

I Cinquantenni del 2000

Questo è un capitolo che è nato strada facendo, ossia in fase di elaborazione del testo. Infatti, leggendo le varie storie, mi sono reso conto di come gli anni Settanta siano stati veramente determinanti per la maggior parte dei medici che oggi si trovano a dirigere una struttura di Endoscopia. Forse non ci abbiamo mai pensato ma chi oggi “naviga attorno ai cinquanta” anno più anno meno (e siamo nel 2001), ha appreso l’endoscopia negli anni Settanta. E le storie sono diverse.

Chi ha avuto la fortuna di trovarsi accanto a un “padre” storico dell’Endoscopia; chi invece ha trovato un “nipote” storico; chi invece è stato autodidatta, completamente o in parte. C’è ancora chi ha girato l’Italia e chi l’Europa e chi ha attraversato l’oceano alla ricerca di uno o più maestri. C’è chi ha fatto tutto questo. E ancora, c’è chi ha scelto in piena autonomia la strada dell’endoscopia, chi è stato “indirizzato” o “consigliato” benevolmente dal proprio capo per esigenze di servizio o perché era lungimirante, chi invece è stato quasi “costretto” non trovando più sbocchi nella disciplina originaria (spesso la chirurgia). O perché il proprio capo di sbocchi non gliene faceva intravedere.

Era questo il panorama degli anni '70. Molte storie piene di entusiasmo, ma anche qualche storia velata di amarezza. E mi è sembrato giusto riportare alcune testimonianze significative capaci di dare la corretta dimensione di quel periodo a quanti oggi si stanno, o si sono da poco avvicinati all’endoscopia. E lo trovo utile perché l’avvicinarsi alla Disciplina per molti ha avuto un significato profondo: quello di potersi dedicare alla cura del paziente in un modo nuovo e moderno, con la possibilità di offrire nuove opportunità diagnostiche e operative e, spesso, inventando al momento l’accessorio o la tecnica.

Sono convinto, infine, che i giovani colleghi leggendo questo capitolo si sentiranno più fortunati dei loro predecessori e apprezzeranno di più il loro mondo. Un mondo con minori difficoltà per apprendere l’endoscopia. Un mondo fatto di videoendoscopia, filmati, corsi e congressi in diretta, corsi teorico-pratici; simulatori computerizzati e simulatori con modelli animali, ricca letteratura, manuali, linee guida, CD-ROM, Internet. E tante altre tecnologie sempre pronte a creare nuove opportunità di apprendimento.

Iniziamo la carrellata dei Cinquantenni che hanno risposto al mio invito.

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

“... La mia prima protesi endoscopica?

Tutto merito della mia infermiera Androsilla che mi ha suggerito ogni fase dell’intervento!”

Come mi sono avvicinato all’endoscopia? Per il mio interesse per tutte le urgenze emorragiche, per i miei maestri che mi hanno sempre insegnato a occuparmi a 360° dei miei pazienti e... per un aiuto (normali vicende universitarie) che non voleva mai mettermi in sala operatoria.

Fin dai primi anni di Università ho incominciato a interes-

sarmi di ipertensione portale frequentando come studente del terzo anno l’Istituto di Patologia Chirurgica del Prof. Pezzuoli: di mattina seguivo i pazienti sanguinanti e quelli operati per varici esofagee dal prof. Spina (saltando volentieri le noiose lezioni teoriche) e di pomeriggio aiutavo il Prof. Vassanelli a fare le porto-cave nei ratti.

Questo mio interesse giovanile non mi ha più abbandonato; mi sono laureato, ovviamente con una tesi sull’I.P., purtroppo troppo presto, nel 1973 a 24 anni (nessuno mi aveva spiegato che con la laurea finivano gli esami ma anche i bagordi!!) e ho continuato a posizionare Blakemore, fare paracentesi, leggere EEG.

Con il trasferimento a Milano nel 1979 del Prof. Pezzuoli e dello Spina, rimasi a Padova con il prof. Peracchia che mi affidò la responsabilità dei pazienti cirrotici e finalmente incominciai a operare. Ma sul più bello ecco che viene fuori un certo Paquet a dire che l’endoscopia può sostituire la chirurgia nel trattamento delle varici esofagee sanguinanti.

Ricordo lo scetticismo dei primi momenti: io e Cosentino, anche lui a Milano con Pezzuoli, da chirurghi “esperti” di ipertensione portale dicevamo che era una tecnica antifisiologica, che non curava le cause e parafrasando un famoso carosello televisivo si ripeteva “Dura minga, non può durare...” E invece...

E invece nei primi mesi del 1980 un illustre clinico medico padovano, che aveva dedicato la sua vita allo studio dell’IP, ebbe un’emorragia da varici esofagee. Ricordo ancora la sua battuta mentre gli posizionavo il Blakemore, quasi in coma, ma con il suo spirito toscano ancora pronto: “Caro Battaglia questo è un segno del destino, questa è la nemesi...” Il prof. Peracchia vista l’età e le condizioni del paziente si ricordò di Paquet.

Paquet venne dalla Germania, trattò in un paio di sedute le varici e il paziente morì purtroppo qualche mese dopo per insufficienza epatica (la causa dell’IP era una neoplasia dell’ilo epatico) ma senza aver più sanguinato.

Cominciò così l’avventura Padovana della sclerosi. Alla fine del 1980 il prof. Ancona prima e Norberto e Cusumano poi, avevano già trattato 18 pazienti.

Il successo di questa tecnica fu tale che dopo soli 5 anni io avevo praticamente smesso di operare ipertesi portali.

Ma anche se era una tecnica vincente, non era ancora ben codificata così da un'idea del Prof. Ancona a Bari al Congresso delle Malattie Digestive nel 1983 nacque a Padova il NIEC (inizialmente North Italian Endoscopic Club poi trasformato in New Italian Endoscopic Club per non equivocare con nascenti tendenze federaliste!!) con lo scopo di riunirci più volte l'anno, di qui la limitazione geografica, per confrontarci negli insuccessi e discutere soprattutto le complicate al fine di mettere a punto una tecnica migliore. Primo presidente fu Ancona, segretario e tesoriere io (e lo sono tuttora). Ricordo tra i soci fondatori oltre a noi due, Cusumano, Norberto, de Franchis, Caletti, Ciani, Manneschi, Arcidiacono, Zambelli, Cosentino, Brocchi, Gerunda, Rossi Alfredo, Primignani.

L'idea fu talmente buona che ancor oggi il NIEC produce studi di altissimo valore scientifico: la sua definizione del rischio emorragico nei pazienti cirrotici è da anni adottata da tutto il mondo. La riduzione, forzata, della mia attività chirurgica (non erano solo calate le indicazioni ma l'aiuto che gestiva la lista operatoria la gestiva in modo molto personale), e l'interesse per questo tipo di patologia mi portò così ad avvicinarmi all'endoscopia; in quei primi anni non c'era ancora un servizio di reperibilità e così pur di imparare a fare le endoscopie e in particolare l'urgenza, sfruttando la supervisione di Cusumano, mi adattavo a preparare, lavare e pulire tutti gli strumenti e le attrezzature (chissà poi perché i malati non sanguinavano mai in orari di ambulatorio).



In questo credo di essere stato più fortunato di altri perché non ho dovuto aprire una nuova strada e andare all'estero ad imparare perché sono cresciuto "protetto" dall'esperienza di due grandi scuole endoscopiche: quella di Oselladore e Norberto e quella di Ancona e Cusumano.

Ma non debbo ringraziare solo loro, tutta l'équipe endoscopica comprese le mitiche infermiere Antonia ed Androsilla, martiri delle continue battute di Norberto, erano formidabili: la mia prima protesi esofagea l'ho infatti messa grazie al loro aiuto.

Era luglio, Cusumano e Norberto erano in ferie e il prof. Peracchia aveva un paziente disfagico totale inoperabile. Il malato arriva in ambulatorio con la richiesta di mettere una protesi di Celestin. Mi appresto così a dilatarlo pensando già a scrivere sulla risposta la classica frase degli incerti: "iniziale dilatazione fino...; da rivedere il..." Mascherando la mia incapacità con una falsa prudenza.

Senonché arrivato a passare il Savary da 12,8 l'Androsilla, che ormai aveva visto posizionare più di 600 protesi, mi passa la Celestin. Io la guardo, rido e dico: "ma da che parte si comincia?". Così tranquillamente come se quelle protesi le avesse messe tutte lei, mi spiega i vari passaggi, i trucchi usati e io senza difficoltà, ma con molta paura metto la mia prima protesi. Perfetta!!

Ma l'endoscopia mi ha sempre interessato anche come fantastico strumento elettronico che unito al computer può fare cose eccezionali.

Così nel 1980 con i fondi del NIEC compro un programma di re-

fertazione endoscopica e poi convinco (non so ancora come ho fatto) il prof. Peracchia a spendere ulteriori 20.000.000 (siamo nel 1980!) per un altro programma che cattura e memorizza immagini su computer: messi insieme costituiscono forse il primo software di gestione ed archiviazione delle immagini e dei referti in endoscopia.

Ed è proprio questa mia curiosità scientifica che mi ha sempre portato a cercare nuove metodiche da sperimentare.

Nel 1990 Norberto mi propone uno studio per la registrazione ministeriale in Italia di un nuovo presidio: il legatore per varici di Stiegmann e il 2-5-91 "lego" il primo paziente italiano.



A fianco, una immagine "datata" di Giorgio Battaglia, sopra in una recente foto abbracciato a Rocco Maruotti, a sinistra, e Felice Cosentino a destra

Ma se il trattamento delle varici esofagee era ormai standardizzato, per le varici gastriche il discorso era ancora aperto, così nel marzo del 1985 dopo una visita di Cusu-

mano a Soehendra si inizia un'altra avventura: la terapia delle varici con bucrilato. Anche in questo caso i brillanti risultati ci entusiasmano almeno fino alla comparsa della Direttiva CEE 93/42 del 14-6-98 che proibisce l'uso di presidi medico-chirurgici senza marchio. Siamo preoccupati anche perché non esistono alternative endoscopiche valide, a parte le prove di Cipolletta fatte con i lacci.

Mi guardo intorno e così trovo a due passi da dove trascorro le mie ferie estive una ditta di Viareggio, la GEM che produce una colla acrilica molto simile all'Hystoacril ma con tutte le autorizzazioni richieste dalla normativa. La provo, va bene, forse meglio, e la storia riprende...

Ovviamente la mia cultura endoscopica non si è limitata solo alle patologie emorragiche: vivendo in una delle strutture più prestigiose per la terapia del cancro dell'esofago ho potuto tra l'altro affrontare, raccogliendo ampia casistica, tutte le tecniche endoscopiche per il trattamento di tale patologia: dal laser, alla PDT, alla crioterapia, al Bi-cap, alla mucosectomia, all'iniezione di sostanze sclerosanti.

E queste mie esperienze ho cercato di divulgarle il più possibile, organizzando gruppi di lavoro e mettendo a disposizione il mio strumento: è così che per esempio è nato il CeMuRNI (Centro Multidisciplinare per le radiazioni non ionizzanti) diventato oggi un modello per la nostra Azienda. Avevo infatti un grosso laser Yag che utilizzavo 5-6 volte la settimana, e confesso, mi ingombrava un po': l'ho depositato in una sala della radioterapia e messo a disposizione di tutta l'Azienda.

In breve tutti i gruppi endoscopici hanno incominciato ad utilizzarlo

e si è costituito un gruppo di lavoro estremamente affiatato. L'uso intensivo di tale strumentazione tra l'altro ci ha permesso l'aggiornamento continuo senza pesanti aggravii per i costi dell'Azienda stessa.

I ricordi recenti e meno recenti continuano ad affollarsi, non solo legati all'attività endoscopica, ma anche all'attività nell'ambito della SIED, all'organizzazione della Diateca, alla partecipazione alla Commissione Imaging, all'organizzazione del sito Internet, che proprio recentemente ha ricevuto un importante riconoscimento come sito certificato dalla HON (Health On the Net Foundation), al consiglio Direttivo del Triveneto ecc.

Credo però che tutto questo non faccia "Storia" e passo la parola a chi ha cose più interessanti da raccontare.

Giancarlo Caletti

**"... L'endoscopia?
È stato amore a prima
vista. Ma all'inizio
Labò mi affidò
la gestione del metodo
"Van de Kamer"**

Quando ti chiedono di scrivere le tue memorie è un gran brutto segno. Significa che si è diventati vecchi o si è lì lì per esserlo. Eppure a quasi 55 anni sento di poter realizzare ancora tante cose. Tuttavia mi è stato chiesto di raccontare come sono diventato endoscopista e lo faccio volentieri, perché un momento di riflessione è sempre utile e talvolta anche piacevole, ma

soprattutto per lanciare qualche messaggio ai giovani che avranno voglia di leggere questo libro.

Sono diventato endoscopista per caso, o meglio per volontà del destino e devo dire che è stato amore a prima vista, un vero colpo di fulmine, ma quante difficoltà e quanti sacrifici per poter realizzare quello che oggi ho ottenuto.

Mi sono laureato all'Università di Bologna con lode il 5 luglio del 1971 discutendo una tesi brillante in Istologia sulla struttura delle membrane biologiche. Non volli accettare le proposte di continuare a frequentare quell'istituto biologico e, seguendo la mia vocazione per la medicina interna, chiesi al prof. Giuseppe Labò, allora direttore della Patologia Medica, di frequentare il suo istituto. Venivo dal Veneto e a Bologna non avevo sponsors, volevo farmi da solo, senza l'aiuto di papà che sicuramente nella terra della Serenissima avrebbe potuto darmi un aiuto concreto, ma a 24 anni si è idealisti e manichei, oggi invece direi un po' pirla.

Labò era un uomo di grande fascino e se ci avesse provato sarebbe riuscito ad incantare anche i serpenti, per cui mi offrì, facendomela passare come incarico di grande responsabilità, la gestione del metodo Van de Kamer. Solo dopo essere uscito dal suo studio ed aver consultato un testo di laboratorio mi resi conto che il Van de Kamer non è altro che il dosaggio dei grassi fecali. Evidentemente Labò non aveva trovato nessun altro (fesso) che avesse accettato questo incarico, dato che tutti i figli della Bologna bene a lui affidati erano stati messi in prestigiosi ed asettici laboratori di motilità, endocrinologia gastroenterologica, endoscopia, IBD ed altro.

Dopo un breve periodo di scoramento mi resi però conto che la metodica era indispensabile per delle ricerche serie sul malassorbimento e pian piano cominciai ad essere corteggiato dagli aiuti anziani di Labò che avevano bisogno di me, in quanto veramente unico ed insostituibile manipolatore di feci, per portare avanti le loro ricerche in quel settore della gastroenterologia.

Conobbi così Giovanni Fontana, uomo di grandissima cultura, ed assieme a lui cominciai ad occuparmi di pancreas. Uscirono le prime pubblicazioni, arrivarono i primi riconoscimenti e le prime soddisfazioni, ma il mio posto era sempre nel sotterraneo a frullare e a dosare le feci.

Tuttavia la malasorte non dura in eterno, per tutti prima o poi arriva l'occasione giusta, che se afferrata al volo ti può cambiare la vita.

Eravamo nel 1972, il Professor Labò doveva recarsi a Verona ad un importante convegno per tenervi una relazione sulle pancreatiti croniche. I miei dati sulla steatorrea in questa malattia erano importanti ed (ovviamente) unici, pertanto egli mi incaricò di preparargli alcune diapositive, che avrebbe incluso nella lettura.

Labò con Fontana sfrecciò a Verona con la sua Ferrari del momento (ne ebbe molte e di tutti i tipi), mentre io con la mia "Fiat 127" affrontai la nebbia della Bologna-Verona e raggiunsi da solo la città scaligera per ascoltare la lettura del "maestro".

Stranamente tutti i colleghi della clinica avevano disertato il convegno, forse per il tempaccio o (secondo loro) per lo scarso interesse dell'argomento.

Dopo la relazione di Labò e subito prima del pranzo vi fu la relazione di un giovane chirurgo padovano, un certo Domenico Oselladore, che presentò le sue prime esperienze su di una tecnica nuova la "colangio pancreatografia retrograda endoscopica". Questa bellissima relazione non suscitò grande interesse nel pubblico, forse per l'ora tarda o anche perché in Italia le novità sono sempre accolte con scetticismo e diffidenza, ma Labò era una vecchia volpe dal grande fiuto e, vedendo le bellissime immagini proiettate da Domenico Oselladore, capì subito che la cosa poteva essere molto valida, se non indispensabile per la diagnosi delle malattie biliopancreatiche.

Durante la colazione, Labò mi fece chiamare da Fontana (forse in quanto suo unico collaboratore presente) e senza mezzi termini, certamente ispirato dall'anima del generale Cambronne, mi disse: "Caletti, sei stato abbastanza nella merda, è ora che tu faccia qualcosa di più decente", e mi ordinò di recarmi al più presto nel miglior centro estero per imparare questa metodica.

Venni a sapere dal buon Oselladore che in Francia c'era un certo Claude Liguory che della metodica aveva un'ampia casistica. Senza pensarci tanto e anche forte del fatto di conoscere bene il francese e l'inglese partii per Parigi dove rimasi due anni all'Hopital Saint-Antoine ottenendo prima una borsa di studio e quindi la qualifica di "assistente straniero".

Gli anni a Parigi furono bellissimi e durissimi al contempo. Liguory aveva, e credo abbia ancora, un carattere terribile, con sbalzi di umore imprevedibili, ma è un uomo generosissimo con una grandissima cultura gastroenterologica e delle doti manuali eccezionali. Al mattino si iniziava a lavorare tardino, non prima delle nove e mezza-dieci, ma poi si scatenava una rumba ininterrotta fino alle undici di sera o addirittura a mezzanotte.

La giornata finiva quasi sempre in un ottimo ristorante con abbondanti libagioni, il cui conto (salatissimo come sempre a Parigi) era quasi sempre regolato da Liguory.

