con lo stesso tecnico, nasce una metodica per la produzione di filmini necessari alla gastrocamera.

Giorgio Nava lascia il San Giacomo e, dopo una breve permanenza al San Giovanni si trasferisce al Sant'Eugenio dove rimane fino al 1983 quando cessa l'attività pubblica per limiti di età.

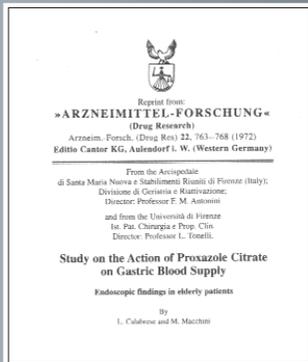
Durante il lavoro al Sant'Eugenio arriva notizia del perfezionamento delle gastrocamere: uno dei miglioramenti riguarda l'inserimento di una via ottica. Giorgio Nava acquista lo strumento immediatamente (in seguito lo affiderà alla ditta Lorenzatto per esporla al museo dell'Azienda) che consente di osservare meglio avendo un mirino. L'arrivo sul palcoscenico della Ricerca dei gastroscopi a fibre ottiche e dei colonscopi decreta in pratica la fine delle gastrocamere. Per Nava non è certo un problema perché continua nella sua opera di gastroenterologo che utilizza, perché ne completa ottimamente l'opera, l'endoscopia digestiva.

### A COLLOQUIO CON MAURO MACCHINI

La Scuola Fiorentina svolge un ruolo importante nell'evoluzione dell'endoscopia italiana, perché si distingue con consistenti miglioramenti delle tecniche emergenti sulla scena mondiale. Vediamo la crescita di questa Scuola parlandone con Mauro Macchini e con Pierangelo Ciani. Due incontri separati, ma che mettono in evidenza punti di contatto. Cominciamo con Macchini. Lo studioso fiorentino ha il primo incontro con l'endoscopia digestiva negli anni '50 quando, assistente volontario a Perugia presso l'Istituto di Patologia Chirurgica diretto dal Prof. L. Tonelli, trova in un armadio una scatola polverosa. Dentro c'è un “Benedict”, un gastroscopio semirigido (residuo bellico) con illuminazione distale a incandescenza; la porzione rigida di 60 cm, oltre all'ocula-



Giorgio Nava



L'estratto della pubblicazione di Macchini e Calabrese sull'irrorazione sanguigna della mucosa gastrica negli ultraottantenni



Il diploma di selezione rilasciato al film di Macchini nel 1966

re, presenta gli attacchi per la corrente e per l'insufflazione con doppia palla, l'ingresso per una pinza bioptica e un dispositivo per orientare su di un solo piano e per circa 15 gradi la porzione flessibile; quest'ultima è costituita da una serie di prismi giustapposti che trasmettono l'immagine verso l'oculare. "Una grossa sciabola con la quale effettuo, con estrema prudenza, e in anestesia generale, alcune prove su pazienti ulcerosi".

In quegli anni a Perugia la patologia gastro-duodenale era assai frequente e viva era la necessità di conoscerne l'esatta localizzazione e le caratteristiche istologiche. Fino a quel momento Macchini aveva fatto esperienza endoscopica, ma solo con strumenti rigidi e in campo urologico, proctologico e broncologico; ora le prospettive si ampliano e inizia una giornaliera esperienza gastroenterologica.

Dopo il trasferimento a Pisa, Luigi Tonelli – nel 1964 – viene chiamato a Firenze, portando con sé Macchini, che ottiene dal suo Maestro il primo Hirschowitz (il mod. F.O. 4900), acquistato presso la ditta Danieli a Milano: è un endoscopio flessibile, ma con illuminazione distale a incandescenza. "Finalmente entriamo facilmente nello stomaco – racconta Macchini – con una semplice anestesia di superficie orofaringea; la visione è nitida, perché lo strumento possiede una leva di messa a fuoco; tuttavia l'indagine deve essere condotta per brevi periodi di 20-25 secondi, quanti ne bastano a rendere ustionante l'estremità metallica dello strumento, che dobbiamo raffreddare, abbassando i valori del reostato e iniettando acqua attraverso il canale d'insufflazione. Sempre nel 1964 viene acquistato il secondo Hirschowitz (il mod. F.O. 5000), che è a 'luce fredda': si possono eseguire indagini lunghe, senza interruzioni e con una luminosità che consente ottime riprese fotografiche e cinematografiche".

Negli anni '60 la patologia ulcerosa e neoplastica è al primo posto a Firenze e provincia, così che Macchini può raggiungere una vasta esperienza. Nello stesso periodo ha modo di usare un fibroscopio con gastrocamera Olympus modello GTF-A (di proprietà del prof. Antonimi, direttore della Geriatria del Policlinico di Careggi). In collaborazione con L. Calabrese, si studiano le modificazioni dell'irrorazione sanguigna della mucosa gastrica negli ultraottantenni: ne nasce una pubblicazione con fotografie a colori, ancora oggi apprezzabili.

"Si sparge la voce di questa febbrile attività, anche fuori dei confini scientifici e un giorno del 1965 giunge in Istituto il conduttore Eros Macchi, che desidera allestire un documentario per la ancora giovane televisione. La troupe mette a soqquadro il nostro Reparto, creando non pochi problemi. Alla fine il documentario è pronto e va in onda nella Rubrica Orizzonti della Scienza e della Tecnica: mostra gli strumenti e alcuni esami endoscopici in pazienti ulcerosi, ma in 'bianco e nero'. Per rendere possibili le riprese, ho costruito artigianalmente il raccordo per collegare la telecamera al gastroscopio".

L'attività endoscopica di Macchini si intensifica e porta alla realizzazione di importanti contributi scientifici in rapida successione: il primo sul *Giornale It. di Chirurgia* (21: 417-458, 1965); il secondo su *La Chirurgia Generale* (5: 31-63, 1965). Entrambe, con ampia documentazione iconografica, contribuiscono a gettare le basi dell'endoscopia chirurgica in Italia. È sempre dello stesso periodo un cortometraggio su Kodachrome 8 mm realizzato in pazienti con poliposi gastrica, che venne presentato al 67° Congresso della S.I.C. il 4 ottobre 1965, quale completamento alla relazione Valdoni-Tonelli "La Chirurgia dei polipi del canale digerente". È dell'anno successivo un vero e proprio film (Kodachrome 16 mm, 25 min., sonoro magnetico) che viene accolto e premiato dalla Fondazione Carlo Erba nella I Rassegna del film medico-scientifico.

Nel 1967 vede la luce il Testo-Atlante *La Fibrogastroscopia* edito da Piccin, che poi ne volle una edizione in lingua inglese (1971).

"La più forte attrazione per la camera operatoria – continua Macchini – mi ha portato a trascurare l'endoscopia, che è rimasta, tuttavia, la seconda passione, avendo dovuto dirigere i Servizi di Endoscopia dei due Istituti fiorentini di patologia e di Clinica Chirurgica.