Imparai moltissimo in quel periodo non solo l'ERCP o CPRE come la chiamano i francesi, ma anche tutta l'endoscopia compresa la laparoscopia. Ma la cosa per me più importante, e di cui sarò sempre grato a Liguory, è che imparai il metodo, la razionalità tutta cartesiana nell'approccio clinico al malato.

Alla mia partenza, salutandomi Liguory mi disse: "sono contento che voi Caletti con me abbiate imparato non soltanto la gastroenterologia, ma anche la gastronomia".

Ed era proprio vero.

Quando tornai a Bologna nel 1974, convinto di iniziare a lavorare a pieno ritmo, trovai una situazione difficile, legata ad una situazione interna tipica del mondo accademico italiano tantoché fui messo in condizioni di non poter iniziare la mia nuova attività.

Anche questa volta il destino mi aiutò facendomi incontrare Galeazzo Mattioli, chirurgo giovane e brillante, primario all'Ospedale di Forlì che, entusiasta della nuova metodica endoscopica, mi mise a disposizione pazienti, ambienti e strumenti nuovi di zecca.

Nel frattempo avevo sentito che l'ERCP da diagnostica stava tramutandosi in metodica operativa, consentendo di tagliare la papilla di Vater e così asportare i calcoli dal coledoco. Decisi subito di ritornare da Liguory per qualche settimana dove lo vidi eseguire le prime papillosfinterotomie endoscopiche.

Tornato nuovamente in Italia nel novembre del 1974, cercai in ogni modo di procurarmi un papillotomo, ma questi allora non erano in vendita. Mi venne in aiuto Enrico Lorenzatto che, come sempre attentissimo alle novità e sponsor di giovani talenti, mi ospitò a Torino un paio di giorni mettendomi a disposizione il suo laboratorio riparazioni. Qui con l'aiuto di un uomo meraviglioso come Sebastiano Gandolfo, costruì il nostro

papillotomo utilizzando una cannula da ERCP e del filo metallico da pesca. (Foto 1)

Pochi giorni dopo a Forlì, con l'assistenza del chirurgo Galeazzo Mattioli eseguii con successo la mia prima papillotomia endoscopica.

Forse essa è stata la prima in Italia, ma la cosa per me ha poca importanza.

Nel 1977 si verificò un altro episodio che cambiò in meglio la mia vita professionale e che influì notevolmente sulla crescita della mia reputazione internazionale.

La ditta Lorenzatto, allora rappresentante per l'Italia della Olympus, invitò a Torino i più eminenti gastroenterologi ed endoscopisti italiani per incontrare una delegazione della Olympus Tokyo formata dai massimi esponenti giapponesi della sezione R&D (ricerca e sviluppo) per discutere dei nuovi strumenti che stavano per essere prodotti ed immessi sul mercato.

Io allora ero solo un giovane assistente, ma Enrico Lorenzatto, forse colpito dal mio entusiasmo e dalla mia voglia di fare, invitò anche me.

L'appuntamento era per il pomeriggio del 31 luglio. Ero al mare

con la mia ragazza (di allora) che quando sentì che volevo andare a Torino per due giorni fece una terribile scenata minacciando una rottura. Incurante di questo (anche se il rischio della rottura non era solo teorico dato il caratterino della stessa), mi misi in macchina per recarmi nel capoluogo piemontese.

Era un venerdì e per di più giorno di esodo. Ricordo una temperatura torrida, c'erano quasi 40°, ovviamente nella mia 127 FIAT (sempre la stessa del viaggio a Verona) di aria condizionata neanche l'idea. Ricordo anche che l'autostrada davanti a me era deserta, mentre sull'altra corsia di marcia fluiva un fiume quasi immobile di vacanzieri.

La mia sorpresa fu enorme quando mi accorsi che nell'ampio salone dell'Hotel Jolly di Torino mi trovai praticamente solo. Tutti i big avevano disertato la riunione evidentemente per impegni più gradevoli. Grande fu l'imbarazzo della Lorenzatto ma i giapponesi, come sempre dai volti imperscrutabili, sembrano non preoccuparsi e cominciarono ad affrontare solo con me una discussione che si protrasse anche il giorno dopo. Evidentemente non dovevo aver detto troppe fesserie e forse dissi anche qualcosa di interessante per loro se da quel momento si instaurò un proficuo rapporto, fra la mia mini unità di endoscopia all'Università di Bologna ed i massimi dirigenti della Olympus, fatto che porterà negli anni ad istituire a Bologna un centro sperimentale Olympus di endoscopia digestiva di ragguardevole importanza.

Nel 1981 si verificò ancora un altro segno del destino che cambiò ancora la mia vita e che merita di essere raccontato.

Fino ad allora mi occupavo a tempo pieno della papillotomia: avevo raggiunto un'ampia casistica, ottenuto ottimi risultati, soddisfazione dei pazienti e dei curanti, mentre le complicanze erano state praticamente insignificanti.

Fioccarono gli inviti a congressi nazionali ed internazionali ed addirittura ebbi l'onore di avere la copertina di un importante giornale medico, fui chiamato anche dalla RAI per qualche apparizione televisiva.

Ma la statistica ha le sue leggi ferree e terribili. Le complicanze maggiori della EPT che non avevo avuto per anni, e che invece tutti i colleghi italiani e stranieri avevano già avuto mi arrivarono addosso tutte insieme cancellando in me stesso in pochi giorni la presunzione di essere immune da questi eventi.

Insomma, in brevissimo tempo precipitai dalle stelle alle stalle.

Labò non mi rimise a dosare i grassi fecali, ma mi fece capire con chiarezza che era meglio se mi fossi preso un periodo di meditazione astenendomi da ogni intervento sulla papilla. Fu assolutamente inutile cercare di convincerlo che le mie complicanze anche se importanti erano ancora globalmente al di sotto della statistica internazionale, ma egli fu irremovibile. D'altronde Labò era il classico barone che amava le attività che portavano i successi ma pretendeva che queste fossero esenti da ogni tipo di problema e detestava le "grane" di qualunque tipo e chi gliene procurava.

Furono mesi durissimi, soprattutto perché non vedevo di fronte a me nessuna possibilità di ripresa dell'attività. Per tenermi in eserci-

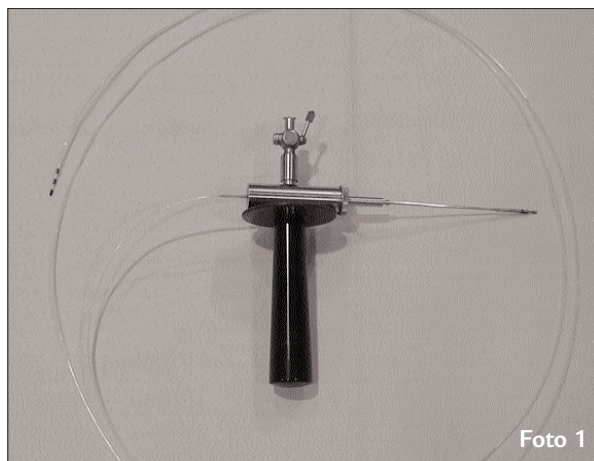


Foto 1

zio facevo l'endoscopista errante andando ad eseguire con il mio strumento personale le papillotomie nei vari ospedali che richiedevano la mia opera, da Forlì a Firenze a Genova, mentre a Bologna era sempre tutto congelato.

Ma il brutto tempo non dura in eterno e prima o poi il sole riemerge dalle nuvole anche da quelle più spesse e così arrivò finalmente uno spiraglio di rinascita.

Un giorno mi telefonò Enrico Lorenzatto, che ben conosceva la mia situazione, dicendomi: "i giapponesi hanno messo a punto un nuovissimo strumento l'ecografo endoscopico, lo hanno già provato Peter Cotton a Londra e Liguory a Parigi, ma dopo prove sommarie lo hanno liquidato definendolo di scarsissima utilità. So che lei adesso ha tempo; i dirigenti della Olympus sarebbero lieti se lei si dedicasse con impegno a vedere a che cosa può servire questo strumento".

Così arrivò a Bologna uno dei cinque prototipi di ecografo endoscopico esistenti nel mondo. (Foto 2)

Mi resi subito conto che un endoscopista puro avrebbe sicuramente fallito nella valutazione di questo splendido strumento. Per ottenere qualche risultato bisognava accoppiare la cultura ecografica a quella endoscopica. Chiesi pertanto a Luigi Bolondi (chi non lo conosce come massimo esperto italiano di ultrasuoni!) di imbarcarsi con me in questa

avventura. Avevamo infatti in comune un lungo sodalizio di ricerca in campo pancreaticologico, e devo dire a suo onore che, come mio studente laureando, era stato l'unico a condividere con me, anche se per breve tempo, l'esperienza disgustosa del dosaggio delle feci. All'inizio anche noi vagavamo nel buio dello stomaco alla ricerca del pancreas.

Infatti l'ecendoscopia era stata inventata da un italiano di Frosinone, Eugenio Di Magno, trasferitosi negli USA come professore alla Mayo Clinic ed esperto di malattie pancreatiche, per studiare meglio il pancreas. Infatti portando gli ultrasuoni a diretto contatto con quest'organo senza l'interposizione di grasso, gas ed ossa come nell'ecografia tradizionale, il pancreas avrebbe dovuto essere esplorato nei suoi minimi dettagli. L'intuizione di Di Magno era perfetta, ma la sua tecnologia era mediocre, tant'è che presto abbandonò ogni ricerca in questo settore.

La tecnologia Olympus a nostra disposizione era veramente superiore, però le immagini che apparivano sullo schermo erano incomprensibili. In un giorno di scoramento Bolondi mi disse: "sembra di esplorare la nebbia di novembre in Val Padana".

Un giorno, dopo molte settimane di tentativi con modesti risultati, esplorammo un paziente che prima dell'esame, disobbedendo alle disposizioni degli infermieri, aveva bevuto quasi un litro d'acqua. La testina ecografica dello strumento posta nello stomaco era come un periscopio di un sommergibile che scrutava l'orizzonte. Ma ecco lì improvvisamente davanti a noi quello che cercavamo, nitido come non mai: il pancreas.

L'acqua bevuta aveva dilatato lo stomaco e creato una camera acustica ottimale per la trasmissione degli ultrasuoni ad alta frequenza, aveva distanziato la sonda dal pancreas quel tanto che

serviva per ottenere una messa a fuoco ideale.

Così iniziò la nostra avventura, un paziente disubbidiente ci aveva fatto capire che bisognava riempire d'acqua i visceri per poter visualizzare bene gli organi circostanti.

Pochi giorni dopo utilizzando il nuovo trucco, Bolondi ed io stavamo esplorando un paziente con una pancreatite cronica appoggiando lo strumento sulla faccia posteriore dello stomaco. Il pancreas era chiarissimo e così le sue modificazioni legate alla sua malattia, ma fra esso e la sonda ecografica comparivano con insistenza cinque strie parallele che si alternavano in bianco e nero, cioè

si alternavano chiaramente strati iperecogeni a strati ipoecogeni. Quasi scherzando dissi a Bolondi: "non sarà mica la struttura istologica della parete gastrica, cioè la mucosa, la sottomucosa, la muscolare e la sierosa?". Non ci volle molto a capire che non era uno scherzo ma era la prima vera nuova applicazione dell'ecoendoscopia. A studi sull'uomo alternammo studi in vitro su pezzi chirurgici e l'intuizione fu confermata diventando così scoperta scientifica

(Caletti G.C., Bolondi L., Brocchi E., Casanova P., Zani L., Gaiani S., Testa S., Guizzardi G., Labò G. Staging of gastric cancer by means of endoscopic ultrasonography. *Gastroenterology* 1983; 84: 1366. - Caletti G.C., Bolondi L., Arienti V., Brocchi E., Testa S., Ferrentino M., Zani L., Passaniti A., Labò G. Assessment of gastro-oesophageal collateral veins in portal hypertension by means of endoscopic ultrasonography. *Gut* 1983; 24: 459).



Foto 2

Presentammo i primi risultati al congresso Mondiale di Gastroenterologia di Stoccolma nel 1982 con il titolo "Studio della struttura gastrica dello stomaco normale e nei tumori". La comunità scientifica internazionale apprezzò unanimemente questi dati e da allora la mia crescita culturale e la mia reputazione internazionale sono andate solo crescendo.

Non vorrei annoiare i miei pochi lettori aggiungendo altro, infatti da allora ad oggi è ormai storia recente che in molti conoscono ma vorrei trarre, come si dice, la morale della favola:

- Si può arrivare al successo anche partendo da molto in basso (nel mio caso dalla me...) a patto di volerlo veramente.
- Non bisogna lasciarsi sfuggire le occasioni che la vita ti presenta, perché queste sono rare, anzi spesso irripetibili.
- Bisogna essere disposti a fare dei sacrifici perché sono pochi quelli che hanno la voglia di farli, anche se modesti.
- Infine non disperare mai, aver fiducia nella Provvidenza, perché anche un evento negativo può essere il punto di partenza per un nuovo successo.

Se io fossi stato impegnato a tempo pieno nella papillotomia endoscopica e non avessi avuto quella sosta forzata, sicuramente avrei affrontato l'ecoendoscopia frettolosamente, superficialmente e certamente senza la determinazione necessaria a scoprirne le meravigliose potenzialità che ora sono alla portata di tutti e che mi hanno enormemente gratificato in questi ultimi vent'anni.

(Caletti G.C., Zani L., Bolondi L., Guizzardi G., Brocchi E., Barbara L. Impact of endoscopic ultrasonography on diagnosis and treatment of primary gastric lymphoma. *Surgery* 1988; 103: 315-320. Caletti G., Ødegaard S., Rösch T., Sivak M.V., Tio T.L., Yasuda K. Endoscopic Ultrasonography (EUS): a summary of the conclusions of the Working Party for the Tenth World Congress of Gastroenterology Los Angeles, California October, 1994. *Am J Gastroent* 1994; 89: S138-S143).

Tino Casetti*"... non solo polipi..."*

Nato a Cervia (RA) il 24.02.1948. Per l'endoscopia amore a prima vista, nel 1970 (ancora studente!) per l'immediata sensazione che si trattasse di una metodica di straordinario impatto pratico per la diagnostica e con grandi potenzialità per sviluppi operativi, così diversa dalle elucubrazioni fisiopatologiche (spesso fantasiose e così poco scientifiche e incon-

cludenti di quegli anni). Quindi la mia formazione incomincia a Bologna con il Prof. Faggioli, quando la gastroscopia si faceva ancora con il paziente supino e con intubazione da dietro la testa, come per l'esofagoscopia rigida dell'otorino, con strumenti di tortura tipo il Machida a visione laterale, con testina in acciaio rigida, lunga 7-8 cm o con l'ACMI monoleva di comando.

Dopo un periodo di sosta dal 1974 al '76, ho ripreso a fare endoscopia con un aiuto anziano della medicina interna a Ravenna con il quale abbiamo girato per l'Italia (Celle, Arullani, Rossini) e a Bonn per "rubacchiare" trucchi e segreti. La tecnica mi è sembrata valida per cui ad ogni occasione (congressi) cercavo di incontrare qualche "maestro" chiedendo di poter andare a vedere il suo servizio e così ho peregrinato in tutto il mondo con grande faccia tosta, chiedendo di vedere e provare.

Ho messo a punto le metodiche appoggiandomi ai vari Dagnini, Oselladore, Bedogni, Villardell, Liguory, Vicari, Cremer, Hui-bregtse, Armengol, Soehendra, Marcon ecc.

Sono sempre stato affascinato dall'ERCP e dalle tecniche operative in genere, che per me rappresentano il vero punto di arrivo per l'eccellenza. Una volta raggiunta la piena maturazione tecnico-professionale, mi sono appassionato allo sviluppo della strumentazione (particolarmente l'accessoristica), fornendo spunti e contribuendo alla messa a punto di numerosi apparecchi e devices, in collaborazione con le case costruttrici (anche se molte mie idee non sono state coperte da brevetto o copyright).

Successivamente e in tempi più recenti, mi sto dedicando a studi di outcome e di uso razionale delle risorse, finalizzato all'esito clinico, nell'ottica quindi dell'appropriatezza.

**Pierangelo Ciani***"Quell'ultimo cannone acquistato il giorno della fine della guerra"*

È una giornata di pioggia quando incontro Pierangelo Ciani. La grandine colpisce con violenza le mura dell'Ospedale di Camerata lungo la strada che porta a Fiesole. Il cattivo tempo rende ancor più triste questa struttura destinata ad essere trasformata, ma intanto mostra che avrebbe bisogno di un restauro, Pierangelo Ciani, chirurgo generale, lunga esperienza, scopre - e

nasce un grande amore - l'endoscopia digestiva partecipando nel 1970 al congresso mondiale di gastroenterologia di Copenhagen.

Qui ha l'opportunità assieme al suo primario Rosati di vedere in azione i nuovi strumenti endoscopici: i fibroscopi.

Un'impressione favorevole che convince il chirurgo che si è specializzato negli interventi soprattutto in campo gastroenterologico (in particolare la vagotomia selettiva prossimale). Spinti dalle problematiche fisiopatologiche che la vagotomia ultraselettiva proponeva, Ciani e Rosati decidono di utilizzare questo nuovo tipo di endoscopio considerando in particolare la sua maggiore affidabilità rispetto agli strumenti fino allora conosciuti.

Ritornati a Firenze, compiono un giro di orizzonte per individuare

la ditta più affidabile ed il migliore degli strumenti.

"Un giorno arriva un rappresentante della Storz, che ci mostra uno strumento che a sua detta è a fibre ottiche. Fidandosi della notorietà della ditta costruttrice, nel '70 l'Olympus per noi era come Carneade, decidiamo di acquistarlo.

Scopriamo ben presto che quello strumento non era un fibroscopio bensì l'ultimo modello degli strumenti semirigidi, dove le fibre ottiche componevano solo il fascio portaluce. In poche parole si era acquistato l'ultimo cannone il giorno della fine della guerra.



Da sinistra: Nib Soehendra, la Signora Williams e Pierangelo Ciani a Capri nel 1985

Ormai per i pochi "addetti ai lavori" era chiaro che i nuovi fibroendoscopi flessibili costituivano una tecnologia destinata a cambiare, in poco tempo, radicalmente l'endoscopia digestiva. In breve l'errore iniziale fu rimediato e cominciò così la nostra esperienza con il GIF K dell'Olympus.