In questa attività ho avuto a disposizione una lunga serie di strumenti Olympus: dal colonscopio TCF-2L2 al TCF-1S ed al CF-10.I; dal duodenoscopio JF-B3 al JF-1T10; dal gastroscopio GIF-Q al GIF-P ed al GIF-1T20, tutti supportati dalla fonte CLV con lampada allo xeno, che consentiva registrazioni perfette in ogni situazione, e utili complementi nei corsi di lezione agli studenti del V e del VI anno e a quelli di due Scuole di Specializzazione dell'Ateneo fiorentino.

Dagli anni '70 – conclude Macchini – ho costantemente eseguito qualsiasi esame diagnostico od operativo usando una sedazione profonda. Inietto personalmente, essendo specialista anestesiolego, una miscela di concezione originale di tre farmaci, che ho definito Sedoanalgesia.

Ottingo esami semplici, tranquilli, senza bisogno di contenzione, senza scialorrea, senza conati né singulti né premiti, ma soprattutto con totale amnesia retrograda”.

## L'INCONTRO CON ELIO BELSASSO

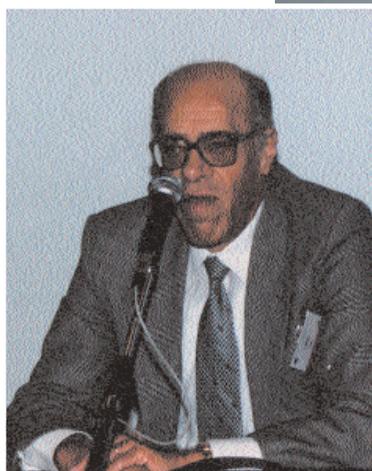
Trieste offre il suo volto più bello in una mattina d'estate quando incontro Elio Belsasso. È uno dei pionieri dell'endoscopia digestiva italiana, è stato al vertice della Società e ha rappresentato la Scuola triveneta. Belsasso, il suo è un cognome italianizzato da quello originario austriaco, deve molto al suo primario – è la fine degli anni '60 – all'Ospedale di Trieste. Il professore Macchioro infatti dà una impostazione gastroenterologica alla divisione medica che dirige, anche perché è un esperto in campo epatologico. All'Ospedale arrivano due gastrocamere che consentono di gestire le varie patologie. Queste apparecchiature non sono una novità perché le aveva introdotte in Italia qualche anno prima Giorgio Nava, gastroenterologo ed endoscopista romano.

All'inizio degli anni '70 fa la sua comparsa all'ospedale di Trieste il primo gastroscopio di realizzazione americana, è dell'ACMI: uno strumento che consente di compiere un salto di qualità perché è a fibre ottiche. Con questo fibroendoscopio si va avanti fino al 1985 quando, a disposizione della Divisione di gastroenterologia, arriva la strumentazione per la videoescopia elettronica. Tre le macchine: una della Olympus, una della Fuji e una della Machida. La metodica delle videoescopia rappresenta un'eccezionale novità per il medico operatore, ricorda Belsasso, ma anche per il paziente che “può vedere l'interno del proprio organismo come se lo osservasse su uno schermo televisivo. Due i vantaggi importanti: il primo è che la strumentazione consente di avere una documentazione video così come il radiologo può allegare alla cartella clinica la radiografia; il secondo vantaggio è che è possibile, in maniera più razionale che in passato, procedere all'insegnamento agli studenti e nelle Scuole di specializzazione”.

Elio Belsasso ricorda i suoi esperimenti fra i quali, una novità per l'Italia, quello per la colorazione delle mucose in endoscopia digestiva. Con questa tecnica, ideata dai giapponesi, si colora la mucosa con coloranti diversi consentendo l'individuazione precoce del tumore dello stomaco. Belsasso presenta la sua ampia casistica con questa metodica al congresso della SIED del 1975, organizzato da Rodolfo Cheli. Lo studioso triestino ricorda ancora oggi l'incredulità dei colleghi i quali, ben presto, si dovranno ricredere perché la tecnica è così originale e importante al punto tale che Belsasso sarà invitato a presentare una relazione a vari consensi scientifici fino a quello europeo di Roma nel 1988.

In questo vertice i consensi sono notevoli a dimostrazione che i colleghi hanno sbagliato a essere, un tempo, scettici. Ma già un anno prima, al congresso della Società a Trieste, le perplessità sulle colorazioni della mucose del tumore gastrico erano state superate con una relazione dello stesso Belsasso.

Si diceva del congresso dell'87 a Trieste. Belsasso ricorda molto bene questo evento perché ha rappresentato la svolta nella vita della Società Italiana di Endoscopia Digestiva. “Sono al secondo anno di presidenza della Società – dice Belsasso – quando in molti ci rendiamo conto che stanno cambiando gli obiettivi di chi opera in questo settore della medicina. Ci sono medici che vogliono recitare un ruolo originale e cioè chiedono la istituzione di una nuova figura, la specialità di chirurgo endoscopista o di medico en-



Elio Belsasso

doscopista. Sono evidenti i segnali di una possibile spaccatura all'interno della Società che, per molti degli iscritti, appare in mano al solito gruppo di persone. Il vento di fronda comincia a soffiare a Napoli e a Roma dove prendono forma due sindacati di endoscopisti. Cerco di riportare l'unità all'interno della Società e riesco, con non poca fatica, a tenere tutto sotto l'orbita della Società stessa prima con un'assemblea a Verona e poi con il congresso di Trieste. In pratica i dissidenti accettano che sia la Società a emanare un sindacato. È la prima volta che una Società scientifica dà vita a un braccio sindacale. Ricordo la serata conclusiva del congresso di Trieste. Si è già proceduto alle votazioni e si aspetta solo l'apertura delle urne. La convinzione comune è che la Società avrebbe avuto un consiglio direttivo completamente rivoluzionato con l'eliminazione dei dirigenti storici e con ampio spazio alle nuove leve. Mentre lo accompagno al suo tavolo per la cena di gala, Rodolfo Cheli mi dice: 'Caro Belsasso, questa è la cena delle beffe'. Replico: 'Caro Cheli, questa è l'ultima cena, bisogna rendersene conto'. Quando si aprono le urne, si scopre che la 'rivoluzione' c'è stata veramente: il palermitano Bazan è nominato presidente, il catanese Russo presidente eletto, mentre io e Rossini diventiamo vice presidenti con De Luca, Fratton, Norberto, Pacini, Tittobello e Viceconte consiglieri e Spinelli segretario. Vorrei notare che Russo diventerà presidente effettivo nel 1990, Spinelli lo sarà nel 1992 e Tittobello nel 1994".

Belsasso, in questo lungo incontro triestino – adesso dirige il Servizio di gastroenterologia alla clinica Salus che ha istituito dopo aver lasciato, per raggiunti limiti di età, l'incarico di primario della Divisione medica dell'Ospedale – si sofferma a lungo a parlare della grande opera di divulgazione di insegnamento che la Scuola triestina ha esercitato in Italia e in particolare nel Triveneto. Non sono stati pochi i medici che hanno frequentato l'Ospedale di Trieste, provenienti da Padova e da Verona dove più tardi sarebbero nate due Scuole di grande valenza scientifica.