Grazie alla fibroendoscopia oltrechè alla parte diagnostica si poteva dare risposta ai molti quesiti di fisiopatologia che il nuovo intervento di vagotomia ultraselettiva sollevava.

In particolare grazie alla facilità di prelevare biopsie, si poteva studiare il comportamento della gastrinemia dopo la denervazione selettiva del "Parietal Cell mass" dati questi presentati nel '74, in collaborazione con la scuola di Bologna del Prof. Labò, al primo Convegno sugli enterormoni."

Ma la fibroendoscopia oltre che favorire un validissimo contributo alla diagnosi, presentava un altro importante aspetto quello terapeutico e Ciani, da chirurgo, riconosce ben presto la sua grande importanza.

Purtroppo in quegli anni fine '70 in Italia i centri dove si comincia a praticare l'endoscopia operativa si contavano sulle dita di una mano e molto difficile era trovare un centro dove poter svolgere un serio training ed imparare veramente queste nuove metodiche.

Non dimentichiamo che l'endoscopia operativa, se non correttamente eseguita può causare grave danno al paziente con relative conseguenze legali - e forse per questo, per molto tempo in Italia endoscopia ha significato per molti endoscopisti soltanto endoscopia diagnostica.

Fortunatamente nel 1980 Ciani in occasione del Congresso di gastroenterologia di Amburgo ha la possibilità di conoscere Nib Soehendra,

un endoscopista emergente per alcune tecniche endoscopiche innovative, che gli mostra, con semplicità, quello che può fare l'endoscopia operativa: papillotomia, estrazioni di calcoli, impianto di protesi, drenaggi biliari, sclerosi delle varici esofagee ecc.

Queste metodiche entusiasmano Ciani che inizia così lunghi periodi di frequentazione del reparto di Soehendra dove sempre, di volta in volta, ha la possibilità di apprendere le ultime novità nel campo della endoscopia operativa.

Un giorno, dal ritorno da una di queste sue visite ad Amburgo,

Ciani incontra Franco Pacini in una via di Firenze e gli dà un passaggio in macchina. Strada facendo gli racconta dell'esperienza tedesca, e gli trasmette il suo entusiasmo. In quell'incontro vengono fatte alcune considerazioni e sorge spontanea la conclusione che anche a Firenze sarebbe stato importante ridare vita alla sezione di endoscopia digestiva, che pur fondata qualche anno prima, non aveva avuto una florida sopravvivenza.

Ciani e Pacini parlano con Morettini, e viene ricostituita la sezione toscana della SIED. Nel 1981 viene organizzato il primo convegno regionale che ha per

tema un argomento di endoscopia operativa: La polipectomia.

Da allora la sezione toscana con l'alternarsi dei vari Presidenti Segretari Consiglieri e Soci si è sempre adoperata a divulgare l'endoscopia digestiva fino ad ottenere nel 1993 il mandato ad organizzare il Congresso nazionale della SIED.

Inoltre la certossina politica di questa sezione ha contribuito anche a far riconoscere un'autonomia e a dare dignità alla figura dell'endoscopista toscano.

Luciano Ragno



Dal 1998 Ciani ha adottato una nuova metodica... di papillotomia. Si è trasferito all'Elba dove pratica questo intervento con successo

Livio Cipolletta

"... Come mi avvicinai all'endoscopia? Colpa di un collega che faceva un gran casino alla Scuola di Specializzazione!"

Laureato nel 1972. Specializzato in Gastroenterologia nel 1978.

Quando mi sono avvicinato all'endoscopia? Ero a Ferrara per la specializzazione in Gastroenterologia (1975) e in verità quando ci fecero assistere a qualche endoscopia alta, io non ne fui granché colpito, anzi fu una grande noia in quanto tutti noi studenti (circa 10-15) eravamo nella

sala endoscopica, tutti spalle al muro e vedevamo da lontano un collega che al centro della sala eseguiva una EGDS. Come potrai ben capire, allora con gli apparecchi a fibre ottiche noi potevamo solo immaginare quello che l'operatore stesse facendo e vedendo anche perché non ci fu concesso nemmeno di mettere l'occhio vicino all'oculare. In tutti gli anni del Corso questa fu l'unica le-

zione pratica di endoscopia per cui la cosa non mi colpì più di tanto. Ma il destino era in agguato!

Conobbi lì a Ferrara, eravamo colleghi di specializzazione, un collega che si faceva notare perché creava casino in aula durante le lezioni. Questo collega era Giovanni Di Matteo. Diventammo amici (e come poteva essere il contrario!) e Lui mi cominciò a parlare in termini più entusiastici di endoscopia. Era l'autunno del 1977. Mi disse che di lì a poco (nel gennaio del 1978) sarebbe partito per Parigi per uno stage in endoscopia digestiva presso il Prof. Liguory. E chi è costui dissi io? ma come non lo conosci? No e non l'ho mai sentito nominare! Ma come, è il più famoso endoscopista d'Europa, è conosciuto in tutto il mondo ed io andrò da Lui, partirò a gennaio, venimi a trovare.

A Maggio del 1978 andai a trovarlo, stetti a Parigi per una settimana, Di Matteo mi ospitò a casa sua, dormivamo nello stesso letto (a Parigi come tu saprai i letti sono ad una piazza e mezza per cui capirai quanto spazio avessi per me la notte! Come mi coricavo la sera, così dritto e teso mi svegliavo la mattina). Fu però una esperienza esaltante, finalmente ebbi la possibilità di cono-

scere questo famoso Liguory e cominciai a pensare di dover andare anche io da questo famoso Maestro. A settembre dello stesso anno partii per un primo periodo di sei mesi e poi per altri mesi ancora negli anni successivi. Il mio Maestro, a cui va tutta la mia grande riconoscenza nonostante il suo carattere, è stato quindi Liguory ma il mio destino l'ha certamente segnato il nostro amico chiattono Giovanni Di Matteo. Anche a Lui devo grande riconoscenza.

A Parigi si lavorava moltissimo, ed io imparai moltissimo. Una volta, era un sabato, stavo andando con Liguory a lavorare in una Clinica privata (lavorare con Liguory significava portargli tutte le valigie degli apparecchi endoscopici, la sorgente luminosa, la valigia degli accessori e tutto quanto potesse essere utile, Lui non si degnava di caricarsi di nulla e spesso, quasi sempre, soprattutto in privato, bisognava fare anche l'infermiere e quindi non ci si poteva distrarre un momento. Tra una cosa e l'altra Lui spiegava qualcosa e faceva mettere ogni tanto l'occhio all'oculare. Poi sulla carta, con dei disegni, si tentava di farci spiegare cosa avesse fatto e quale fosse stato l'approccio alla metodica eseguita), era dunque un sabato pomeriggio e mentre stavamo raggiungendo la Clinica, stavamo nella sua Alfa Romeo, ebbi l'ardire di dire: "Monsieur, perché non ci prendiamo un caffè?" Caro amico Cipolletta, mi rispose sorridendo sornione, la vita degli Artisti è difficile, sarebbe bello prendersi un caffè ma non ne abbiamo il tempo! "Monsieur, risposi io, la vita degli Allievi è ancora più difficile, per guadagnare tempo e perché la vita non ci appaia troppo facile Le prometto che ce lo prenderemo amaro...". Non ci fu verso, non riuscii a convincerlo a

fermarci per un caffè!! Anche questi piccoli episodi ci hanno fatto crescere!

Tornato in Italia, dopo siffatta Scuola, cercai di mettere in piedi soprattutto le tecniche endoscopiche operative e soprattutto mi buttai a capofitto nell'ERCP; il primo litotritore meccanico dell'Olympus la Lorenzatto lo vendette a me e io lo utilizzai subito; cominciai la sclerosi delle varici esofagee (era il 1981): qui da noi ci sono sempre stati tantissimi cirrotici, e credo senza voler peccare di presunzione, di essere

stato uno dei pionieri di questa tecnica in Italia così come credo di essere stato tra i primi ad utilizzare l'Heater Probe, l'Argon Beamer e le Clips. D'altra parte il campo delle emorragie mi ha sempre affascinato notevolmente (e credo che Tu, caro Cosentino, abbia subito lo stesso fascino!). Un'altra metodica messa a punto da noi è stata la Needle Knife Polypectomy, la resezione dei polipi del colon mediante Clips e un particolare ago diatermico e l'arresto delle emorragie da varici del fondo gastrico mediante il posizionamento di endoloop. Non dimenticherei poi il caso dell'appendicectomia endoscopica (uno dei 6 casi pubblicati nella letteratura internazionale) e la precoce esperienza della ESWL per la litiasi della colecisti e delcoledoco.

Un breve aneddoto. Sulla mia prima PST. La dovetti eseguire alla moglie di un famoso Onorevole della Campania. Molto famoso!

In sala radiologica erano presenti: il Primario

Radiologo, il Primario Chirurgo, il Primario Anestesista e tutto uno stuolo di altri Colleghi. Tutti volevano dare uno sguardo alla papilla e al taglio. Ti lascio immaginare la mia calma e le continue contrazioni dei miei muscoli perineali... Andò tutto bene ma io alla fine dell'esame mi ritrovai in un mare di sudore e con il cuore che batteva a mille.



Felice Cosentino

"... Sento strillare... Una sbirciatina dalla porta socchiusa e noto Oselladore che tenta di introdurre un tubo nell'esofago di un paziente. La cosa mi ha incuriosito molto!"

d'avanti ad una camera sento un paziente strillare. Incuriosito e vedendo la porta socchiusa, do una rapida occhiata all'interno e noto il Prof. Domenico Oselladore che cercava di inserire nell'esofago di un paziente un tubo nero e flessibile. Era un'endoscopia. La cosa mi lasciò per un attimo perplesso, ma da quel momento l'endoscopia è entrata come un tarlo nella mia mente. Da qui ini-

Sono nato a Taurianova (Reggio Calabria) l'1/5/1949. Laureato a Padova nel 1974. Specializzazione in Chirurgia generale (Padova, 1979) e Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva (Milano, 1984).

Come mi sono avvicinato all'endoscopia? Semplice. Nel '75 ero in Patologia Chirurgica a Padova (Dir. Prof. G. Pezzuoli) e passando in reparto

ziosi a chiedere ai colleghi del reparto quale fosse l'utilità dell'Endoscopia e dopo qualche mese mi trovai nella sezione di Oselladore per espletare i miei sei mesi post-laurea nella sezione di Endoscopia. Domenico intuì subito il mio interesse e senza mezzi termini mi disse: "Caro Cosentino se la cosa ti interessa non devi perdere tempo, approfittane ed apprendi subito il mestiere; entro un mese devi essere in grado di eseguire le gastroscopie". Non persi tempo e sotto la guida di Marco de Marchi (un collega che dopo alcuni anni sceglierà di dedicarsi all'odontoiatria), di Norberto e ovviamente di Oselladore iniziai a muovere i primi passi. Quando diventai autonomo, ricordo, mi venne affidato il martedì mattina per il controllo dei pazienti cirrotici. Quindi già "da piccolo" navigavo in mezzo alle varici. E subito ho notato che non ero più "uno dei tanti" in un grande reparto universitario. Devo ammettere che il fare endoscopia mi aveva fatto un po' emergere. D'altronde come chirurgo fino allora ero riuscito a fare solo una "mezza" appendicectomia e chi vive o ha vissuto in ambiente universitario sa benissimo quali siano le difficoltà per conquistarsi un piccolo spazio. Ma questo piccolo spazio lo stavo acquistando di giorno in giorno



Cosentino ufficiale medico nel 1977

in una pratica che mi piaceva sempre di più, e poi mi trovavo molto d'accordo con Oselladore, De Marchi, Norberto e Cusumano. Alla fine del '76 partii militare e, dopo i tre mesi a Firenze, mi hanno spedito a fare l'ufficiale medico a Brunico. Ero certo che mi avrebbero assegnato a Padova, ma la raccomandazione di mio padre non era stata efficace. Ed eccomi tra gli alpini! Sì, proprio tra gli alpini! Ma è stata una bella esperienza.

Ho imparato a sciare e raccogliere funghi e poi ero abbastanza libero. Riuscivo, così, a "imbo-scararmi" facilmente e scappare a Padova per fare qualche endoscopia. L'endoscopia, quindi, mi aveva già conquistato, ma non riuscivo a togliermi dalla mente la chirurgia, anche perché mi trovavo in una grande Scuola. Arriva però il momento in cui Pezzuoli si trasferisce a Milano. Oselladore sceglie di rimanere a Padova, ma il Maestro aveva bisogno di un "suo" endoscopista all'ombra della Madonnina. Arrivano i primi contatti e dopo qualche timido tentennamento (potevo rimanere a Padova ed avviarmi alla carriera di chirurgo entrando nel reparto del Prof. Alvise Maffei Faccioli) decisi di fare il grande salto. Fu così che una mattina del novembre 1979 (smon-tando dal pronto soccorso dell'Ospedale di Mestre) imboccai l'autostrada Venezia-Milano con al mia vecchia Fiat 500 e con il mio personale gastroscopio Olympus (che tenevo gelosamente dentro una scatola di cartone per la paura che la scritta Olympus potesse attirare qualche malintenzionato) ed arrivai al San Paolo di Milano. Mi accoglie il Prof. Spina che mi presenta il primo paziente da sottoporre ad endoscopia. Lasciai così definitivamente la Chirurgia (ma anche l'amata Padova e tanti amici) per l'Endoscopia. Ricordo che su tale scelta Oselladore non si era dimostrato molto d'accordo, dicendomi: "Non puoi abbandonare definitivamente la chirurgia lavorando con il Prof. Pezzuoli. È un vero peccato!" Ma io la scelta l'avevo già fatta. Ma non è stato facile. A Padova lascio tutto quello che avevo costruito in pochi anni: il posto di assistente al pronto soccorso di Mestre; l'incarico alla Guardia Medica; una buona sostituzione di un medico di base; e tante altre piccole attività. In quel periodo, inoltre, stavo per sposarmi (con l'attuale moglie) ed avevo trovato casa sui colli Euganei vicino ad Oselladore. In pratica lascio tutto (un "piccolo impero" dicevano i miei amici) per iniziare da zero a Milano! Per molti mesi ho fatto ancora il pendolare tra Milano e Padova (ero consulente di endoscopia all'Ospedale di Dolo) a volte in macchina a volte in treno, ma sempre con il mio gastroscopio all'interno della scatola di cartone! Ma sapevo che la mia scelta di

andare a Milano da Pezzuoli sarebbe stata vincente. Ero infatti cosciente di trovarmi con una grande Scuola e con un grande Chirurgo che nell'endoscopia vedeva il suo "secondo" bisturi. E in effetti fu così. Pezzuoli mi ha spronato all'endoscopia operativa perché sapeva che un'ottima endoscopia non poteva che portare vantaggi alla chirurgia. E la dimostrazione venne quando nei primi mesi del 1980 mi inviò da Paquet a Bad Kissingen (Monaco) per apprendere la tecnica della scleroterapia. "Solo con l'endoscopia - continuava a dire Pezzuoli - possiamo sperare di migliorare i risultati della terapia nei cirrotici sanguinanti" Ed aveva sacrosanta ragione.

Cos'altro ricordo di quel periodo? Sicuramente un episodio che non dimenticherò mai. Devo premettere che ero arrivato a Milano sapendo fare solo l'endoscopia diagnostica, ma mi ero "venduto" alla Scuola come in grado di fare anche quella terapeutica, sperando però di avere un po' di tempo per far pratica. Ma di tempo ne ebbi poco perché, dopo qualche settimana che ero a Milano, il Prof. Pezzuoli mi avvicinò e mi chiese: "Cosentino ho necessità che tu veda in "Madonnina" (la più prestigiosa Casa di Cura di Milano) un paziente con una stenosi cicatriziale dell'esofago che necessita di una dilatazione. Sei in grado di eseguire le dilatazioni, vero". Certo, risposi. Ma non mi ero mai sentito così male in vita mia! Un disastro, pensavo. E adesso come me la cavo? Ma è stato solo un attimo di smarrimento perché era vero che non avevo mai fatto in prima persona una dilatazione, ma era anche vero che di dilatazioni da Norberto ne avevo viste fare un bel po'. Ed avevo registrato tutto nella mia mente. Tutti i passaggi. Le indicazioni, le



precauzioni, le controindicazioni. Rimaneva il problema del dilatatore. La Madonnina ne era sprovvista. Chiamai allora Migliasso dell'Olympus e, avuta conferma della disponibilità presso Lorenzatto del dilatatore di Eder Puestow, mi recai a Torino e comprai (per 800 mila lire) il kit. Il giorno successivo eseguii con successo (ma in un bagno di sudore) la mia prima dilatazione esofagea. Seguì nell'80 la mia prima polipectomia (con l'assistenza di Oselladore) e le prime sclerosi. Nell'82 iniziai le mie prime ERCP con l'assistenza di Giuliano Bedogni

che per 4-5 volte è venuto ad aiutarmi al San Paolo. Tra il Prof. Pezzuoli ed il Prof. Parisoli, primario di Bedogni, c'era una fraterna amicizia.

Ricordo poi con piacere l'arrivo del Videoendoscopio elettronico (maggio '85) che a detta della Welch Allyn è stato il primo ufficialmente venduto in Europa. Seguirono, poi, i primi congressi di videoendoscopia ('87) ed il Live Endoscopy ('89). Ed ancora la Videolaringoscopia elettronica ('89), metodo che ci ha permesso di introdurre l'endoscopia operativa ambulatoriale sulle corde vocali: 200 polipi rimossi in meno di 3 anni con gastroscopio e pinza da biopsia. Ed infine l'ottimo rapporto con Maratka che mi aprì le porte dell'endoscopia mondiale con la traduzione in video, in 5 lingue, della Terminologia endoscopica dell'Organizzazione Mondiale

di Endoscopia Digestiva. Ricordo con commozione le sue parole: "... Caro Felice io ho scritto la musica, ma tu sei stato l'abile interprete".

I miei allievi? Due, sono con me da sempre. Anzi, erano prima di me al San Paolo. Forse mi aspettavano! Quando arrivo a Milano Elisabetta Morandi era al IV anno di medicina e Giovanni Rubis



Passoni al III. Dopo la laurea rimangono con me, senza un attimo di esitazione, a creare e sviluppare, anno dopo anno, l'attuale Servizio. La Dott.ssa Milena Massari mi ha affiancato in Endoscopia già dall'inizio, ma nel 1985 seguirà Pezzuoli al Policlinico. E poi Roberta Motta che da sempre mi aiuta nei programmi di didattica e che considero ormai il mio punto di riferimento ed il mio "sostegno" ai molti progetti formativi che frullano incessantemente nella mia mente. Altri

allievi sono passati: Simona Tuccimei (attualmente endoscopista all'Ospedale di Garbagnate) che ha contribuito tra l'altro allo sviluppo della Videolaringoscopia ed all'avvio del progetto sulla Terminologia; e Paolo Giorgio Arcidiacono (dal '92 al '99) con cui, primi in Italia, abbiamo avviato l'ecoendoscopia convex e le biopsie transparietali. Ultimo arrivo è Domenico Stillitano che con tenacia ha appreso nel giro di pochi mesi tutto quanto c'era da apprendere.

Ancora un episodio che merita di essere riportato. Nel '94 e '95 mi sono recato a più riprese in Africa, e precisamente nel Benin, presso l'Ospedale di Tanguietà (gestito dall'Ordine dei Fatebenefratelli), dove ho collaborato ad avviare un Servizio di Endoscopia istruendo i medici locali. Nei momenti di pausa (ossia la sera e la notte) mi immergevo nella lettura dei miei numerosi libri di gastroenterologia ed endoscopia e ad organizzare sul mio computer uno dei tanti progetti, L'Enciclopedia multimediale di Endoscopia. Mi addormentavo, come di solito, verso le 2 del mattino. Ma una notte ho fatto un sogno particolare. Sogno che una mia allieva, la Dott.ssa Massari, mi comunica di voler realizzare un libro sull'endoscopia e mi chiede se sono dispo-

nibile a scrivere il capitolo sull'Esofago. Ovviamente rispondo positivamente, ma subito dopo ci ripenso dicendomi che avrebbe fatto tutto quanto Lei. Non reagisco al momento, ma mi incavolo enormemente. E medito subito la "vendetta" cercando un'idea originale. L'idea viene subito: un libro sulle Complicanze in Endoscopia. Non ne esistono in letteratura. E, sempre nel sogno, penso alla struttura del testo ed ai vari capitoli. Mi sveglio più volte, prendo appunti e mi riaddormento. Al mattino il progetto era già pronto. Al rientro in Italia ne parlo con Morandi e Rubis che trovano interessante l'argomento. Non ho difficoltà a trovare uno sponsor. Realizzo un Convegno sulle Complicanze (4-6 aprile '96) e lavoro per la realizzazione del libro. Il testo sulle Complicanze viene pubblicato da Masson all'inizio del 1997. Un giorno mi trovo nel mio studio al San Paolo e racconto di questo mio sogno, e del progetto che ne è seguito, ad un collaboratore della Menarini. La persona che mi sta accanto mi ascolta e segue con incredulità il mio discorso. Alla fine mi dice: "Felice, ma lo sai che proprio in quei giorni in cui tu hai fatto quel sogno realmente la Dott.ssa Massari si era rivolta alla nostra Azienda proponendoci un suo libro sull'Endoscopia digestiva?" Rimango senza parole!

Sogno e realtà. È questa l'atalena della mia vita. Credo ai sogni che riesco ad interpretare e che spesso mi aiutano a creare e portare a termine i miei progetti.

Eccomi infine al rapporto con la SIED. Inizia subito dopo il mio arrivo a Milano dove entro nel CD Lombardia percorrendo tutte le tappe: consigliere, segretario, presidente. Per poi passare nel '95 al CD Nazionale con una lunga militanza in veste di Segretario: 6 anni. Tanti anni, ma con tante soddisfazioni perché ho avuto la possibilità, grazie alla fiducia di due presidenti come Bedogni e Bonardi, di potermi dedicare con passione ed entusiasmo al rinnovo della Società.



Cosentino con il professor Giuseppe Pezzuoli e, nella foto in alto, con gli allievi Elisabetta Morandi e Giovanni Rubis Passoni

Un bilancio della mia vita professionale? Positivo, indubbiamente. Ho scelto un lavoro che mi piace; sono riuscito a creare un buon Centro di Endoscopia; ho degli ottimi allievi che fanno tutto e che mi consentono di occuparmi dei miei progetti che scaturiscono di continuo dalla mia mente. Cosa farò da grande? Continuerò a fare l'endoscopia, fino a quando ne avrò la capacità e non sarò di danno al paziente; continuerò ad essere disponibile per quanti vedranno in me un loro interlocutore; continuerò ad ascoltare i tanti giovani, fonte di creatività, augurandomi di essere un domani al loro fianco per sognare ancora!

Guido Costamagna

“... La scelta di andare da Cremer è stata straordinariamente importante per tutta la mia vita, professionale e non”

Sono nato a Como nell'agosto del 1952, cresciuto a Milano, dove ho vissuto 14 anni, inframmezzati da due importanti periodi all'estero, a Bruxelles (gli ultimi tre anni delle scuole elementari e gli ultimi due anni di liceo, presso la Scuola Europea), che si riveleranno determinanti, in seguito, per le scelte di formazione professionale. Ho poi deciso, nonostante la mia famiglia continuasse a vivere in Belgio, di tornare a studiare Medicina in Italia e mi sono così laureato nel luglio del 1977 presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Roma, all'epoca unica Facoltà di Medicina a numero chiuso del nostro Paese. Il mio curriculum studiorum nulla faceva supporre di quello di cui mi sarei poi occupato in seguito: mi laureai, infatti, con una tesi sperimentale, “costatami” tre anni di laboratorio, in Ginecologia e Ostetricia! In realtà, anche se in disciplina molto diversa, quegli anni di laboratorio mi insegnarono moltissimo, in particolare sul piano del rigore metodologico e del metodo sperimentale. Già poco prima di laurearmi sapevo, però, che il fascino della Chirurgia stava orientandomi a scelte diverse. Mi buttai così nella mischia degli aspiranti Chirurghi, cominciando a collaborare con Gennaro Nuzzo e Paolo Magistrelli che, sotto la guida del Professor Puglionisi, allora Direttore della Patologia Chirurgica, stavano costituendo un gruppo di interesse sulla patologia biliare. Entrambi erano anche stati iniziati all'endoscopia digestiva alta dai pionieri romani della disciplina, il Professor Arullani al S. Camillo ed il Professor Nava al S. Eugenio. Fu così che anch'io mi avvicinai all'endoscopia ed imparai i primi rudimenti della esofagogastroduodenoscopia. La patologia biliare ed il suo trattamento chirurgico rimanevano però al centro del nostro interesse scientifico e clinico: nel 1978 il nostro Gruppo presentò un'importante Relazione sulla diagnostica intraoperatoria in chirurgia biliare alla Società Italiana di Chirurgia. Nell'ambito delle nostre competenze rimaneva però completamente scoperta un'area di estremo interesse che si stava inesorabilmente affermando nella gestione diagnostica e terapeutica della patologia bilio-pancreatica in quegli anni: la Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE). Alla fine del 1980, si decise, così, che avrei dovuto occuparmene io. Col senno di poi, non ringrazierò mai abbastanza coloro che contribuirono a prendere questa decisione! Cominciai così un'operazione che oggi verrebbe definita di benchmarking: si trattava infatti di decidere dove andare ad imparare la CPRE. Le opzioni erano essenzialmente quattro: Parigi (da Claude Liguory dove già si erano recati diversi Colleghi italiani), Londra (da Peter Cotton, all'epoca ancora al Middlesex Hospital), Erlangen (presso lo “storico” Gruppo di Demling) o Bruxelles (da Michel Cremer che si era da poco trasferito nel nuovo e rivoluzionario, sul piano dell'organizzazione medico-chirurgica,

Hopital Erasme dell'Université Libre de Bruxelles). La scelta, vista la residenza della mia famiglia a Bruxelles e la mia conoscenza della lingua, non fu molto difficile: sarei tornato a casa per un bel periodo! Il 10 marzo 1981 mi recai così a Napoli per incontrare il Prof. Cremer che era stato invitato a tenere una conferenza e gli chiesi di poter frequentare il suo Centro. Fu l'inizio di un rapporto professionale (docente-discente) e, successivamente, di amicizia straordinariamente importante per tutta la mia vita, professionale e non. Nei lunghi periodi, ognuno di alcuni mesi, trascorsi a Bruxelles presso il Service Médico-Chirurgical de Gastroentérologie dell'Hopital Erasme tra il 1981 ed il 1983 ho avuto il privilegio di ricevere un insegnamento intensivo e personale da parte di Michel Cremer non solo delle tecniche di endoscopia digestiva diagnostica e terapeutica, ed in particolare della CPRE e della sfinterotomia endoscopica (lunghe ore passate al “teaching” e molte notti a rivedere centinaia di esami radiologici, in particolare pancreatografie, a me del tutto sconosciute), ma anche della loro posizione nel contesto clinico delle malattie digestive e della loro

integrazione con la radiologia e la chirurgia. Il contesto di collaborazione medico-chirurgica creato dalla lungimiranza, per quegli anni, degli ideatori dell'Hopital Erasme, tra i quali spiccavano le personalità di Cremer e di Jean-Pierre Lambilliotte, rispettivamente responsabili della parte medica e chirurgica del dipartimento, era quanto di più efficace un allievo potesse augurarsi per acquisire rapidamente ed in maniera corretta le competenze che andava cercando. Tutto era oggetto di discussione, libera e senza con-



Una bellissima immagine da un video di Cremer e Costamagna

dizionamenti “accademici”, improntata sulle evidenze disponibili e pronta a tutte le novità tecniche che via via andavano profilandosi. Ritengo quei lunghi periodi passati (a tempo pienissimo!!) all'Hopital Erasme come fondamentali per la mia formazione professionale, tecnica e clinica.

Si sarebbe trattato, poi, di importare conoscenze, capacità tecniche ed organizzazione in Italia, nel mio Ospedale, il Policlinico Gemelli. Devo ammettere che, nonostante l'appoggio incondizionato e, talvolta, addirittura entusiastico, dei miei superiori, senza il quale probabilmente avrei miseramente fallito, i primi tempi non furono facilissimi. Mettere in piedi un'attività di CPRE affidabile e con le caratteristiche che mi erano state insegnate (un'attenzione particolare alla qualità radiologica ed all'integrazione con tutte le

tecniche d'immagine) in un Ospedale Universitario nel quale anche la "semplice" endoscopia digestiva routinaria era spezzettata in diversi Istituti e reparti non era impresa facile. Cominciammo di notte e quasi di nascosto. Con il mio amico e coetaneo Cesare Colosimo, Radiologo di grande preparazione ed intuito, che all'epoca, prima di tradirmi per la Neuroradiologia, si occupava di malattie digestive, e con qualche giovane neolaureato o studente disposto ad aiutarmi, mettemmo sul tavolo radiologico i primi pazienti disposti a "subire" i lunghi tentativi di incannulamento della papilla. All'inizio si trattava naturalmente solo di esami diagnostici: mi ero infatti imposto di effettuare almeno cento incannulamenti della via biliare prima di osare l'esecuzione di una sfinterotomia. Al termine della seduta notturna si doveva, tutti insieme, sistemare la sala, lavando anche per terra, perché non vi fossero segni evidenti del nostro passaggio alla mattina successiva, quando, nello stesso luogo, venivano effettuati i digerenti a doppio contrasto, all'epoca fiore all'occhiello della nostra Radiologia. Le cose migliorarono non poco quando, grazie ai primi risultati positivi, potemmo sollecitare l'attenzione del Professor Corrado Colagrande, Primario Radiologo di quel settore, che, entusiasta com'era e come è tuttora anche se pensionato, ci mise a disposizione degli spazi dedicati, spazi che da allora, non senza problemi, incomprensioni e "battaglie", sono considerati parte

integrante ed essenziale della collaborazione endoscopico-radiologica che ha sempre contraddistinto la nostra attività.

Sono passati vent'anni: ho avuto il privilegio di continuare a mantenere uno strettissimo legame con Michel Cremer ed i suoi Allievi che mi ha permesso di essere molto spesso in "pole position" nella corsa alle nuove tecnologie, alle nuove tecniche e soprattutto mi ha consentito di conoscere e stabilire rapporti con numerosissimi altri Gruppi di lavoro nei cinque continenti. Io stesso ho avuto il privilegio di formare molti e validissimi Collaboratori e di costituire un Gruppo di lavoro che ritengo, senza false modestie, sia oggi competitivo a livello nazionale ed internazionale. Ne fanno fede per l'aspetto educativo e formativo le ormai centinaia di Colleghi provenienti dall'Italia e da tutto il mondo che ci hanno visitato e continuano a visitarci per periodi più o meno lunghi di apprendimento; per l'aspetto clinico, l'elevata percentuale di pazienti che ci viene indirizzata per la soluzione diagnostica e/o terapeutica di difficili problemi bilio-pancreatici (circa il 60% dei nostri pazienti proviene da fuori regione); per l'aspetto scientifico, la buona e spesso innovativa produzione di articoli originali pubblicati su riviste di livello internazionale e la costante presenza del nostro Gruppo in tutte le più importanti manifestazioni scientifiche degli ultimi anni.

Cristiano Crosta

"... Ho iniziato l'Endoscopia da autodidatta"

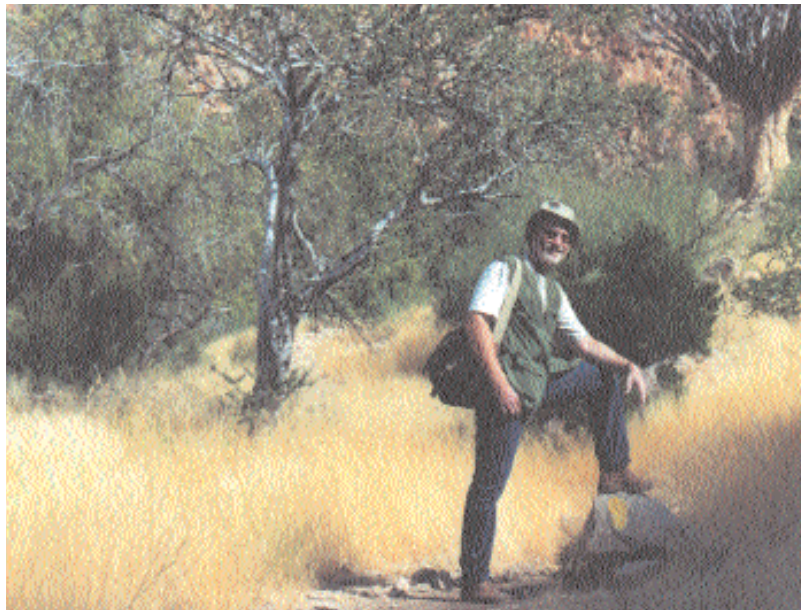
Mi sono laureato nel luglio 1975 e ho cominciato a fare gastroscopie nel 1977 da autodidatta all'Ospedale di Bellano (Como) usando un fibroscopio Wolf nuovo di zecca che era stato regalato al mio primario chirurgo Prof. Sergio Mondini. Trasferitomi nel 1979 come assistente di chirurgia al Policlinico nell'Istituto del Prof. Gianfranco Pel-

legrini. Dal 1990 ho cominciato a occuparmi anche di ecoendoscopia con l'ecoendoscopio Olympus GF UM2 che ho usato per circa 350 esami sino al 1992 quando mi sono trasferito all'Istituto di Chirurgia d'Urgenza del Professor Tiberio. In quella sede ho continuato, affiancando Tognini, la mia attività di chirurgo e endoscopista e ho avuto come collaboratore Lorenzo Scacchi che è tuttora in quella sede. In quel periodo ho introdotto in istituto l'attività endoscopica delle vie biliari eseguendo più di 300 cateterismi diagnostici e operativi della papilla di Vater sino alle mie dimissioni quando mi sono trasferito all'Istituto Europeo di Oncologia nell'aprile del 1994 per dirigere la Divisione di Endoscopia.

legrini sono stato affiancato per l'attività endoscopica, che era stata voluta dal Direttore e iniziata nel 1978, al Dott. Franco Percio assistente universitario dell'istituto che aveva imparato a eseguire gastroscopie e colonscopie e endoscopia operativa anche biliare dal Prof. Agostino Fratton.

Abbiamo cominciato insieme a eseguire ERCP e sfinterotomie nel 1980. Purtroppo Franco Percio è morto nel 1986 e da allora ho dovuto cavarmela da solo con l'aiuto di giovani specializzandi tra i quali Alberto Carrara e Fiorenzo Botti tuttora al Policlinico con il Professor Ettore Contessini Avesani erede del Professor Pellegrini al Policlinico, Emanuele Meroni poi divenuto assistente del Professor Spinelli all'INT e poi approdato all'Humanitas, Rossana Alloni emigrata poi a Roma al Campus Biomedico.

Dal 1982 al 1993 sono stato professore a contratto della Scuola di Specializzazione di Chirurgia dell'Apparato Digerente e Endoscopia Digestiva Il diretta da Pel-



Cristiano Crosta fotografato nel Parco Nazionale di Namibia

**Antonino Cusumano
e il Gruppo
del Prof. Peracchia**

**“... L'esofago... il primo
amore non si scorda mai!”**

Il nostro gruppo endoscopico nasce dalla Scuola del Prof. Giuseppe Pezzuoli Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Padova (1967-80) che all'inizio degli anni '70 affida ad Oselladore il compito di interessarsi di Endoscopia Digestiva.

Domenico Oselladore viene ben presto affiancato da due giovani neolaureati Antonino Cusumano, Lorenzo Norberto, Marco de Marchi e qualche

tempo dopo dal giovane Felice Cosentino.