Un insegnamento proficuo, non c'è dubbio.

### L'INTERVISTA A FRANCESCO PAOLO ROSSINI

Strettamente legata alla figura di Mario Banche è quella di Francesco Paolo Rossini. "Intendiamoci subito – mi dice Rossini che incontro a Torino – sono un gastroenterologo che compie esami di endoscopia digestiva. Ritengo che l'endoscopia sia parte integrante della gastroenterologia. In verità nasco cardiologo negli anni '60 con il professor Alessandro Beretta Anguissola a Torino, più tardi andrà a Roma. Con il passare del tempo mi rendo conto che la cardiologia italiana si è fermata e cioè non sta al

passo di quelle clamorose novità che andavo via via leggendo sulle riviste internazionali. In pratica entro in crisi. E allora vado in giro per l'Europa a cercare le novità mediche e anche per ritrovare un'identità professionale. È il 1965. In questo lungo viaggio faccio tappa all'Università di Parigi e assisto a un congresso di gastroenterologi ed endoscopisti, in tutto una settantina di persone fra cui alcuni giapponesi che fanno vedere le prime colonscopie. Mi entusiasmo per l'endoscopia che, ripeto, non è una metodica a sé stante ma inscindibile dalla gastroenterologia".

Rossini continua nel suo racconto frammezzato da inviti dei suoi collaboratori a eseguire esami su pazienti che non avrebbero certo gradito un rinvio dell'esame solo perché un giornalista sta togliendo tempo al Professore. Lo studioso torinese riprende il racconto: "Mi presento a Mario Banche e gli chiedo di poter lavorare con lui. Con Banche c'è anche Giorgio Verme, appena giunto da Siena, si dedica alle patologie del fegato che diventeranno la sua specializzazione. Grazie all'amicizia con Verme, riesco a entrare nel gruppo di Banche prima come volontario e poi nel 1970 come assistente. Mi specializzo in



F.P. Rossini in occasione di una premiazione del 1994. Si riconoscono Gasbarrini, Crespi e Miroglio

gastroenterologia e mi interessò di endoscopia digestiva, facendo quel poco che all'epoca era consentito”.

A questo punto Rossini riferisce di un episodio estremamente importante e significativo per la storia dell'endoscopia italiana. Nel 1970 arriva a Rossini una telefonata da parte di Leandro Gennari dell'Istituto Tumori di Milano che lo invita ad assistere a una dimostrazione nel Servizio autonomo di endoscopia che da pochi anni è in funzione nella prestigiosa istituzione oncologica. In pratica si tratta di vedere in funzione, come Rossini si renderà conto due giorni dopo andando a Milano, alcuni strumenti della Olympus per la colonscopia. “Rimango estremamente meravigliato nel vedere questi apparecchi che mostrano un mondo nuovo a me abituato a effettuare esami con strumenti semirigidi, ne ricordo uno che era una specie di spada con un puntale a becco di flauto. Torno da Banche e gli racconto l'esperienza che Gennari mi aveva offerto e lo invito a far acquistare dall'Ospedale il colonscopio che ci avrebbe permesso di effettuare bene la diagnosi di cancro e della presenza di polipi. Banche mi risponde che i soldi non ci sono e che avremmo provveduto in seguito. Intanto ci stavamo trasferendo dall'Eremo alle Molinette. Altra convinzione dei progressi che la strumentazione sta facendo mi viene dal congresso mondiale di endoscopia digestiva a Roma dove con Banche e Bonardi presento una relazione dal titolo: 'Considerations on rectosigmoid polyposis especially with respect to its casuistic distribution in a service of rectosigmoidoscopy'. Ascolto le relazioni dei più noti studiosi al mondo e vedo i risultati delle loro ricerche con la strumentazione più sofisticata. Quando torno a Torino riprendo il discorso con Banche ma i soldi continuano a mancare. Allora mi ricordo di un'amicizia con l'ingegner Danieli, importatore della ACMI e ottengo dallo stesso di provare per alcuni giorni un colonscopio. Rimango soddisfatto e decido di acquistarlo personalmente pagandolo 4.500.000 lire. Con questo strumento inizio le colonscopie e do vita al primo lavoro scientifico che viene pubblicato a firma di Banche e Rossini sull'*American Journal Gastroenterology*. Al congresso di Venezia, isola di San Giorgio, presidente Leopoldo Celli, presentiamo il primo film sulle polipectomie endoscopiche del grosso intestino con lo strumento ACMI. È il 1973. In questo periodo mi dedico solo al colon. Banche effettua gastroscopie come pure Verme che però si dedica molto al fegato, ci sono nel gruppo Bonardi, Roatta (quest'ultimo molto impegnato con le laparoscopie), Palmas”.

Il 1973 rappresenta un anno importante per Rossini che vede la pubblicazione del suo Atlante, ricco di eccezionali immagini ed estremamente esauriente. Non è semplice la gestazione di questa pubblicazione al punto che Rossini si fa regalare la carta dal senatore Burgo, proprietario delle omonime cartiere. L'Atlante, in inglese, ottiene un grande successo.

Rossini riferisce che è stato creato il Club europeo di enteroscopia di cui è il presidente: questo organismo è stato ufficializzato presso la Prefettura di Nancy. Di progressi se ne stanno compiendo molti come è stato illustrato in un vertice europeo nel luglio '97 a Torino. E in questa città si concentrano gli studi per l'esame del piccolo intestino.

## A COLLOQUIO CON ALBERTO MONTORI

Un testimone del tempo dell'endoscopia digestiva romana – ma vedremo presto che assume un ruolo anche in campo mondiale – è Alberto Montori, ora Ordinario di chirurgia generale all'Università di Roma La Sapienza. “L'endoscopia digestiva italiana – racconta Montori in un lungo e cordiale colloquio, molte delle sue informazioni arricchiscono la storia nei suoi vari capitoli – praticamente ha inizio con il congresso di Roma del 1970. Partecipai attivamente all'organizzazione. La scelta che venne fatta sul mio Maestro Marcozzi risiede nel fatto che all'Università di Roma, nella Cattedra diretta appunto da Marcozzi, già si cominciavano a effettuare esami di endoscopia digestiva anche se in prevalenza venivano compiuti accertamenti di carattere urologico o bronchiale. Ma erano esami sporadici, effettuati nei ritagli di tem-



Un giovane Alberto Montori



Alberto Montori  
al Nazionale SIED  
del 1983



po perché prevalentemente facevo il chirurgo e il chirurgo, tengo a sottolinearlo, ho continuato a fare al punto che un giorno ebbi quasi paura che andasse in porto una proposta di affidarmi la Cattedra di endoscopia digestiva. Volevo fare e faccio il chirurgo pur praticando in modo considerevole l'endoscopia digestiva che della chirurgia è un'espressione. Nonostante numerose difficoltà, dovute anche alla non comprensione da parte di molti medici dell'endoscopia digestiva, continuai a dividere il mio tempo fra la chirurgia e l'endoscopia e con grande soddisfazione nel 1973 Paride Stefanini, pur appartenendo a un'altra Scuola, volle che collaborassi con lui visti i risultati degli esami endoscopici. Se l'endoscopia a Roma, all'Università La Sapienza ha avuto grande sviluppo si deve a Giovanni Marcozzi che si era ben reso conto dell'importanza di questa metodica. E proprio la Scuola di Marcozzi ha compiuto tecniche che hanno aperto la strada in tutto il mondo, come l'endoscopia peroperatoria o l'endoscopia diagnostica e operativa sulle vie biliari".