Nel 1975 il Professor Alberto Peracchia, Aiuto del Prof. Pezzuoli, lascia la casa madre, diventa Direttore dell'Istituto di Semeiotica Chirurgica dell'Università di Padova presso l'Ospedale F. Busonera e viene seguito dal Prof. Ermanno Ancona e tra gli altri anche da Cusumano; Lorenzo Norberto, Marco de Marchi ed il neolaureato Felice Cosentino restano con il Prof. Pezzuoli presso la Patologia Chirurgica del Policlinico di Padova fino alla fine del 1979, anno in cui in il Professore Pezzuoli viene chiamato a dirigere la Clinica Chirurgica dell'Università di Milano, presso l'Ospedale San Paolo, portando con sé come endoscopista Cosentino.

Il gruppo padovano formato da Ermanno Ancona, Antonino Cusumano, Lorenzo Norberto e Giorgio Battaglia si riunisce presso la Patologia Chirurgica del Policlinico di Padova sotto la guida del Prof. Peracchia.

Nel 1975 mi viene affidato dal Prof. Peracchia il compito di interessarmi di Endoscopia Digestiva presso l'Istituto di Semeiotica Chirurgica dell'Università di Padova con la supervisione del Prof. Ancona.

Nel 1977 eseguo le prime dilatazioni endoscopiche dell'esofago su guida utilizzando il Dilatatore di Eder Puestow. È dello stesso anno la prima applicazione di una protesi esofagea per via endoscopica nel trattamento ricanalizzante del cancro dell'esofago non resecabile.

In quell'epoca, si operava presso l'Ospedale F. Busonera di Padova, l'esiguità dei fondi a disposizione, con conseguente difficoltà ad acquistare in tempi brevi dall'industria l'applicatore protesico, ci spinse ad aguzzare

l'ingegno. Uno studente particolarmente versato nella progettazione ed esecuzione artigianale di presidi medico chirurgici, il Dottor A. Simmini, oggi valente chirurgo presso l'Ospedale di Padova, da noi stimolato costruì un applicatore di protesi esofagee artigianale, in materiale plastico. Questo strumento ci diede l'opportunità di applicare le prime protesi in Italia ed in Europa fino a quando non acquistammo, dopo qualche tempo, l'applicatore prodotto dall'industria.

Sia la dilatazione su guida che l'applicazione di protesi costituirono l'oggetto di due comunicazioni particolarmente apprezzate, per il carattere di grande novità, al Settimo Congresso Nazionale SIED del 1977 che si celebrò a Palermo sotto la presidenza del Prof. P. Bazan. Qualche anno dopo, sulla spinta del successo delle nuove tecniche endoscopiche per il trattamento delle stenosi benigne e neoplastiche dell'esofago, il Prof. Ermanno Ancona, dopo un soggiorno presso l'Istituto del Prof. Van Trappen, massimo esperto della materia, mise a punto un dilatatore pneumatico costruito artigianalmente, con l'au-

silio di un'asta di plastica, lungo 60 cm circa, del calibro 9 mm di diametro; ad una estremità dell'asta 2 preservativi sovrapposti costituivano la camera d'aria del dilatatore rivestita da una guaina in tela inestensibile, come quella usata dai pescatori.

Il dilatatore pneumatico costruito in due esemplari aveva un diametro di 2,5 cm e 3 cm rispettivamente; il sistema poteva essere introdotto in esofago su un filo guida sotto controllo endoscopico.

Anche questa metodica fu lanciata ed ebbe un buon successo; dopo l'entusiasmo del primo periodo le indicazioni alla dilatazione pneumatica nell'acalasia esofagea vennero precisate ed ancora oggi la metodica viene utilizzata nei centri che si interessano di Endoscopia Digestiva Operativa.

All'inizio degli anni ottanta iniziamo la scleroterapia delle varici esofagee.

La circostanza è particolare. Un noto clinico padovano era affetto da varici esofagee sanguinanti e il Prof. Peracchia, non avendo ancora noi alcuna esperienza in merito, invitò a Padova il Prof. Paquet (il massimo esperto a quell'epoca) per il trattamento endoscopico del paziente. Da questo momento ebbe inizio la nostra esperienza.

I primi casi trattati costituirono l'oggetto di una relazione al Quarto Corso Europeo di Endoscopia digestiva di Parigi. In quell'occasione ho avuto modo di confrontarmi con il Dr. Soehendra di Amburgo, anche lui alle prime esperienze. Venne in seguito messa a punto la tecnica della scleroterapia delle varici del fondo gastrico con bucrilato.

Nel 1983 nasce il NIEC, il North Italian Endoscopic Club, poi denominato New Italian Endoscopic Club, tra i soci fondatori il Prof. Ancona, il Dr. Cusumano, il Dr. Battaglia ed il Dr. Norberto di Padova, il Dr. Cosentino, il Prof. De Franchis, il Prof. R. Arcidiacono di Milano, il Dr. Zambelli di Crema, il Dr. Rigo di Modena, il Prof. Ciani di Firenze, il Prof. Caletti di Bologna e il Prof. Cestari di Brescia.

Il NIEC viene coordinato dal Dr. Giorgio Battaglia, chirurgo ed endoscopista superesperto di ipertensione portale che, nelle vesti di Segretario dell'Associazione, ne coordina l'attività affiancando i presidenti eletti pro tempore.

Vengono promossi degli incontri internazionali che culminano con la Consensus Conference di Baveno e con un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*.

Nel 1985 inizia l'esperienza del Gruppo Endoscopico Padovano (Cusumano, Norberto) con la laserterapia disostruente con Neodimio Yag Laser, del cancro dell'esofago. Il Dr. Norberto ed il Dr. Tomio, radioterapista padovano, utilizzano inoltre il Laser ad Argon nel trattamento del cancro iniziale dell'esofago in pazienti non operabili per le condizioni generali scadute.

L'endoscopia diagnostica ed operativa delle vie biliari costituirono l'interesse preminente per altri 2 endoscopisti della Scuola, il Prof. Domenico Oselladore, vero e proprio pioniere della metodica, ed il Dr. Lorenzo Norberto. Quest'ultimo, dopo un training iniziale alla corte del Prof. C. Liguory a Parigi, come del resto molti endoscopisti nazionali, maturò un'ampia ed importante casistica presso la Scuola dei Prof. Pezzuoli e Peracchia ed oggi con il Prof. D'Amico sempre presso l'Università di Padova.

Il resto è storia dei nostri giorni.



Cusumano con Battaglia durante un "Live"

Mario Del Piano

“...Volevo fare il nefrologo, ma il mio primario mi impose l’Endoscopia (per mia fortuna)”

Si laureo a Milano nel 1972 con la tesi “L’equilibrio acido-base ed il bilancio idro-elettrolitico nella cirrosi epatica”. Relatore Prof. Nicola Dioguardi. Nella Clinica Medica milanese ero seguito dal Dott. Roberto De Franchis! La scelta dell’endoscopia, nel 1973, mi fu praticamente imposta dal mio Primario di allora, Prof. Gambigliani Zoccoli (che ha fatto parte del primo consiglio direttivo nazionale SIED in qualità di consigliere), un vero barone (per fortuna), che mi impedì di intraprendere la carriera nefrologica, indicandomi invece di seguire il Dott. Salerno e il Prof. Mirelli, alla scoperta delle “meraviglie” del canale alimentare. Rimasi talmente entusiasta della metodica che decisi di iscrivermi alla specialità di Gastroenterologia a Torino dove ebbi come maestri il Dott. Bonardi ed il Dott. Rossini.

Negli anni successivi frequentai ripetutamente le scuole endoscopiche di Bruxelles, Amsterdam ed Amburgo.



Molta della mia esperienza ed attività è frutto, tuttavia, come per quelli della mia generazione, soprattutto di esperienze autodidattiche. Dopo sei mesi di esperienza e di riflessione in Sudan, dove ho fatto di tutto meno che l’endoscopista, ho deciso che quella sarebbe stata la mia attività futura e probabilmente definitiva.

Nel 1980, sempre a Novara, è stato istituito un Servizio di Endoscopia aggregato alla Medicina che nel 1996 è diventato

Divisione di Gastroenterologia di cui sono da allora Primario. Nel 1998 sono stato nominato Direttore del Dipartimento di Medicina.

Pur occupandomi di tutta l’endoscopia digestiva, il mio interesse si è concentrato su alcune tecniche di cui credo di essere stato precursore in Italia. Mi riferisco in particolare alla gastrostomia endoscopica percutanea di cui ho contribuito alla diffusione sia con Corsi Residenziali, con il Primo Congresso Nazionale e con numerose pubblicazioni.

Tra gli episodi da ricordare sicuramente è la presentazione nel 1992 al Simposio Nazionale di Napoli di un lavoro sul posizionamento della prima protesi metallica autoespandibile esofagea. Fui aspramente criticato soprattutto con l’argomentazione che la procedura era troppo costosa e non avrebbe avuto futuro!

Nicola D’Imperio

“E l’indovino sentenziò: ‘chistu criaturi adda iesse nu dutturi chi adda vidè dintu a li cristiani’ E così da grande decisi di... guardare dentro”

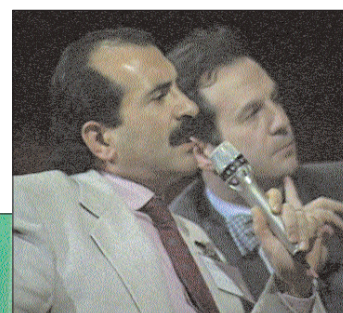
Sono nato e vissuto, nel mio primo anno di vita, in un piccolo paese dell’appennino lucano, paese di magia. Il giorno della festa di S. Rocco nella piazzetta brulicante di gente, bancarelle, santi, musicanti, zucchero filato, giocolieri e luminarie, c’era mia madre con me di pochi mesi in braccio, suo primogenito. In tale variopinta moltitudine c’era un banchetto con un “indo-

vino”, una specie di santone popolare che peregrinava per quei paesi sperduti della Lucania, predicendo il futuro. Mia madre, maestra elementare del paese, più per gioco che per convinzione gli chiese di predire il futuro al suo bambino di cui, ovviamente, era molto orgogliosa, come tutte le mamme. L’indovino rispose: *chistu criaturi adda iesse nu dutturi chi adda vidè dintu a li cristiani*. Quando quel bimbo raggiunse l’epoca della ragione rifletté su quell’episodio riferito dalla mamma e decise di “*videre dintu a li cristiani*”.

Ispirato dal veggente, mi iscrivo a Medicina (laurea nel 1972) e già da allora mi sentivo attratto dall’Endoscopia.

Sin da studente degli ultimi anni seguivo Dal Monte che all’interno della Patologia Medica di Campanacci effettuava endoscopia con strumenti rigidi (laparoscopia, rettoscopia) e, nel 1972, acquistò un ACMI per le prime fibroscopie.

Dopo qualche mese ci fu l’acquisizione di un gastro, un colon e un duodenoscopia Olympus e da allora non ho più abbandonato l’endoscopia che ho seguito collateralmente ad altre attività di tipo clinico sino al 1982 e quindi in maniera esclusiva sino ad oggi. La mia formazione di base, quindi, mi viene da Dal Monte in Patologia Medica al Policlinico di Bologna sino al 1974, quindi alla Gastroenterologia del Bellaria. In breve: nel 1980 sono stato da Paquet a Bonn (varici), poi nel 1981 da Seifert a Koblenz (ERCP) e nello stesso anno da Soehendra ad Amburgo (operativa in genere). Nel 1982 sono quindi stato da Kuwaiama (ERCP e laser) e da Oi (ERCP) a Tokyo, quindi a Lille da Brunettand (laser) nel 1985.



Alcune immagini “giovani” di Nicola D’Imperio...l’esploratore!



Emilio Di Giulio

“... Volevo fare l'architetto ma cambiai presto facoltà”

Volevo fare l'architetto! Mio padre era un ingegnere e un costruttore e io non avevo dubbi: volevo fare l'architetto! Mi iscrissi ad Architettura a Roma e iniziai a frequentare i corsi con l'entusiasmo di chi realizza il sogno della sua vita. Era il 1970! Le università, come tutto il mondo della scuola e tutto il mondo giovanile erano in crisi, attraversate da un fermento che a volte le rivitaliz-

zava, a volte le travolgeva. Dall'università mi attendevo una formazione professionale: Architettura era in crisi, forse una facoltà scientifica lo sarebbe stata meno. Così pensai e nel giro di pochi giorni, dopo circa 6 mesi di frequenza, presi una decisione sulla quale non ho mai avuto ripensamenti: cambiare facoltà. A me piaceva studiare più o meno tutto, ma mi decisi per la medicina, che mi sembrava “scienza e arte molto complessa”. E, in effetti, lo studio della medicina fu interessante e piacevole, ben più traumatico e non previsto fu, invece, il lavoro di medico, l'impatto con il paziente. Non avevo una grande predisposizione ad ascoltare i problemi della gente, tanto meno in quel momento particolare, di grande fragilità, che è la malattia. In più, “giovane ed estremista della razionalità” non ero interessato, né capace di “raccontare storie” al malato per dargli certezze, per non disorientarlo, per non scoraggiarlo. E la gastroenterologia più di altre branche richiede questa capacità. Questa rivelazione sul mio disinteresse a “fare il medico” purtroppo arrivò dopo la laurea. E qui cominciò un periodo di notevole disorientamento.

Che c'entra tutto questo con l'Endoscopia? C'entra, perché è stata l'endoscopia a permettermi di attraversare in maniera “riconciliata” questa professione, “riconciliata” con me stesso e “riconciliata” con il paziente.

Innanzitutto l'endoscopia, perché l'endoscopia si è subito rivelata una branca della medicina molto giovane, pratica ed efficace, capace di appassionare; perché grazie all'endoscopia ho conosciuto Maestri appassionati e molto pratici quali Liguory o Stipa, perché grazie all'endoscopia e agli endoscopisti italiani ho attraversato, forse in anticipo rispetto a Colleghi di altre branche, quei percorsi

di ricerca della “sicurezza”, della “qualità”, delle “prove di efficacia”, della centralità del paziente, tematiche oggi centrali in tutta la medicina.

Dopo queste mie considerazioni, ecco gli eventi particolari che hanno contraddistinto la mia vita professionale.

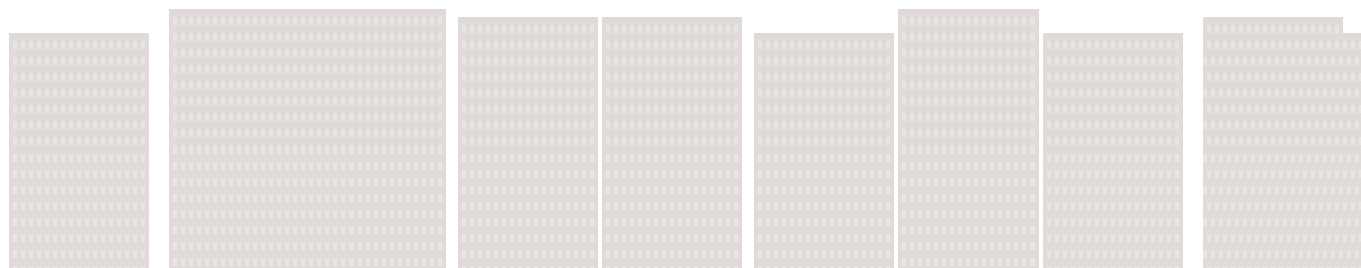
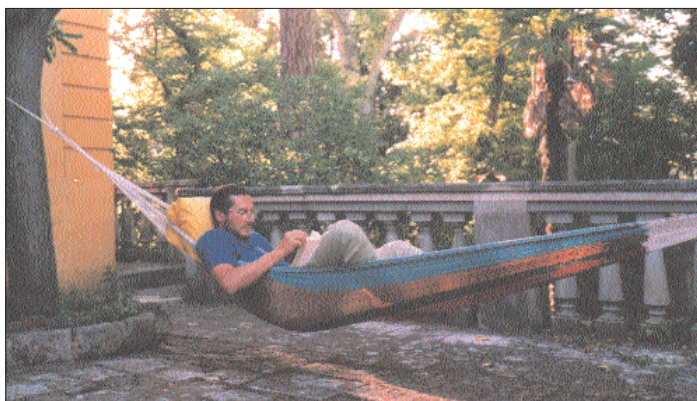
Mi laureo a Roma nel 1977 e conseguo la specializzazione in “Malattie dell'apparato digerente” nel 1981 (Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma). Durante il periodo della specializzazione ho frequentato anche un reparto ospedaliero di epatologia, dove ho avuto occasione di avvicinarmi per la prima volta all'endoscopia di base. Finita la specializzazione ho deciso (forse in maniera un po' azzardata, poiché non avevo ancora un posto di lavoro!) di acquisire anche una formazione specifica in endoscopia operativa, ritenendo che questa scelta mi avrebbe procurato maggiori occasioni lavorative.

Avevo letto per la prima volta del trattamento endoscopico della calcolosi del coledoco in un capitolo di un libro curato da Liguory e questo mi convinse di tentare questa strada. In effetti, riuscii a realizzare questo progetto e trascorsi così un periodo a Parigi da Liguory (settembre 1981 - dicembre 1982). Liguory è stato certamente un grande maestro di tecnica, ma anche di buon senso, di equilibrio e di praticità in una professione e soprattutto in una specializzazione in cui forte è il rischio del compiacimento nell'abilità tecnica. Frasi come “è meglio un insuccesso che una

complicanza” o gli inviti a non cedere al “folklore” mi hanno accompagnato in questi anni di professione.

Al rientro (erano i primi anni '80!) ho avuto la fortuna di lavorare come consulente per l'endoscopia operativa bilio-pancreatica in diverse strutture pubbliche e private romane. In particolare, a partire dal 1983 iniziai una collaborazione, che divenne sempre più stretta, con i Professori Sergio Stipa e Vincenzo Ziparo; collaborazione che portò nel 1988 alla mia assunzione presso la I Clinica Chirurgica dell'Università di Roma “La Sapienza”.

L'inserimento nel gruppo del Professore Stipa ha rappresentato per me non soltanto l'occasione per realizzare le tecniche apprese a Parigi, tecniche delle quali il Professore Stipa era entusiasta, ma anche un ulteriore momento di crescita: crescita culturale in un qualificato ambiente chirurgico, ma anche crescita tecnica perché devo al Professore Ziparo l'acquisizione, ad esempio, delle tecniche di emostasi endoscopica e di trattamento delle varici esofagee.



Giovanni Di Matteo

“... Ebbi un giorno la fortuna di ‘poggiare l’occhio’ sull’obiettivo e da allora decisi che da grande mi sarei occupato di Endoscopia. E a tutti i costi!”

inizialmente diretto dal Prof. Ottavio Albano, successivamente dal Prof. Antonio Francavilla, il quale però, alla fine del corso di studi, non mi ritenne per così dire... pronto a frequentare la scuola di specializzazione in Malattie dell’Apparato Digerente. E così, a malincuore, fui costretto ad emigrare. Trovai posto a Ferrara ove, nel giugno ’78, guadagnai il mio bel diploma di specialista. L’esperienza ferrarese fu gradevole per numerosi motivi, non ultimo per aver conosciuto un altro emigrante – avellinese di nascita, napoletano d’adozione – che trovai subito estremamente simpatico e divertente: Livio Cipolletta. Con lui avrei stretto subito una sincera amicizia rivelatasi nel tempo sempre più salda, ancorché, col tempo, turbata da qualche “incomprensione”, naturalmente per fatti di nessunissima importanza, causa la nostra età che avanza e la prepotenza di Livio. E sì perché Livio è un po’ prepotente!

Come mai ho deciso di dedicarmi all’endoscopia digestiva e qual è stato il momento determinante?

L’attrazione per l’endoscopia esplose durante il periodo di “internato” in gastroenterologia, precisamente nel ’72, quando conobbi Bruno Meduri al suo ritorno da Parigi dopo un lungo stage in endoscopia digestiva presso Claude Liguory. Fu in quel periodo che, per la prima volta, assistetti, ad un esame gastroscopico effettuato da Meduri con il GF-B Olympus (primo endoscopio semiflessibile, luce calda, visione laterale, insufflazione manuale mediante pompetta, utilizzabile unicamente per la esplorazione dello stomaco).

Solo pochi privilegiati, me compreso, quel giorno, condivisero l’emozione di “poggiare l’occhio” sull’obiettivo dell’endoscopio ed osservare lo stomaco. Quell’esperienza fu per me determinante. Decisi che da grande mi sarei occupato di endoscopia digestiva, e a tutti i costi! E per l’endoscopia, appena laureato, emigrai ancora. Questa volta a Castellana Grotte, piccolo paese del sud-est barese ove il Chirurgo del locale ospedale manovrava, da autodidatta, un gastroscopio (GIFQ) ed un colonscopio (TCF2L). Ovviamente la frequentazione dell’ospedale mi costò l’ingresso nella scuola di

specializzazione di Bari. Ma come spesso accade, non tutti i mali vengono per nuocere. Infatti se fossi rimasto a Bari probabilmente non avrei mai potuto svolgere l’attività endoscopica come avevo sempre desiderato. E non solo. Non avrei conosciuto Livio Cipolletta. Il quale, a sua volta, non potendo condividere il mio grande entusiasmo per l’endoscopia, non sarebbe mai andato a Parigi da Liguory e, conseguentemente, non sarebbe mai diventato l’eccellente Endoscopista che è.

L’endoscopia digestiva, quella fatta bene, l’ho imparata da Claude Liguory al quale fui presentato da Meduri nell’ottobre ’77, a Palermo, in occasione del Settimo Congresso Nazionale della SIED.

L’incontro, a cui partecipò un altro allievo di Liguory, Luigi Familiari, si svolse a tavola, dal “Greco” noto ristoratore di Porticello. La scelta ed il susseguirsi dei piatti (tanti!) furono coordinati da Familiari, estremamente premuroso e sollecito a soddisfare qualsiasi desiderio culinario-enologico del suo Maestro. A tavola si parlò di tutto meno che di endoscopia e ancor meno del mio futuro soggiorno parigino. Alla fine del pranzo Liguory mi liquidò dicendomi: “Vi scriverò”. E fu tutto! Lo rividi a Parigi, nei primi giorni del gennaio del ’78, quando ebbe inizio il mio primo stage che sarebbe durato poco meno di un anno. Fra il ’79 e l’82, sarei ritornato annualmente in Francia per periodi di uno, due mesi. A Parigi conobbi gli altri allievi italiani (oltre Familiari e Cipolletta) che avrebbero dato vita alla cosiddetta “Legione italiana”: Pietro Loriga, Salvatore Adamo ed Emilio Di Giulio, tutti fraterni amici ed eccelsi professionisti.

Ho detto prima che a Parigi ho praticamente imparato tutto. E non senza aver sofferto, soprattutto per apprendere l’arte della ERCP. Dare una sbirciatina di pochi secondi attraverso l’oculare del duodenoscopia, quando Liguory operava, era spesso un’impresa. Il più delle volte infatti, causa il nutrito numero di visitatori, ci si doveva mettere in coda e, non di rado, quando arrivava il mio turno, l’esame era già terminato. Né era mai possibile utilizzare il teaching per la intera durata dell’esame (per fortuna impiegato quasi sempre in tutte le altre procedure endoscopiche) perché, così diceva il Maestro, “limitava la libertà di movimento”! E poi bisognava

compilare una serie di schede relative ai dati clinici del paziente e ai risultati della procedura, dare una mano (anche due) a rimuovere il paziente dal tavolo radiologico, di tanto in tanto pulire l’apparecchio e gli accessori, nonché sobbarcarsi il trasporto dello strumentario, 2-3 valigie più il processore, al termine della seduta, magari senza aver potuto neanche “guardare le radiografie” di qualche esame. Infine, quando arrivò il tanto atteso momento di tentare la mia prima ERCP, Liguory – scopo incoraggiamento – mi disse: “Di Matteo, avete tre minuti per cateterizzare, non un secondo di più”. E si ritirò dietro la paratia del telecomando dando fuoco alla metà di un antico toscano. Per fortuna cateteriz-



Una recente fotografia di Giovanni Di Matteo in vacanza

zai selettivamente il coledoco in meno dei tre minuti a disposizione e senza grandi sorprese del Maestro. Il quale tirò fuori una delle sue più celebri e ricorrenti frasi: “ Voi italiani... col cervello tutto nelle mani”. In realtà nei tre mesi che avevano preceduto quel fatidico giorno avevo “marcato stretto” Liguory, cercando di non perdere nulla di quello che diceva, faceva e, spesso, disegnava dopo le sue performances endoscopiche. In realtà il Maestro era, e lo è sicuramente ancora, veramente bravo e non solo tecnicamente. Di lui ho sempre molto apprezzato il rispetto rigoroso delle indicazioni delle procedure endoscopiche, la grande conoscenza della clinica e l'onestà intellettuale. Per intenderci quella che serve a valutare con attenzione e spirito critico i risultati immediati e a distanza del proprio lavoro.

L'esperienza maturata a Parigi mi consentì, al rientro in Italia, di cominciare l'attività endoscopica con grande entusiasmo ed una buona dose di sicurezza, se pur fra mille difficoltà, soprattutto di tipo organizzativo e gestionale. Le stesse che ritengo abbia avuto la maggior parte degli Endoscopisti in quegli anni: spazi operativi estremamente ridotti, fondi sempre esigui o esauriti per l'acquisto di apparecchiature e accessori. Per fortuna il Maestro si dedicava anche al bricolage e fabbricava qualche accessorio. E proprio da lui imparai ad assemblare i papillotomi, utilizzando cateteri per incannulamento in disuso, banalissimi aghi da cucito, nonché una serie di materiali in acciaio acquistati a prezzi stracciati da “Weber metalli”, strabiliante negozio di Parigi ove si poteva comprare di tutto in tema di acciaio: da un filo da pesca di mezzo millimetro di diametro a tubi con sezione di due metri. Così, grazie ai papillotomi “costruiti in casa”, effettuai, nel dicembre '78, le prime sfinterotomie.

Non pochi, inoltre, furono i problemi di ordine gestionale riferendomi alla possibilità di “entrare” nel management del paziente prima e/o dopo un atto endoscopico. Fu così, per esempio, che, nei primissimi tempi della mia attività, non riuscii ad evitare qualche intervento di resezione segmentaria intestinale dopo escissione endoscopica di adenomi con “cancro in situ”. Con questo nefasto termine, perlomeno dalle mie parti, gli Anatomo-Patologi dell'epoca usavano di solito descrivere la displasia severa, e i Chirurghi, ineluttabilmente, affilavano i bisturi!

La ERCP e le metodiche operative ad essa collegate hanno rappresentato per me il settore di maggiore interesse per l'immediato e positivo impatto clinico di queste procedure nella gestione di molteplici e rilevanti affezioni bilio-pancreatiche. Anche se il raggiungimento di taluni obiettivi è stato sempre costellato di enormi difficoltà. A tal riguardo ricordo ancora le tenaci lotte con l'Amministrazione e il Chirurgo, per ottenere il duodenoscopia con canale da

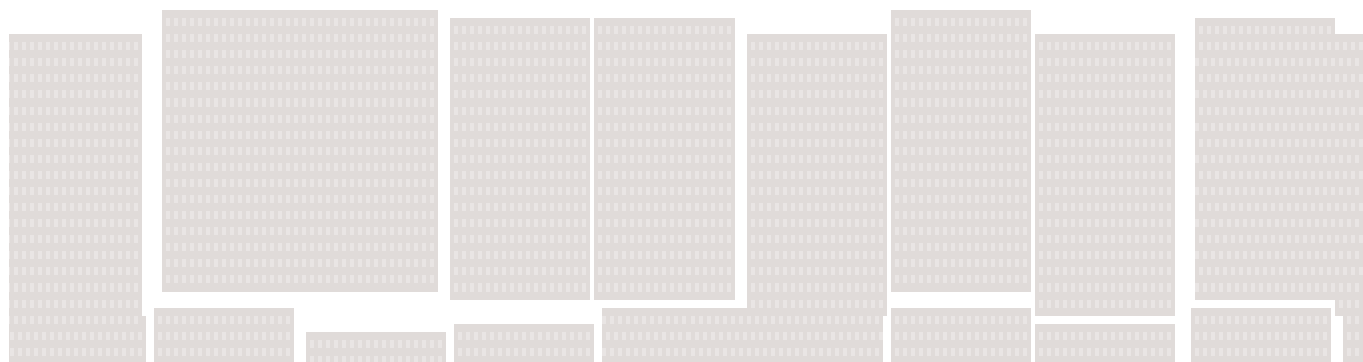
4.2 mm – il famoso Jumbo – cominciate nell'82 e terminate nell'85 con l'acquisto dell'apparecchio ed il posizionamento della prima protesi biliare in polietilene.

Credo, comunque, che queste storie siano state non dissimili da quelle di tanti altri Colleghi che hanno scelto di dedicare gran parte della loro attività, se non proprio tutta, all'Endoscopia Digestiva. Devo anche dire che fino ad oggi non ho registrato episodi particolari della mia “vita endoscopica” meritevoli di segnalazione. Tranne uno forse: con una presentazione fortemente coinvolgente sul piano emotivo, un intermezzo tragico-ridicolo ed una conclusione a lieto fine. Il tutto risale all'inverno dell'86 quando un bel giorno mi “recapitarono” nel Servizio, proveniente da un ospedale limitrofo, una culla termostatica contenente una bellissima neonata, venuta alla luce tre ore prima. Cosa era successo? Un segmento di catetere della lunghezza di circa 8-9 cm, utilizzato dall'anestesista per l'aspirazione trans-nasale di secrezioni, era sfuggito nell'esofago della neonata. La quale era perfettamente a suo agio e, fra uno sgambettamento e l'altro, dispensava a tutti i presenti grandi sorrisi. Mi fu mostrata una radiografia, praticamente in toto della neonata, in cui il catetere, al centro del torace, pareva essere grande come un cannone. Il papà della piccolina mi confessò che la puerpera non sapeva nulla dell'accaduto e se non fossi riuscito a rimuovere il catetere, lui avrebbe commesso una sciocchezza! Non mi disse però di che genere. A questo punto mi venne un'idea geniale. Raggiunsi telefonicamente Luigi Dall'Oglio, l'Endoscopista del “Bambin Gesù” di Roma. Chi meglio di lui avrebbe potuto darmi dei consigli tecnici? Mi rispose che, come me, non aveva esperienza, di rimozione di corpi estranei in casi del genere. E poi, giusto per tirarmi su il morale aggiunse: “Non vorrei essere nei tuoi panni. Comunque tanti auguri”.

Detti inizio alla procedura cominciando con il saggiare gli umori e le reazioni della neonata. Per questo le infilai in bocca il mio mignolo destro, immediatamente ciucciato con grande gioia. Subito dopo, con l'assistenza dall'Anestesista – nel senso “non ti preoccupare, vai facile, non c'è alcun bisogno di prender vene e somministrare farmaci” – sospinsi l'endoscopio nell'orofaringe, e con una pinza da corpi estranei rimossi il catetere. Nei pochissimi minuti impiegati per portare a termine la procedura, Giulia, questo è il nome della neonata, oggi quindicenne, rise tutto il tempo.

Terminato l'esame vi fu, da parte dei presenti, qualche applauso di gioia mentre una delle mie infermiere roteando su se stessa andava giù ed io, più saggiamente, andavo alla ricerca di una sedia.

Anche questa è endoscopia.



Luigi Familiari

... Mi colpì la relazione di un relatore straniero, un tipo basso, grasso, con strani capelli a paggetto ed occhiali scuri. Era Claude Liguory

manopola di up e down), se volevi andare a destra o sinistra dovevi torcere lo strumento sul suo asse...

Il Direttore dell'epoca mi chiese se volevo occuparmene io ed accettai.

Chiesi un poco in giro per sapere se c'era qualcuno che si occupava di endoscopia e seppi che Pasquale Spinelli, che già conoscevo, si era installato a Milano e stava organizzando un Servizio di Endoscopia.

Gli telefono e, nel Febbraio del 1973, con la "Freccia del Sud" (non avevo ancora scoperto l'aereo) sono andato a Milano dove mi sono fermato per una ventina di giorni.

Pasquale era proprio all'inizio, ma tant'è dopo questa esperienza cominciai ad occuparmi di endoscopia.

Nel Giugno del 1973 partimmo in auto con un amico gastroenterologo per il Congresso Nazionale SIGE che si svolgeva all'Aquila (ricordo un freddo terribile ed un ristorante: "Le Tre Marie").

In questo congresso c'era tra gli altri un ospite straniero, un tipo basso, grasso, con strani capelli a paggetto ed occhiali

scuri, si chiamava Claude Liguory e presentava due relazioni: una sulla polipectomia del colon ed una sulla CPRE.

Le due relazioni mi colpirono particolarmente per cui, al mio ritorno a Messina, cercai l'indirizzo di questo tale sul volume degli abstracts (Hospital Saint Antoine, rue du Faubourg Saint Antoine) e gli scrissi chiedendogli se potevo andare a trovarlo.

Dopo la sua risposta mi cercai una borsa di studio (della Fondazione Bonino di Messina) ed il 29 Novembre del 1974 partivo con il treno - il Palatino, che partiva alle 18.30 da Roma per arrivare

Sono nato a Melito Porto Salvo il 1° Maggio del 1948. Laureato a Messina il 29 Luglio del 1972. Specializzato a Roma in Gastroenterologia nel 1976.

Alla fine del 1972, ero assistente supplente presso l'Istituto di Patologia Medica di Messina, dove fu acquistato un esofagogastroduodenoscopia ACMI bidirezionale (nel senso che aveva una sola

alle 10 dell'indomani alla Gare de Lyon a Parigi (sempre perché da buon meridionale non avevo ancora scoperto l'aereo) - insieme con il mio amico Armando Santoro, che poi sarebbe diventato uno dei migliori oncologi italiani.

L'incontro con Liguory, presso il quale restai, andando e venendo, quasi tre anni, fu determinante, non tanto perché mi insegnò l'endoscopia, quanto per avermi inculcato una maniera di vedere le cose estremamente lucida e razionale, un modo di andare subito al centro dei problemi eliminando il superfluo, che poi, se vogliamo, è la maniera d'operare degli endoscopisti, estremamente concreta.

Oltre ovviamente agli insegnamenti in materia di ristoranti: le mangiate omeriche con "il Maestro" sono ormai un fatto che tutti conoscono. La prima proprio il giorno del mio arrivo: era il giorno del suo compleanno ed a pranzo finimmo tutti a mangiare choucroute come maiali!!! Vi assicuro che all'inizio fu dura.... Ricominciare in radiologia le colangio alle 2 del pomeriggio dopo una media di 2-3 boccali di birra, oltre il resto!!!!!!

Nel 1975 ho eseguito a Parigi la mia prima colangiografia endoscopica (ovviamente festeggiata con grande abbuffata al ristorante le Quincy) fino all'una di notte ma... poiché non ci era sembrato abbastanza, alle quattro del mattino siamo ripartiti, io e Li-

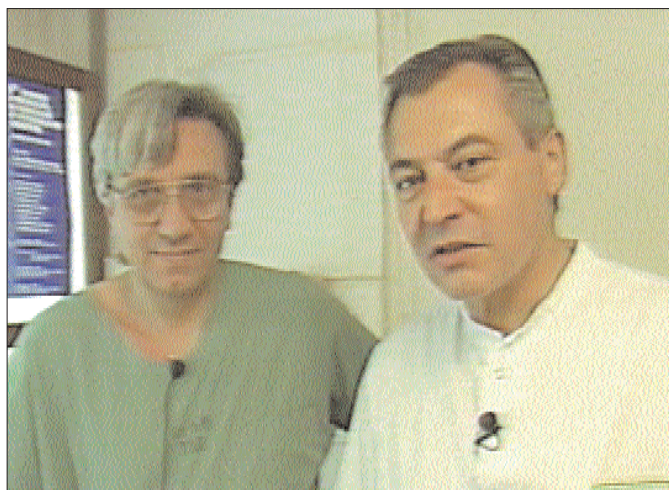
guory, per cercare un ristorante che fosse ancora aperto.