In pratica Alberto Montori e i suoi collaboratori sono stati iperdinamici dominando la scena nazionale, mettendo a punto nuove tecniche e ponendosi all'attenzione del mondo scientifico. Abbiamo già parlato dell'esame intraoperatorio. E poi la prima sfinterotomia, realizzata da Giovanni Viceconte che, come detto, faceva parte della Scuola; la sclerosi delle varici esofagee. E poi, sempre all'avanguardia in Italia, le prime protesi nell'esofago in soggetti affetti da cancro inoperabile. E ancora: le prime linfoscintigrafie per via endoscopica, ossia lo studio della diffusione linfatica del cancro del retto.

È lungo l'elenco delle novità e delle manifestazioni dell'impegno della Scuola romana che si è sviluppata sotto la guida di Alberto Montori. E altrettanto importante è il ruolo che Montori ha svolto per inserire l'endoscopia italiana in campo internazionale sia con la proposizione in sede congressuale di lavori di studiosi del nostro Paese, sia con il sostegno all'elezione di personalità come Cheli e Crespi ai vertici degli organismi, sia con l'acquisizione dell'organizzazione di congressi. Lo stesso Montori ha occupato e occupa ruoli di prestigio come è raccontato in dettaglio nei vari capitoli della storia.

### MASSIMO CRESPI RACCONTA

**P**unta di diamante dell'endoscopia digestiva romana è Massimo Crespi, primario al Regina Elena. Ma Crespi è anche un'autorità in campo internazionale perché è stato designato più volte ad assumere incarichi a livello della Società europea e mondiale come ho raccontato nella storia dell'endoscopia digestiva italiana. Nella stessa storia ho anche descritto, con dovizia di particolari, il ruolo avuto da Massimo Crespi nell'organizzazione del Secondo Congresso Mondiale della Società di Endoscopia Digestiva nel 1970 a Roma.

Quando Crespi organizza il vertice, con Marcozzi Presidente, da alcuni anni si sta interessando di questa metodica perché aveva compreso quanto fosse importante il "guardare dentro" nella prevenzione delle malattie dell'apparato digerente. Il primo strumento con il quale Crespi lavora, è il 1968, è un gastroscopio ACMI, l'aveva acquistato per la sezione di gastroenterologia dell'Istituto Regina Elena.

Intensa è l'attività di Massimo Crespi sia d'intesa con Alberto Montori nella realizzazione di importanti innovazioni – prima fra tutte una novità mondiale, l'esa-



Massimo Crespi nel 1970,  
organizzatore del secondo  
Congresso Mondiale

me endoscopico durante un intervento chirurgico – sia all'interno del Regina Elena nel campo della citologia per via endoscopica. “Era il 1970 – ricorda Crespi – quando effettuammo un importante studio consistente nel prelevare cellule da tutta l'area interessata da una lesione. Un lavoro d'équipe, assieme a Sabatino e Di Matteo. In pratica attraverso il canale della biopsia, oltre a mandare giù la pinza per effettuare i prelievi, facevamo passare un catetere con in cima una spazzolina costruita in modo da prelevare cellule. All'epoca di questi esperimenti ero Aiuto coordinatore del Centro di prevenzione tumori nell'ambito del quale una delle sezioni era la gastroenterologia. Adesso dirigo un servizio di prevenzione oncologica nell'ambito del quale c'è una sezione di gastroenterologia mentre la sezione di endoscopia digestiva è diretta dal collega Casale”.

Di Casale abbiamo parlato durante la storia della realizzazione di una nuova tecnica che è stata ripresa da importanti pubblicazioni scientifiche. Quindi anche questo studio del Regina Elena fa parte della storia dell'endoscopia digestiva romana.

### L'INCONTRO CON ANTONIO RUSSO

**B**reve attesa nel suo studio all'Università di Catania. E una conversazione frammezzata da una serie di “... Professore, il paziente è pronto”. Il colloquio con Antonio Russo, Ordinario di diagnostica e chirurgia endoscopica all'Università di Catania e Presidente, nel 1990 e nel 1991, della Società Italiana di Endoscopia Digestiva, è lungo e ricco di informazioni. Si parla degli inizi, della Cattedra universitaria voluta, fermamente voluta con grande lungimiranza, dal professore Basile. E poi del libro, il primo, di chirurgia endoscopica. Un'attesa per “un altro paziente è pronto”, il tempo per soffermarmi sul volume e trovarlo interessante anche per un gionalista che di Medicina nulla sa.

“Ho imparato l'endoscopia in Francia, a Lione, dove mi ero recato per studiare il trattamento chirurgico dell'ipertensione portale. Frequentando saltuariamente il reparto di gastroenterologia, materia dalla quale ero lontano da un punto di vista culturale, vidi i primi esami endoscopici e fui talmente affascinato dalla immediatezza del riscontro visivo che trascurai il reparto chirurgico e segui B. Moulinier, uno dei padri dell'endoscopia flessibile in Europa. Al termine dello stage, prima di partire chiesi al prof. Levrat, Ordinario di gastroenterologia presso l'Università C. Bernard, se ritenesse che l'endoscopia digestiva potesse avere un futuro; la sua risposta fu entusiasticamente affermativa, così io tornai dalla Francia ex chirurgo e neo endoscopista.

Rientrato in Italia – continua Russo – iniziai la mia nuova attività e partecipai attivamente alla prima campagna dell'endoscopia che è stata quella della Radiologia. Bisognava dimostrare come la nuova metodica di studio fosse vincente nel risolvere le problematiche diagnostiche poste dalla patologia dell'apparato digerente. Inizialmente ne eravamo convinti solo noi, successivamente se ne resero conto i fruitori delle tecniche endoscopiche, e oggi anche i radiologi illuminati ammettono che il riscontro endoscopico debba essere considerato metodica di prima istanza. La vittoria della campagna della Radiologia fu sancita nel 1976 da un editoriale, a firma R. Lambert e B. Moulinier, apparso su *Presse*, intitolato ‘L'endoscopia di prima intenzione nell'esplorazione esofago-gastro-duodenale’. Tenete conto che gli americani hanno iniziato a parlare di ‘Prima linea endoscopica’ solo da 3-4 anni, e che gli inglesi hanno coniato il termine ‘Open access endoscopy’ da non più di due anni. Contemporaneamente alla endoscopia alta diagnostica iniziai a eseguire l'esplorazione endoscopica del colon, e quindi quella delle vie biliari. Resomi conto che il termine endoscopia non era più sinonimo di esofagogastroduodenoscopia, ma si doveva riferire a un insieme di metodiche da realizzare routinariamente e da affinare nel tempo, abbandonai del tutto la chirurgia e dedicaí tutto il mio impegno clinico e culturale solo a quella che ritenevo potesse diventare una nuova branca della medicina. Nel 1979, il mio Maestro, il prof. Basile, uomo lungimirante che ha avuto grande fiducia nello sviluppo delle tecnologie, fece inserire nell'ordina-



Antonio Russo con Nib Soehendra

“Un vissuto clinico,  
uno didattico  
e uno societario”

mento universitario italiano, e di questo gliene sarò grato, una nuova materia di insegnamento denominata 'Diagnostica e Chirurgia Endoscopica'. E questi sono i primi dieci anni.

I secondi 10 anni, che vanno dall'80 al '91, sono stati 10 anni anch'essi intensi, nell'ambito dei quali io individuerei un vissuto clinico, uno didattico e uno societario.

Cosa è stato il vissuto clinico? È stato la realizzazione delle nuove tecniche, soprattutto terapeutiche, via via proposte: la polipectomia, il trattamento della calcolosi della via biliare, la dilatazione dell'acalasia, l'arresto delle emorragie, la sclerosi delle varici esofagee, la palliazione delle neoplasie del tubo digerente e delle vie biliari. L'acquisizione all'endoscopia di una nuova indicazione è stata da tutti noi vissuta in maniera intensa; era qualcosa che veniva tolta alle terapie tradizionali e contemporaneamente realizzata sotto gli sguardi increduli e poco rassicuranti della medicina ufficiale. E nell'ambito del nostro vissuto clinico vi sono indimenticabili momenti drammatici: la morte improvvisa di un paziente per arresto cardiaco, l'insorgenza di una complicanza grave da trattare chirurgicamente.

Quanto alla didattica, che ha occupato pur essa un ruolo molto importante nell'arco di questi secondi 10 anni, io l'ho vissuta non in senso tecnologico-futuribile, ma in maniera molto pragmatica; ho cercato cioè di focalizzare l'attenzione sull'uso appropriato delle tecniche endoscopiche nel contesto delle realtà cliniche quotidiane. Proprio per questo pragmatismo gli ultimi due corsi da me organizzati sono stati entrambi sul follow-up endoscopico (se bisogna farlo, quando bisogna farlo, e perché bisogna farlo) e sul ruolo diagnostico terapeutico dell'endoscopia in situazioni cliniche di difficile soluzione.

Vediamo – conclude Russo – infine il terzo vissuto: quello societario. Ritengo giusto sorvolare sulle conflittualità non culturali che hanno portato momenti di profonda incomprensione tra i medici interessati ai problemi della gastroenterologia, mentre mi piace porre l'accento sull'attività svolta come Coordinatore editoriale del *Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva*.

È stata questa un'esperienza nuova e interessante che, vissuta con grande impegno, mi ha offerto momenti di grande emozione e di gratificazione culturale.”

#### PASQUALE SPINELLI E IL CENTRO DELL'ISTITUTO TUMORI

L'Istituto Tumori di Milano rappresenta uno dei centri all'avanguardia per l'endoscopia digestiva. È stato il primo o comunque fra i primi, a dotarsi di una divisione autonoma e questo dimostra da solo la lungimiranza dell'Istituto. Ripercorro le tappe di questa realtà italiana con Pasquale Spinelli. Nasce chirurgo a Roma con Valdoni, poi primario in alcune città italiane, infine arriva all'Istituto dei Tumori di Milano. Medico di grande valenza, ottimo organizzatore al vertice della SIED, prima come consigliere poi segretario, infine dal '92 al '93 Presidente con un grande impegno rivolto alla valorizzazione dell'endoscopia digestiva e della figura dell'endoscopista in confronti molto difficili con le istituzioni a cominciare dal Ministero della Sanità. Se l'endoscopia digestiva ha compiuto progressi in campo scientifico – basti citare gli eccezionali risultati con il laser – e se ha compiuto passi avanti in campo sociale lo si deve anche a Pasquale Spinelli. Quando Spinelli arriva a Milano ha già un'esperienza di endoscopia, quella che hanno un po' tutti i chirurghi nel campo degli strumenti rigidi come le broncoscopie, eseguite con Piero Mazzone e le cistoscopie con Blasucci. Anche le gastroscopie vengono eseguite in Clinica Chirurgica dal 1968 quando all'Università di Roma è arrivato il primo endoscopio flessibile. Spinelli è un assistente chirurgo, dorme in Clinica e quando c'è da fare esami endoscopici, al mattino presto, chiamano lui.

Quando giunge a Milano nel 1972 all'Istituto Tumori esiste già un interesse all'attività

endoscopica. Al momento dell'ingresso Spinelli organizza in Istituto il servizio di endoscopia, che diventa il primo centralizzato al mondo. In seguito di uguali ne nasceranno uno a Mosca, uno in Francia, uno a Los Angeles e uno a Tokyo. In pratica, la prima idea di dipartimento poiché nel reparto – anche se è alloggiato solo in due stanze – convergono competenze di endoscopia digestiva, urologica e respiratoria; in più inizia l'attività di laparoscopia.

“... Era da poco tornato – ricorda Spinelli – dagli Stati Uniti, Gianni Bonadonna, il quale un giorno mi dice: ‘all'Istituto Nazionale del Cancro di Bethesda praticano la biopsia epatica per la stadiazione dei linfomi, perché non farla anche noi?’, aggiunge Spinelli: ‘magari in laparoscopia, così da esplorare l'addome’. All'epoca si stadiavano i linfomi con le biopsie epatiche e con la splenectomia per individuare focolai di tessuto linfomatoso extralinfonodale. Si operavano quindi pazienti spesso defedati, gravandoli di importanti complicanze e di lunghe degenze. La laparoscopia avrebbe invece evitato l'intervento. “Rapidamente misi a punto la tecnica – continua Spinelli – ed eseguii, primo al mondo, la stadiazione sottodiaframmatica dei linfomi con la sola laparoscopia. I risultati furono pubblicati sui principali giornali oncologici internazionali (*British Medical Journal*, 1975, *Cancer Treatment Reports*, 1976 ecc.) e il lavoro ebbe un successo enorme; furono richieste centinaia di ‘reprints’ e io ricevetti visitatori da ogni parte del mondo Stati Uniti, Svezia, Giappone, Argentina e da tutta l'Europa, per imparare la tecnica di stadiazione laparoscopica dei linfomi. Fu allora che ebbi chiara la sensazione che avrei potuto lasciare la chirurgia per dedicarmi completamente all'endoscopia, anche perché l'attività endoscopica cominciava a diventare così intensa da non lasciarmi respiro. Ricordo che, essendo mancato qualche giorno da Milano, le richieste erano così numerose che arrivai a eseguire 17 laparoscopie in una stessa giornata. Il paziente che prima veniva sottoposto alla laparotomia in anestesia generale ora, con la laparoscopia, subiva solo un esame in sedazione, azzerando complicanze e tempi di degenza.