Dalle 5 alle 7 del mattino al "Pied de Cochon", ostriche e champagne, per poi ricominciare a lavorare alle 7.30.

Nel 1976 ho eseguito a Messina la mia prima sfinterotomia, ovviamente con sfinterotomo home made (non erano ancora in vendita) su una suora. Nel 1980 ho impiantato la mia prima protesi biliare, probabilmente anche la prima in Italia. Indubbiamente, il mio maggiore impegno riguarda l'endoscopia biliare.

Lunga militanza nella SIED (Iscritto dal 1974; Presidente della Sezione Regionale Sicilia della SIED nel biennio 1988-89; eletto nel 1991 nel Consiglio Nazionale della Società; vicepresidente nel quadriennio 92-95 e presidente della Commissione Medico-legale; rieletto nel 1995 come consigliere fino al 1999 e membro della Commissione Credits; attualmente membro della Commissione scientifica).

Fondatore e Presidente attuale, dal 1999 della "Italo-Egyptian Association for Digestive Diseases".



Un fermo immagine di Luigi Familiari accanto a Sahel

Arnaldo Ferrari**“...Dalla sintesi
proteica cellulare in vitro
...all'Endoscopia”**

Mi sono avvicinato alla gastroenterologia ed all'endoscopia digestiva nel corso dell'ultimo anno di università: il Prof. Banche è da poco alle Molinette con la Divisione di Gastroenterologia, Rossini e Bonardi mi trasmettono la passione e l'entusiasmo per quelle nuove tecniche – guardate con diffidenza da molti – che consentono di esplorare de visu l'apparato digerente

dal suo interno. Abbandono quindi lo studio della sintesi proteica cellulare in vitro presso l'Istituto di Patologia Generale di cui mi sono occupato negli ultimi anni e che è argomento della mia tesi di laurea e mi iscrivo alla scuola di specializzazione in gastroenterologia diretta dal Prof. De La Pierre. L'amore per l'endoscopia cresce negli anni della scuola di specialità, durante i quali trascorro il maggior tempo possibile nell'endoscopia di Banche, cercando di osservare, capire, imparare e, infine, cominciando anche a fare qualcosa. Fare che cosa? Molte attività di supporto, cartelle cliniche, referti, schede di rilevazione dati sui polipi del colon, ecc. ecc., ma finalmente anche eseguire un esame, dall'inizio alla fine, effettuare le biopsie, le prime polipectomie...

In quegli anni si costituisce la sezione regionale Piemonte – Valle d'Aosta della SIED, Banche presidente, Bonardi segretario e nasce la tradizione, che dura tutt'oggi, degli incontri e riunioni regionali, non solo tra i colleghi piemontesi e valdostani ma spesso con il coinvolgimento di esperti di altre regioni o stranieri. Nel '77 mi viene affidata la segreteria regionale, segreteria che, con una breve interruzione tra l'80 e l'82, resta a mio carico sino all'87. In quel periodo il ruolo del segretario è quasi esclusivamente inteso come una funzione postale, di trasmettere ai soci le comunicazioni ed i programmi scientifici organizzati da Presidente e Consiglio Direttivo. Ma gli è riservata in aggiunta l'attività tanto fondamentale, quanto sgradevole, di raccogliere le quote associative, il che comporta avilenti questue ad ogni occasione d'incontro o riunione scientifica, o innumerevoli telefonate, spesso inefficaci, per scucire le 10.000 lire dai portafogli dei soci più morosi. Ma la SIED sopravvive comunque e cresce, si susseguono i presidenti regionali, Verme e Rossini tra quelli che più hanno stimolato il lavoro del segretario e, negli anni '80 la sezione regionale si espande ulteriormente con progressiva apertura e coinvolgimento dei centri extratorinesi (Cuneo, Novara, Asti, Alessandria).

Mentre faccio il segretario SIED proseguo il lavoro e la mia personale learning curve con Rossini, al San Giovanni Vecchio: sono gli anni dello Slides Atlas di colonscopia (quante diapositive di quadri endoscopici selezionate, discusse, montate in sequenza in ore e ore di lavoro serale nello studio di Rossini, che non era mai completamente soddisfatto dei risultati e, oltre a insegnarti l'endoscopia, ti stimolava e ti aiutava a fare sempre di più e meglio!).

Sono gli anni del Congresso di Marentino sugli adenomi cancerizzati, cui partecipano i massimi esperti italiani, europei e statunitensi.

Sono gli anni in cui vado più volte a frequentare il reparto di Cremer a Bruxelles per imparare e perfezionare le tecniche di ERCP diagnostica e operativa.

Sono gli anni degli aneddoti divertenti, come quando, due ore prima di partire per gli USA, riesco a recuperare la chiave del mobilino in cui è chiuso il passaporto scivolata all'interno del montante cavo della libreria, appollaiato in cima ad una scala ed utilizzando un colonscopio da 160 cm, un'ansa da polipectomia tipo crescent e la collaborazione del fedele e creativo infermiere Alberto: questo conferma la mia fede nell'endoscopia spesso determinante a risolvere anche i problemi della vita quotidiana.

Nell'88 ritorno alle Molinette nel reparto del Prof. Verme, nel servizio di endoscopia di cui è responsabile Pera e di cui diverrò responsabile quando Pera assumerà il primariato di gastroenterologia al Mauriziano.

Progrediscono e si arricchiscono gli aspetti tecnici, tecnologici e clinici dell'endoscopia: cominciamo a trattare in urgenza le ulcere sanguinanti, le stigmati e le varici esofago-gastriche iniziando ad utilizzare le colle acriliche oltre ai consueti sclerosanti. Eseguiamo la prima legatura elastica con il sistema monolaccio e overtube: la nostra tensione emotiva deve essersi trasmessa al paziente il quale, al termine del trattamento felicemente riuscito, ci ha chiesto di convocare d'urgenza un sacerdote per sposare immediatamente la fidanzata di cui da anni eludeva le richieste matrimoniali!

Posizioniamo la prima PEG a Torino con il metodo pull, con esito

positivo: in occasione di un corso di aggiornamento sulla metodica, a distanza di anni; Alessandro Repici, allora allievo di endoscopia, descriverà quella procedura quasi come un evento epico, con la sala endoscopica e gli operatori attrezzati come se si dovesse fare un trapianto cardiaco.

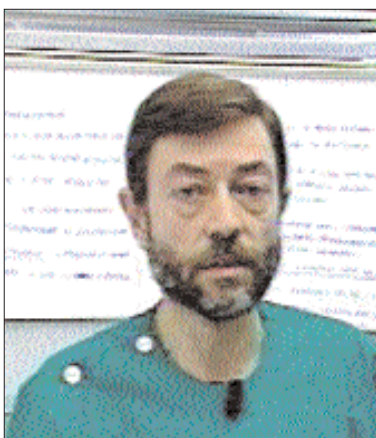
Dal '92 al '94 ho l'onore di ricoprire la carica di presidente della sezione regionale SIED e da questi anni si fa strada e mi appassiona un ulteriore obiettivo: propugnare ed implementare la qualità in endoscopia. A metà degli anni '90 completiamo i primi lavori di VRQ applicata all'endoscopia d'urgenza.

A fine '97 inizia l'avventura in cui sono tuttora impegnato: primario di una neonata U.O.a. di Gastroenterologia presso l'Ospedale Maria Vittoria, presidio dell'ASL 3 di Torino.

Il primo obiettivo è la creazione (dal nulla o quasi) di un moderno servizio di endoscopia digestiva che soddisfi le richieste e le aspettative di un'utenza di circa 220.000 abitanti, compresa la pronta disponibilità endoscopica 24 ore su 24 per le urgenze.

L'impegno della Direzione Aziendale e di tutti i collaboratori, medici e infermieri, è stato sin qui notevole sotto tutti i profili, economico, tecnico, scientifico, culturale e umano, tanto che nel luglio di quest'anno otteniamo la Certificazione di Conformità UNI EN ISO 9002 da parte di un ente di certificazione accreditato a livello nazionale ed europeo.

Il lavoro cresce, la disciplina endoscopica progredisce, la sfida continua: qualità in endoscopia digestiva vuole essere il nostro motto ed il nostro obiettivo per i prossimi anni.



Leonardo Ficano

“... E il mio Direttore mi impose di... fare l'Endoscopia”

e poi come Ricercatore e quindi dal 1987 come Professore Associato.

La decisione di dedicarmi all'endoscopia inizialmente non fu mia ma del mio Direttore di allora, Prof. A. Rodolico, che ai tempi neocate-dratico, preso possesso di un reparto tutto nuovo e distribuendo compiti mi disse: tu fai endoscopia! Questa decisione, che allora non gradivo poi tanto perché pensavo mi allontanasse dalla sala operatoria, era ovviamente senza appello.

Come maestro all'inizio ho avuto chi in Clinica Chirurgia (stesso plesso ma noi eravamo in Chirurgia D'Urgenza), faceva endoscopia e cioè il Prof. Marcello Semilia che poi smise quasi di fare l'endoscopista ed andò primario di Chirurgia a Trapani. Da lui imparai i primi rudimenti di gastro e colon. Ho visto eseguire la prima ERCP all'Ospedale Cervello da Mario Cottone che era stato per un periodo a Londra da Cotton. Ho visto lui fare due ERCP un pomeriggio, e due settimane dopo con un ACMI laterale che sembrava un carro armato ho fatto la prima ERCP (febbraio 1978) visualizzando coledoco e Wirsung, in una paziente con ittero e cisti da echinococco.

Tra la fine del 1979 ed il 1980, ero stato più volte per brevi periodi a Parigi da Liguory, ed ho fatto la prima papillotomia nel 1981 con uno sfinterotomo autocostruito secondo i dettami e con i materiali comprati a Parigi.

Le altre tecniche operative sull'esofago e sul colon erano state introdotte nel nostro servizio prima e via via sviluppate.

Non so se è un pregio o un difetto (molto più probabilmente) ma non ho mai fatto molta pubblicità al mio lavoro. Come manifestazioni scientifiche ricordo che invitammo Liguory a tenere una Conferenza sulla ERCP e la papillotomia nel maggio del 1981 all'Accademia delle Scienze Mediche di Palermo, che fu affollatissima ed applauditissima e che fu preceduta da una mia relazione sulla ERCP diagnostica (anche io ebbi i miei applausi). Ho poi organizzato nel 1999 il primo Corso di Aggiornamento SIED. In mezzo ci stanno tante manifestazioni locali e tante relazioni a congressi anche importanti e soprattutto tantissimo lavoro di ogni giorno.

Vi sono molti episodi significativi che potrei ricordare, d'altronde



Sono nato a Morbegno (Sondrio) il 9 maggio del 1951, mi sono laureato con lode a Palermo nel 1976, sono specialista in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva, Chirurgia D'urgenza e Pronto Soccorso, ed Anestesiologia e Rianimazione. Ho svolto tutta la mia attività professionale pubblica al Policlinico Universitario di Palermo, come MIUCA prima

sono sul campo da 25 anni e non sono stato fermo. Uno però credo che sia significativo perché può contribuire a chiarire quali sono stati i rapporti tra endoscopia e chirurgia: siamo nel 1978, il mio direttore di allora era favorevole all'endoscopia ma certamente non si faceva uccidere per questa, il suo atteggiamento però nei confronti dell'endoscopia e del sottoscritto cambiò radicalmente a seguito di questo evento. Avevamo acquistato dei tubi di Kehr di silicone nella speranza che non si formassero quelle concrezioni che si osservavano alla loro rimozione e che temevamo restassero in parte nel coledoco. Questi tubi purtroppo non erano ottenuti per fusione, e quindi non erano un pezzo unico, ma due tubi incollati a T.

Tra il posizionamento del primo di questi Kehr e la sua rimozione passarono circa 25 giorni, ed in questo periodo ne avevamo posizionati altri 10. Alla rimozione di questo primo Kehr successe che si staccarono le due branche e una di esse rimase dentro il coledoco. Vi lascio solo immaginare quello che successe allora in termini di urla, linciaggi per tutti, ecc. ecc. ecc. Per fortuna una colangiografia eseguita prima della rimozione dimostrava che un lungo pezzo di questa branca era in duodeno (il mio Direttore posizionava sempre il Kehr transpapillare), allora proposi di vedere con un gastroscopio se era rimasto un pezzo in duodeno ed, eventualmente, tentare di estrarlo: ebbi successo e cambiò il mondo!!! Negli altri 10 pazienti la procedura di rimozione fu combinata; io andavo in duodeno e con un'ansa afferravo il pezzo di tubo transpapillare, un collega estraeva la branca transcutanea, i due pezzi si disassemblavano ed io estraevo la branca intracoledocica.

L'atteggiamento di tutti verso l'endoscopia, specie quello del Direttore, divenne di entusiasmo ed ho usufruito poi di... “coccole e finanziamenti”.

Alberto Foco e Aldo Garbarini

“... Smisi definitivamente di fare il chirurgo poiché il mio ex lungimirante capo ci impedì letteralmente di fare la chirurgia laparoscopica e... ci boicottava in Endoscopia”

Carissimo Felice, ti invio la mia breve storia e ti rispondo per due endoscopisti, il sottoscritto (nato il 6 maggio 1948, laureato il 10 luglio 1973 e specializzato in Chirurgia Generale nel dicembre 1978) ed il dottor Aldo Garbarini (nato il 15 novembre 1949, laureato il 28 luglio 1974 e specializzato in Chirurgia d'Urgenza nel 1978 ed in Chirurgia Digestiva ed En-

doscopia a metà anni '80).

La nostra storia è praticamente sovrapponibile e lavoriamo insieme dal 1974, dapprima come aspiranti chirurghi e dal 1976 anche come endoscopisti.

Siamo partiti per fare i chirurghi, lavorando molto in PS, dove ci siamo fatti le ossa e dove, dopo alcuni anni, abbiamo cominciato ad effettuare le endoscopie d'urgenza nei molti sanguinanti che allora affluivano copiosamente alle Molinette di Torino e che spesso venivano operati d'urgenza senza possibilità di diagnosi strumentali.

Ci siamo formati frequentando per brevi periodi Oselladore a Padova (io), Montori a Roma (Garbarini), Liguory e Cremer (entrambi) e partecipando fino ai primi anni '90 a molti live.

Abbiamo iniziato con le egds, quindi colon, polipectomie, ercp inizialmente diagnostiche e successivamente operative per la calcolosi, protesi esofagee di plastica e poi metalliche, protesi biliari prima di plastica e poi metalliche, emostasi endoscopiche prima per lesioni varicose e quindi non varicose, laserterapia, protesi enterali.

Il nostro interesse è per l'endoscopia biliare e per le protesizzazioni in genere del tratto digestivo.

Ti allego un elenco di pubblicazioni che coprono un arco di tempo di 20 anni, sino al 1996, anno in cui mi stufai di scrivere e praticamente cessai, per la crisi di cui leggerai dopo.

Partimmo entrambi per fare i chirurghi ed io resistetti come tale, con discreti risultati e con molti contrasti col mio ex direttore (Olivero), sino al 1995 (per 15 anni, dal 1975 al 1990 ho fatto tanto PS, di cui 13 come capo guardia, operando molto in urgenza). Nel 1995 smisi definitivamente di fare il chirurgo poiché il mio ex lungimirante capo ci impedì letteralmente di fare la chirurgia laparoscopica, oltre che boicottare sistematicamente da sempre il nostro lavoro endoscopico (la sua idea era che l'endoscopia dovesse servire solo per recuperare pazienti per il suo reparto e che non dovesse invece crescere, come stava invece succedendo con successo e con estrema invidia da parte sua).

A quel punto potevo solo andarmene, se volevo continuare a cre-

scere come chirurgo, ma ero troppo avanti con l'endoscopia e con la struttura che si era creata, per cui, valutati i pro ed i contro, scelsi l'endoscopia.

Ho fatto bene? Non so rispondere; certamente Sergio Olivero mi ha rovinato, professionalmente parlando, la carriera chirurgica ed io mi sono fregato la



carriera "burocratica".

Attualmente il mio direttore è Mario Morino, con cui il rapporto, umano e professionale, è ottimo e, pur aggregato alla sua chirurgia, sono praticamente autonomo sotto ogni punto di vista; però il rimpianto di avere rinunciato alla chirurgia

(che mi riusciva bene) ogni tanto affiora e, sinceramente, mi amareggia.

Il dottor Garbarini aveva capito tutto molto tempo prima ed aveva smesso di fare il chirurgo nel 1990; non ha rimpianti.



Aldo Garbarini e Alberto Foco protagonisti in video

Sergio Gullini

"... Un impegno a migliorare l'organizzazione in Endoscopia"

Nato a Ferrara il 2.5.46. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1972. Specializzazione in Gastroenterologia nel 1975 a Roma. Dal 1973 assunto nella Divisione Medica dell'Ospedale di Copparo (FE) e frequentatore sino al 1976 della Clinica Medica di Bologna diretta dal Prof. Labò e in particolare dell'ambulatorio di endoscopia digestiva, responsabile

Prof. Francesco Faggioli, che mi ha insegnato ad eseguire le EGDS e le Coloscopie. Nel 1975, l'ospedale di Copparo comprò un esofagogastroduodenoscopia Olympus a visione frontale e ho cominciato a fare i primi esami autonomamente.