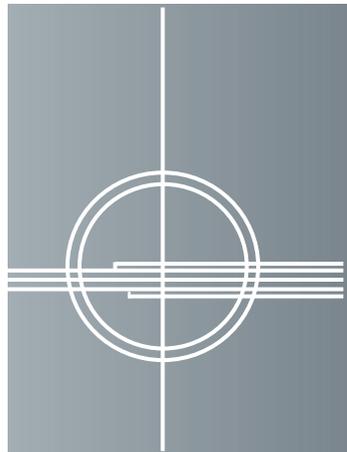
Intanto si afferma sempre di più l'endoscopia con gli strumenti flessibili e nel 1973, non appena negli Stati Uniti vengono realizzate le prime polipectomie, Shinya, allora il maggiore esperto, viene invitato all'Istituto dei Tumori di Milano durante il corso annuale e presenta la sua esperienza, che dà inizio anche a quella dell'Istituto. Nello stesso anno si dà inizio alla diagnostica delle vie biliari con la colangiopancreatografia retrograda e, qualche mese dopo, nel 1974, si esegue la prima papillotomia. Sono le prime papillotomie che si praticano in Italia. Il Professor Valdoni – dice Spinelli – quando gli avevo parlato della possibilità di praticare quest'intervento, nonostante la sua lungimiranza, mi aveva sconsigliato dal farlo, ma la medicina avanzava, non potevamo fermarci!”

In quegli anni il gruppo dei medici si amplia e Spinelli ha come aiuto Paolo Pizzetti. Intensa è l'attività di formazione con oltre cento medici che si succedono a turno nel servizio per seguire gli esami e imparare le basi dell'endoscopia. Si allarga anche la sede e bisogna trovare spazio alla biblioteca che si arricchisce di lavori scientifici e dei primi testi di endoscopia. L'attività si amplia anche nel campo dell'endoscopia respiratoria e si eseguono i primi trattamenti disostruttivi della trachea e dei grossi bronchi. In endoscopia operativa digestiva si iniziano i trattamenti palliativi dei cancri stenosi del tubo digerente e delle vie biliari. Tutto quanto in endoscopia può essere utile in campo oncologico viene sviluppato in questa struttura, dapprima in modo pionieristico poi sempre più in modo scientifico e professionale.

E si arriva all'epoca dei laser che accrescono le possibilità per l'endoscopia. Comincia un'avventura estremamente originale attraverso un dialogo stretto e ricco di risultati fra il gruppo di Pasquale Spinelli e quello dell'Elettronica Quantistica del Politecnico di Milano, che ha sede proprio dall'altra parte della strada dove sorge l'Istituto Tumori. Nasce il primo progetto finalizzato del CNR “laser di potenza”. Una meravigliosa collabo-



Pasquale Spinelli relatore al Congresso SIED del 1989



razione, che mette insieme competenze mediche e scienza di base con la fisica. Il progetto parte nel '79 con frequenti visite negli Stati Uniti dove viene acquistato il primo laser. Nascono quattro poli CLAM (Centro Laser Applicazioni Mediche) a Milano, Bari, Napoli e Firenze.

Importanti progressi vengono compiuti dal gruppo di Spinelli sempre nell'ambito dei progetti finalizzati del Consiglio Nazionale delle Ricerche nel campo della terapia fotodinamica riuscendo, primi in Europa a compiere un trattamento su un tumore della trachea. Progressi anche nel settore della spettroscopia attraverso studi di fluorescenza, sulla scia degli esperimenti compiuti negli Stati Uniti.

Intensa l'attività di Spinelli nella Società, che ha servito da socio fino a segretario e a presidente, avviando battaglie politiche per dare dignità alla figura dell'endoscopista che deve svolgere un'attività a tempo pieno e occuparsi approfonditamente della materia. Tra le sue prospettive è anche la creazione di Unità di endoscopia pluridisciplinare, di tipo dipartimentale, in cui possano convergere competenze differenti di tipo endoscopico, per utilizzare a pieno e al meglio risorse sia tecniche che umane ed economiche; e poi la lotta per la creazione dei Centri di alta specializzazione in grado di applicare e far progredire una metodica, quella endoscopica, che, utilizzata appropriatamente, promuove interventi poco traumatici, a scarso tasso di complicanze e con risparmio sui costi di trattamento. E ancora: un'azione mirata per l'idoneità nazionale al primariato per gli endoscopisti, che viene ottenuta ma poi perduta negli anni successivi. Una delle tante contraddizioni che punteggiano la storia dell'endoscopia digestiva italiana.

#### I RICORDI DI ALBERTO TITTOBELLO

Quando si nomina l'endoscopia digestiva, Alberto Tittobello ama ricordare il suo primo approccio a questa disciplina.

Nel 1967 il gruppo di gastroenterologi-epatologi del Policlinico di Milano si ricostituì, sotto la guida del Prof. Dioguardi, che era stato in Cattedra a Cagliari per alcuni anni. Tittobello viene convocato nello studio del direttore, che dice: "Ho saputo che al Padiglione Monteggia due 'matti', in un bugigattolo, introducono degli strani tubi semirigidi nello stomaco dei pazienti, con grave rischio per il loro esofago. Và a



Alberto Tittobello  
relatore al "Live 94"

vedere, perché secondo me questa pratica avrà un enorme futuro". Fu così che Tittobello introdusse il suo primo gastroscopio Hirschowitz con mano tremante, sotto la guida di Mirelli e Fichera. Fu un colpo di fulmine, innamoramento a prima vista.

Dioguardi procurò subito da alcuni sponsor i gastroscopi ACMI e Machida e iniziò una proficua pratica clinica e di ricerca soprattutto nel campo delle emorragie-gastriche e del follow-up delle gastriti atrofiche.

"La casistica delle varici esofagee era ampia (eravamo epatologi), ma che paura introdurre quei 'bastoni' in pazienti con varici!"

Con Mirelli e Fichera, Tittobello fece il suo esordio congressuale nell'endoscopia, come relatore sulle emorragie di-

gestive del tratto digestivo superiore al Congresso di Taormina.

La casistica sul follow-up delle gastriti atrofiche fu pubblicata dopo 20 anni e si affiancò a quelle italiane (Chieti) ed europee (Siurala).

L'innamoramento a questa disciplina ebbe un ulteriore impulso nel 1972, quando Tittobello seguì un breve tirocinio da Vicari a Nancy e iniziò, per primo in Lombardia e tra i primi in Italia, con Fratton, Oselladore e Montori, il cateterismo della papilla di Vater. Il Prof. Vittorio Staudacher, allora direttore della chirurgia d'Urgenza - che Tittobello ama definire "il più grande clinico medico tra i più grandi chirurghi" rimase estasiato

da questa pratica diagnostica innovativa e fu fonte inesauribile di casistica di patologie delle vie biliari e pancreatiche.

Negli anni '80 Tittobello, insieme con i suoi due più validi collaboratori, prima Pier Alberto Testoni e poi Enzo Masci, pubblicò la casistica italiana più importante in questo campo, specie in quello delle malattie pancreatiche.

Si può dire che Tittobello sia stato tra coloro che hanno contribuito a dare all'endoscopia digestiva il maggior impulso sia nel campo della ricerca, sia in quello organizzativo della Società.

### LA TESTIMONIANZA DI GIULIANO BEDOGNI

La prima gastroscopia alla quale ebbi occasione di assistere risale al 1967, quando, ancora studente, seguivo le esercitazioni tenute dal Dr. G. Rigo, al quale sono ancora legato da rapporti di collaborazione e di sincera amicizia, nella Clinica Medica allora diretta dal prof. M. Coppo all'Università di Modena.

Subito dopo la laurea, conseguita nel 1969, venni assunto in qualità di assistente presso la Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia. Era, già allora, fortemente sentita, da parte del Primario Prof. U. Parisoli, la necessità di sviluppare un'attività endoscopica all'altezza di una moderna chirurgia Gastroenterologica.

Pertanto nei primi anni '70 iniziai il mio percorso di formazione presso la Divisione di Gastroenterologia del Bellaria di Bologna diretta dal Prof. P.R. Dal Monte e nel 1974 nel mio ospedale venne formalmente istituito un Servizio di Endoscopia Digestiva aggregato alla II Divisione Chirurgica.

Da allora l'endoscopia digestiva consolidò in modo sistematico il proprio ruolo diagnostico, ma soprattutto iniziò a sviluppare le sue potenzialità operative che mi indussero a completare la mia formazione continuando la frequenza presso il prof. Dal Monte dal quale vidi la prima ERCP diagnostica nel 1976; da qui arricchii la mia esperienza grazie al Prof. Liguory, Demling e Classen, che a buon diritto a tutt'oggi vengono considerati i padri dell'Endoscopia Digestiva e sono stati maestri per tanti endoscopisti italiani.

Nel dicembre del '77, fu inviato al nostro reparto il primo paziente che poteva essere sottoposto alla prima sfinterotomia endoscopica. Si trattava di un anziano signore (81 anni) che presentava un classico quadro di colangite settica grave e iniziale stato di shock da ostruzione litiasica del coledoco e che i chirurghi preferivano non operare; dopo 2 giorni dalla sfinterotomia ed estrazione di calcoli il paziente era in grado di ritornare a casa in buona forma. Questo episodio rinforzò notevolmente la convinzione che le metodiche operative potevano integrarsi o essere efficacemente alternative alla chirurgia tradizionale.

Gradualmente prese corpo la consapevolezza della necessità di un'autonomia gestionale/organizzativa oltre che culturale e professionale per cui pur rimanendo fino all'85 formalmente un servizio aggregato alla chirurgia, l'endoscopia di Reggio Emilia iniziò un cammino autonomo che si concretizzava in migliaia di esami, molti dei quali operativi, con particolare dedizione all'endoscopia biliopancreatica e alla pubblicazione di vari lavori scientifici fra cui il primo testo-atlante di endoscopia operativa scritto in collaborazione con la scuola del prof. D. Oselladore, tradotto prima in inglese e successivamente in francese con la presentazione di Claude Liguory.

Gli anni successivi sono serviti a costruire la "scuola" i cui principi ispiratori sono quelli della concezione attuale della leadership vincente: negazione del "divide et im-



Giuliano Bedogni e la sua équipe nel 1994: M. Grazia Mortilla, Enrico Ricci, Rita Conigliaro e Dario Pacchione

pera" e del "non insegnare sarai il solo eccellente" di leonardiana memoria. Ogni membro del team è un soggetto portatore di progettualità e capace di lavorare in collaborazione con gli altri, può essere a sua volta leader e deve essere messo in grado di esprimere tutte le sue potenzialità.

Questa filosofia ha consentito il raggiungimento di risultati importanti che hanno permesso alla scuola di farsi conoscere a livello nazionale e di guadagnarsi la stima e l'apprezzamento dell'endoscopia italiana, tanto da diventare in pochi anni un punto di riferimento per tanti professionisti che volevano accostarsi a questa disciplina.

Sono nate così importanti iniziative come: il primo Congresso Italiano sui mezzi audiovisivi in endoscopia digestiva (Lerici 1986), la partecipazione alla rassegna internazionale del film scientifico: il Medikinale di Parma nell'edizione del 1986 dove ci è stato assegnato il primo premio.

Ho seguito la realizzazione del primo software di refertazione endoscopica Esculapio, utilizzato tuttora, in versione window, da molti centri di endoscopia italiani.

Nel frattempo crescevano la competenza e l'impegno di tutti i membri del gruppo: il Dottor Ricci, che mi ha affiancato alla guida del Servizio e ha contribuito alla formazione di tanti colleghi anche coordinando e stimolando la produzione scientifica, fino all'impegno degli ultimi anni che ha portato l'endoscopia di Reggio Emilia ad ottenere la Certificazione ISO 9002 nel maggio del 1997.

Il Dottor Giorgio Bertoni, che si è particolarmente impegnato nella produzione scientifica arrivando alla pubblicazione di 2 libri ("Le varici esofagee" e "La storia dell'endoscopia") nonché di molti lavori originali comparsi su riviste internazionali di prestigio; la Dottoressa Maria Grazia Mortilla che ha preso in mano la gestione organizzativa dell'interfaccia con l'utenza e con i fornitori; la Dottoressa Rita Conigliaro che ha portato all'interno del gruppo l'applicazione di nuove metodiche (come ad es. la litotrixxia extracorporea e l'ecoendoscopia) oltre che continuare a lavorare per mantenere sempre vivo, insieme al Dottor Enrico Ricci, l'impegno organizzativo e scientifico nella Società Italiana di Endoscopia.

Infine, solo in ordine di tempo, l'ultimo membro del team: il Dottor Sassatelli che ha messo a disposizione del gruppo la sua importante competenza nel campo della Evidence Based Medicine aiutando tutti noi ad applicare questa filosofia e questo metodo di lavoro che contribuisce sensibilmente a migliorare la qualità delle nostre scelte terapeutiche nell'interesse del paziente e della cultura medica.

Questo per raccontare una sintesi e solo a grandi linee la mia storia tanto lunga (quasi 30 anni) quanto entusiasmante. Ho citato infine solo alcuni dei tratti salienti e delle qualità dei miei collaboratori ai quali devo, oltre ai risultati professionali e scientifici raggiunti, anche la grande opportunità di ricoprire le cariche direttive nella SIED.

### A COLLOQUIO CON LORENZO BONARDI

Si può fare un'intervista sull'endoscopia digestiva cominciando dalla Juventus. Perché anche il calcio e, in particolare un campione della Juventus, l'attaccante Roberto Bettega, ha un ruolo, piccolo ma pur sempre significativo, nella storia della Endoscopia Digestiva Italiana. Ecco un aneddoto che ha per protagonisti Roberto Bettega, Mario Banche, affermato primario di endoscopia digestiva, e Lorenzo Bonardi, giovane medico, allora, dello staff di Banche. E un mezzo dollaro USA.

Racconta Bonardi, in un interessante colloquio di una calda mattina d'estate a Torino: "Una domenica di febbraio del 1974, la Juventus, poche ore prima di scendere in campo per una partita di campionato, perde Bettega. Era successo che nel pullman che portava la squadra allo stadio Comunale, Bettega inavvertitamente parlando con Furino, altro campione bianconero, aveva ingoiato un mezzo dollaro USA che, solitamente, teneva

come portafortuna. Un inconveniente per niente banale se impedisce al giocatore di scendere in campo. Ci provano in molti con i rimedi più impensabili a rimuovere il corpo estraneo, addirittura un megapiatto di polenta. Niente da fare”.

E così Bettega, il lunedì mattina, viene accompagnato in ospedale per sottoporsi a un accertamento. Mario Banche ci prova più volte con una pinza endoscopica ma il mezzo dollaro sfugge alla presa. Banche, stremato si rivolge a Lorenzo Bonardi: “Provaci tu”. Bonardi tenta ma invano. Poi ha un’idea. Va in laboratorio e con un martello, un paio di colpi giusti, modifica la pinza. Con lo strumento artigianalmente adattato, il mezzo dollaro è recuperato. E Bettega può andare allo stadio per l’allenamento.

Un episodio, uno dei tanti che Bonardi mi racconta della sua vita di medico in ospedale (ora è Primario della Divisione di Gastroenterologia all’Ospedale Gradenigo di Torino) e (n.d.r. all’epoca dell’intervista) al vertice della Società Italiana di Endoscopia Digestiva. E proprio in quest’ultima veste ha vissuto forse uno dei periodi più difficili della Società quando si rischiò una frattura sulla vicenda degli endoscopisti chirurgici e di estrazione medica. E qui Bonardi è costretto a togliersi il camice e indossare la veste del diplomatico.

“Un momento difficile – mi dice – una serie infinita di incontri, viaggi in continuazione a Roma. Alla fine la soddisfazione di aver portato a soluzione il problema. Ma lo sa che fare il diplomatico è più difficile che tirar fuori mezzo dollaro?” Chiedo come c’è riuscito. E Bonardi mi risponde: “Perché credevo in quello che facevo”.

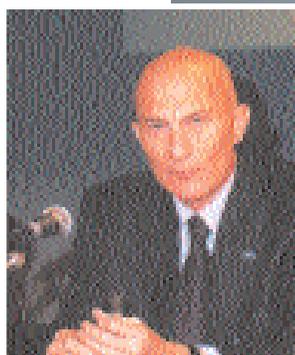
E Bonardi in quello che fa ci ha sempre creduto come quando, con un entusiasmo tutto giovanile, era ancora al quarto anno di Medicina a Torino, nel 1964, cominciò a credere nella nascente endoscopia. A dargli l’entusiasmo era stato Mario Banche che accettò di averlo nel suo ospedale. Ma soprattutto Luigi Roatta, Assistente del Primario, convinto sostenitore della metodica. Un lavoro impegnativo: alcune rettoscopie rigide e gastroscopie con lo strumento semirigido e tante laparoscopie diagnostiche. Ma le soddisfazioni non mancano perché la Divisione di Medicina diretta da Banche diventa l’1 gennaio del 1969 Divisione di Gastroenterologia – sempre con Banche al vertice.

Un giorno arriva in ospedale, affidato dalla Lorenzatto a Banche, il primo duodenoscopia a luce fredda, a visione laterale. Cresce l’entusiasmo, si tentano strade nuove. E la prova è in un lavoro di Mario Banche, Francesco Paolo Rossini (nel frattempo era entrato a far parte del gruppo questo studioso che reciterà un ruolo importante) e Lorenzo Bonardi: uno studio che documenta in assoluto le prime osservazioni della papilla di Vater. Con il nuovo strumento.

Bonardi snoda il rosario dei ricordi come quello delle lezioni degli allievi di Vicari di Nancy nell’autunno del ’73 per apprendere la tecnica dell’incannulazione della papilla di Vater: ha inizio così lo studio, primo in Italia insieme al gruppo di Fiorini a Verona, delle vie biliari e pancreatiche.

Lui non se ne accorge ma quasi si commuove quando va indietro nel tempo e sfoglia l’album delle immagini di un’intensa vita dedicata all’endoscopia. È un racconto garbato, mai una punta di acedine mai un giudizio fuori dalle righe. E scorrono le figure di Banche che va in pensione e di Verme che lo sostituisce.

Ricordi di una lunga attività scientifica e assistenziale alle Molinette, fino al passaggio in una nuova struttura, quella dell’Ospedale di Gradenigo con puntate rapide ai congressi della Società: splendida l’idea di affidare al filosofo Vattimo l’apertura del Congresso di Torino del 1995. E l’illustre studioso sorprende tutti con un’affascinante relazione dal titolo “Noi siamo quello che mangiamo”. Ma Bonardi il suo ricordo più bello lo tiene per ultimo, proprio quando sto per congedarmi. Si alza e dallo scaffale prende la sua “creatura”, il libro redatto nel 1991 con Rodolfo Rocca, *ERCP*, una tecnica diagnostica e terapeutica (Utet), presentato da Antonio Russo al Congresso di Catania. Bonardi parla mentre comincio a sfogliare il bellissimo volume che ha, come autori dei singoli capitoli, firme di illustri esperti; mi colpisce subito una frase posta all’inizio, è dal giuramento di Ippocrate: “Non asporterò mai calcoli, ma lascerò questo compito a coloro che se ne occupano”. Mi chiedo: ma Bonardi, scegliendo questa frase, si riferiva solo ai calcoli o, con la saggezza propria dei piemontesi (lui è di Mathi, alle porte di



Lorenzo Bonardi nel 1998  
presidente della SIED

Torino) ha voluto lanciare un messaggio a chi vuole fare senza saper fare? O dice di aver fatto senza sapere nemmeno come si fa?

Un libro dedicato alla papilla di Vater che in questa storia dell'Endoscopia Digestiva mi ha a lungo accompagnato. Chiedo a Bonardi: ma cosa è questa papilla? E lui, con un'immagine che sa di poesia: "Vede, è una minuta struttura dal nome delicato e femminile che ha stregato generazioni di endoscopisti. È possessiva, esaustiva e volubile. Ma nessuno di questi difetti ha valore di fronte al piacere che si prova ad affrontarla, a violarne i segreti, a vincerla".

Una papilla o una incantevole e intrigante Signora?