Il Prof. F. Faggioli, uomo mite e bravo, fu il primo ad occuparsi di endoscopia nella Clinica Medica di Labò, poi con l'arrivo nel '77 di Di Febo e poi di Caletti, capi che i tempi e gli uomini erano cambiati e preferì diventare responsabile di un reparto alla

casa di cura Toniolo e guadagnare qualcosa; è morto circa due anni fa, a circa 65 anni. È stato sicuramente uno dei "padri" dell'endoscopia italiana. Nel 1976 diventai Assistente incaricato di Gastroenterologia nell'Ospedale di Udine dove il Dr. Da Broi mi insegnò la laparoscopia e continuai ad eseguire EGDS e Coloscopie. Nel 1978 Assistente di Medicina generale all'Ospedale di Forlì, Primario Prof. Fontana, dove continuai ad interessarmi di endoscopia e di gastroenterologia clinica. Nel 1981 Aiuto del Servizio di Ga-



stroenterologia ed Endoscopia digestiva di Ferrara. Dal 1981 incarico di insegnamento alla Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia dell'Università di Ferrara. Nel 1979 ho frequentato per 15 giorni l'ambulatorio di coloscopia del Dr. Rossini, alle Molinette di Torino. Dal 1980 ho iniziato ad eseguire ERCP e Scleroterapia delle varici Esofagee. Nel 1982 sono stato per 2 settimane nel Servizio di Gastroenterologia di Marsiglia; nel 1984 ho frequentato per un mese il Servizio di Gastroenterologia di Bruxelles e dal 1985, ho frequentato ripetutamente il Servizio di Gastroenterologia di Amsterdam.

Dal 1989 Primario di Gastroenterologia del Servizio di Gastroenterologia dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara.

Nel 1990-91 ho eseguito con il collega Prof. A. Liboni, circa 20 colecistectomie per via laparoscopica, poi ho smesso e ho giustamente lasciato andare avanti i chirurghi.

Dal punto di vista scientifico, i miei interessi principali sono: le malattie infiammatorie croniche intestinali, la cirrosi e le sue complicanze, l'infezione da *Helicobacter Pylori*, la patologia delle vie biliari e pancreas e recentemente ho avviato un pro-

gramma di prevenzione del cancro del colon in soggetti a rischio. Mi sono interessato del "Consenso informato in endoscopia digestiva", della "Disinfezione in endoscopia" (prima pubblicazione nel 1984), dei "Rischi da incidente elettrico" (*Endoscopy* 18 211-212, 1986) e della "Sedazione in endoscopia" (*Acta Endoscopica* Vol 17 N° 1 1987).

Nel 1984 ho organizzato un "Corso Nazionale per infermieri di Endoscopia Digestiva": in pratica è stato il Primo Corso Italiano e ricevetti 750 iscrizioni.

Nel 1987 ho organizzato un Meeting Internazionale sul *Campylobacter Pylori*, che è stata la prima riunione sull'argomento in Italia e mi ricordo che diversi colleghi mi presero in giro dicendo che era un argomento di nessuna importanza. Alla riunione parteciparono però alcuni giovani che poi sarebbero stati apprezzati nel mondo per i loro studi, vedi Vaira.

Nel 1991 ho studiato e realizzato un set per paracentesi (pubblicato su *Endoscopy*), tuttora in uso, che poi diverse ditte hanno copiato, perché non coperto da brevetto.

Giorgio Minoli

"...Una forte esperienza internazionale"

Sono nato nel 1940, laureato nel 1966, specializzato in Medicina Interna a Pavia nel 1972 ed in Malattie dell'Apparato Digerente a Milano, nel 1976.

L'avvicinamento alla gastroenterologia, come spesso accade, è stato casuale. Ho sempre voluto essere internista ma mi sono accorto molto presto che sarebbe stata un'impresa titanica.

Così, alla fine della specialità in Medicina Interna ho deciso che avrei avuto bisogno di una sub-specialità. Era molto di moda la cardiologia ma già allora (1972!) non mi è riuscito di trovare un posto nelle varie scuole. Mi sono rivolto quindi alla Scuola di Gastroenterologia (Prof. Paolo Bianchi) su suggerimento del Prof. Aldo Rossini e questi sono stati i miei maestri.

A quel tempo (medioevo passato remoto!) le specializzazioni duravano due anni, o uno solo se si era già in possesso di un'altra. La mia idea iniziale era proprio questa: di iniziare un corso di un anno... tanto per tenermi allenato. Male m'incolse! Il corso sarebbe durato quattro anni ed ho scoperto presto che la gastroenterologia senza endoscopia non avrebbe avuto alcun senso.

La mia preparazione in Endoscopia è stata da autodidatta (nel mio ospedale Terruzzi ed io eravamo i primi e gli unici a maneggiare endoscopi). È iniziata subito una lunga

peregrinazione (che spero non finisca presto) attraverso congressi, corsi e frequenze in centri: non posso dimenticare il primo corso di Mirelli e Fichera e la prima frequenza da Spinelli all'Istituto dei Tumori.

Ho poi aggiunto congressi e corsi in Italia ed all'estero. Molto utili sono state le numerose frequenze (brevi purtroppo) in Unità di Endoscopia in Italia ed all'estero. Posso citare Trieste (Belsasso), Londra (Burroughs), New Haven (H. Spiro), New York alla Cornell (Rigas), Amsterdam (Huibregtse), la Cleveland Clinic (molto proficua la consuetudine con Fiocchi, Sivak e Zuccaro e l'amicizia con Edgar Ackhar che sarà il prossimo presidente dell'American College of Gastroenterology), la Mayo Clinic (Gostout) fino all'ultimo a Durham alla Duke da Baillie. Purtroppo con il passare degli anni e la pigrizia i soggiorni sono diventati sempre più brevi ma... questa è la vita.

Molto importante per la mia preparazione è stata la consuetudine con gli amici che avevano cominciato prima di me, da Curzio e Bernasconi (Varese) a Prada e Rocca ed a tutti quelli che hanno partecipato alla vita del "cosiddetto" GRUPPO di RHO.

Come tutti, ho cominciato con la gastroscopia diagnostica, cui ho via via aggiunto le altre endoscopie integrate dall'operatività. Mi sono dedicato molto, prima dell'avvento delle metodiche di imaging, alla laparoscopia (allora era esclusivamente medica). Ancora come tutti non faccio eccezione nel preferire l'endoscopia delle vie biliari per la sua difficoltà tecnica (la sfida) ma l'interesse prevalente ora è il colon con le IBD ed il cancro, soprattutto dal punto

di vista dello screening.

Le pubblicazioni sono molto meno di quante avrei voluto e molti



sono articoli di commento. Tutte sono state per me importanti non per i risultati, ma per lo stimolo alla preparazione ed al confronto con le altre realtà. Abbiamo in genere "lavorato" cercando di dare risposte ai quesiti che incontravamo nell'attività clinica e quindi la nostra è stata una ricerca clinica ed endoscopica. Ultimamente l'attenzione si è concentrata sulla qualità della colonscopia (appropriato uso) (Minoli G., Prada A., Gambetta G., Formenti A., Schalling R., Lai L., Pera A.: The ASGE guidelines for the appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy in an open access system - *Gastrointest Endosc.* 1995 Nov; 42 (5): 387-9) (Minoli G., Meucci G., Prada A., Terruzzi V., Bortoli A., Gullotta R., Rocca F., Lesinigo E., Curzio: M Quality assurance and colonoscopy. *Endoscopy.* 1999 Sep; 31 (7): 522) e sulla possibilità di sviluppo della colonscopia virtuale grazie alla collaborazione con i colleghi radiologi.

Non ho episodi curiosi da raccontare, per lo meno non me ne ricordo di degni di menzione. Forse il vero "episodio curioso" è l'aspettativa che qualcuno possa essere interessato a quello che ho scritto.

Vincenzo Pietropaolo

**"Alla scuola di Montori
era cosa naturale
innamorarsi
dell'Endoscopia"**

Sono nato a Paganica (AQ) il 1° luglio 1950; ho conseguito la maturità classica presso lo storico liceo romano Giulio Cesare nel 1969.

Il 3 novembre del 1976 ho conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" e successivamente nel 1979 il Diploma di Specializzazione in Chirurgia

dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva sempre presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza", e quindi nel 1985 il secondo Diploma di Specializzazione in Chirurgia Generale presso l'Università degli Studi di Pisa, nella scuola diretta dal Prof. E. Selli.

Sin dal periodo immediatamente precedente alla laurea come studente interno, poi come Medico Interno Universitario e successivamente come studente della scuola di specializzazione e quindi nelle varie tappe della carriera universitaria ho sempre frequentato l'istituto di III Clinica Chirurgica del Policlinico Universitario Umberto I di Roma, eccezion fatta delle parentesi legate al periodo di leva ed all'esperienza come ricercatore Universitario presso la cattedra di Semeiotica Chirurgica diretta da Prof. Gentileschi della II Università di Roma "Tor Vergata".

Presso la III Clinica Chirurgica del Policlinico Universitario Umberto I di Roma si sono quindi formate le mie radici di medico e di specialista; in tale periodo, in quelle mura era nata una delle prime scuole italiane di endoscopia chirurgica grazie all'impegno e alla dedizione del Prof. Alberto Montori, mio maestro. È stato pertanto fatale che i miei interessi di giovane medico si indirizzassero verso una metodica nuova che lasciava immaginare grandi possibili sviluppi diagnostici e terapeutici e soltanto epi-

sodico ricordare come mi ritrovai, per caso, ad assistere ad una delle prime polipectomie endoscopiche eseguite, e come rimasi affascinato dalla possibilità che la metodica endoscopica offriva di "operare" senza "operare".

Rispetto ad altri illustri colleghi mi ritengo pertanto più fortunato in quanto essendo nato e cresciuto accademicamente in una importante scuola di endoscopia chirurgica non ho avuto l'impellente necessità di dover effettuare viaggi all'estero per imparare la metodica in quanto il maestro l'ho avuto in casa, pur ricordando con affetto i diversi viaggi effettuati per perfezionare la metodica come quello nel 1980 quando ho raggiunto Giovanni Viceconte ad Edimburgo da Bill Circus per gli studi sulla fisiopatologia della papilla di Vater e la messa a punto della manometria dello sfintere di Oddi.

Sin dai primi tempi della mia attività endoscopica mi sono dedicato con dedizione allo studio dell'esofago alla sua fisiopatologia e alle tecniche endoscopiche di trattamento e palliazione delle sue patologie; ho effettuato quindi una discreta esperienza nel posizionamento di endoprotesi esofagee seguendo l'evoluzione storica e tecnologica della metodica, dai primi, pionieristici prototipi di protesi in plastica ai moderni stent in materiale metallico a memoria di forma.

Ho iniziato da subito a seguire da vicino tutte le ERCP eseguite presso il mio Istituto universitario e nel 1981 ho eseguito la mia prima sfinterotomia endoscopica.

Negli stessi anni sulla scorta dell'esperienza maturata nel campo delle dilatazioni esofagee ho effettuato tra i primi in Italia la dilatazione pneumatica di una stenosi cicatriziale post-operatoria del colon.

Ho da sempre seguito inoltre, con estrema attenzione ed amore per la metodica tutta, in maniera continuativa ed omogenea, le diverse discipline della pratica endoscopica quali il trattamento



dei sanguinamenti superiori ed in particolare delle varici esofagee, con sclerosi e legatura elastica, la rimozione di corpi estranei, le polipectomie; ho sempre, nel corso del tempo, tempestivamente utilizzato i vari strumentari quali le Clips, l'argon Beammer, l'Endo Loop che il progresso tecnologico ha messo a disposizione di noi endoscopisti.

Vanto una lunga militanza nella SIED con impegno in diverse cariche sociali quali segretario di presidenza del Prof. Giovanni

Marcozzi nel 1979, segretario della sezione Lazio-Abruzzo-Molise-Marche ed Umbria da 1980 al 1985, consigliere tesoriere della sezione laziale dall'1985 al 1987 e presidente della sezione laziale nel 1997.

Numerosi sono gli episodi diversi, bizzarri, piccanti, divertenti che arricchiscono l'aneddotica di un medico endoscopista che esercita la professione da diversi anni.

Tra i tanti due entrambi legati all'universo delle polipectomie.

Il primo è ambientato nei locali dell'endoscopia dell'istituto univesitario dove lavoro; erano gli esordi della mia attività ed eravamo in attesa di un paziente da sottoporre ad una polipectomia di un polipo del grosso intestino quando è entrato nella stanza dedicata agli esami un distinto signore sulla cinquantina che è stato immediatamente invitato dal personale a prepararsi all'esame e quindi a togliersi pantaloni e mutandina; a nulla valsero le timide perplessità appena accennate dal "paziente": "io devo parlare con l'endoscopista" tant'è che questi si ritrovò

in pochi minuti al centro della stanza coperto di un solo lenzuolo avvolto intorno al corpo; solo a tal punto il paziente prese un pò di coraggio ed esclamò con maggior decisione "io devo solamente parlare con l'endoscopista non devo eseguire alcun esame" tra l'ilarità generale.

Un secondo episodio è ambientato in un piccolo ospedale di provincia dove sottoposi un paziente ad una polipectomia di una grossa formazione polipoide del sigma; al termine dell'esame mi accingevo a spiegare quanto avvenuto nel dettaglio e quindi a consigliare terapia ed indicazioni dietetiche quando notavo un'estrema resistenza e perplessità del paziente. Cercai quindi con pazienza di ripetere dall'inizio quanto accaduto e le necessarie prescrizioni quando il paziente, spazientito, esclamò con veemenza che era assolutamente impossibile che gli fosse stato tolto un polipo in quanto lui non ne aveva mai mangiati!! È evidente come il consenso informato fosse stato chiaro ed esaustivo!!!

Giovanna Pippa

"... Volevo fare l'archeologo ma finii per prendere cinque specializzazioni in medicina!"

Quando ero giovane volevo fare l'archeologo, ma nella scelta universitaria sono stata vittima delle ideologie degli anni '60 basate sulla necessità di impegnarsi su qualcosa di socialmente utile. La cultura umanistica a me più congeniale sembrava un lusso da non potersi concedere come attività quotidiana ed è anche per questo che mi sono iscritta a medicina. Mi spiace

di non poter avere una seconda vita per concedermi qualche lusso in più, ma in definitiva le cose sono andate bene anche così. Mi sono laureata l'8 marzo del 1968. Una data almeno singolare sia per l'anno storico delle contestazioni che per la ricorrenza della festa della donna che allora cominciava ad avere significati e contenuti molto precisi. In realtà non sono mai stata femminista e di quegli anni mi è rimasto più che uno spirito contestatore, un atteggiamento da battitore libero.

La mia prima specializzazione è stata Cardiologia, seguita a breve termine da Malattie respiratorie e Malattie infettive. Nel 1968, infatti, la Gastroenterologia era una disciplina minore e l'Endoscopia digestiva un oggetto oscuro di cui non avevo alcuna nozione.

L'incontro con il Prof. G. Nava in quello stesso anno fu determinante. Avevo cominciato a frequentare il suo Reparto di Medicina, per la sua fama di ottimo clinico ma scoprii presto che aveva una particolare predilezione per le malattie dige-

stive. Era stato tra i primi in Italia ad eseguire biopsie epatiche e laparoscopie diagnostiche. Una o due volte a settimana poi, si chiudeva in una stanza buia, introduceva un primordiale gastroscopio flessibile (la Gastrocamera cieca) e muovendo lo strumento un po' più giù e un po' più giù, lo indirizzava nei vari segmenti dello stomaco guidandolo per transilluminazione sulla parete addominale; scattava quindi una serie di foto che poi venivano sviluppate e refertate.

Oggi tutto ciò può apparire scontato, ma allora c'era un alone di mistero in queste pratiche che apparivano come una qualche stregoneria. Certo mancavano del tutto riferimenti bibliografici, linee guida, manuali. Tutto ciò che a seconda delle opinioni ci ha divertito o straziato nei decenni successivi come qualità, accreditamento, sedazione, disinfezione erano del tutto ignoti e in gran parte poco nota era anche la patologia gastrica. Era inevitabile lasciarsi coinvolgere e così è stato con la gastrocamera che ho cominciato e non ho più lasciato, seguendo passo passo tutto l'evolversi delle tecnologie endoscopiche.



Giovanna Pippa durante un viaggio in Patagonia

Credo capiti raramente in un percorso lavorativo di potersi impegnare in una linea di attività innovativa e di averne la consapevolezza: una esperienza unica e non ripetibile. Ma c'è anche il ricordo della meraviglia delle prime osservazioni in diretta della cavità gastrica con un grandangolo; queste cose hanno lasciato una gran luce, come un sogno colorato.

Per la preparazione di uno dei miei primi lavori scientifici dei circa 100 che l'hanno seguito, il Prof. Nava con una punta di ironia mi fornì una pubblicazione tratta da *Gastroenterologia Japonica*, di cui era in qualche modo affezionato lettore, scritta in giapponese e senza sunto in inglese. Sul giapponese ci misi subito una pietra sopra, ma realizzai come fosse essenziale studiare almeno l'inglese per non essere tagliati fuori dall'aggiornamento. Cominciò questa lotta impari dello studio di questa lingua a cui ho dedicato certamente molto tempo senza riuscire mai a divenirne padrona, ma alla fine ci si arrende: quello che so è adeguato allo scopo e bisogna sapersi accettare.

Nel '73 ottenni una Borsa di studio annuale dal Ministero della Sanità sull'importanza della Colonscopia e della polipectomia nella prevenzione delle neoplasie del retto colon. Alla luce della nostra conoscenza attuale tutto ciò può apparire banale ma allora sembrava particolarmente intrigante visto che le colonscopie avevamo imparato a farle da poco tempo e da autodidatti e così le polipectomie.

In quegli stessi anni presi la specializzazione in Gastroenterologia e poco più tardi, ai primi degli anni '80, quella in Chirurgia addominale ed Endoscopia digestiva presso la scuola diretta dal Prof. Montori che mi accolse con grande generosità. E con la quinta specializzazione terminò finalmente il mio percorso di discente. Negli ultimi 10 anni incarichi di insegnamento di Endoscopia Digestiva e di Gastroenterologia per alcune scuole di specializzazione dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e per la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio, hanno portato a una inversione di ruoli e ritengo che abbiano avvicinato alla patologia digestiva più di qualche giovane.

La carriera ospedaliera è stata lunga e tormentata e il primariato nella disciplina è arrivato molto tardi. Ho spesso constatato di non avere il "fisico del ruolo" anche se il ruolo l'ho avuto e l'ho svolto tutto. Basta ricordare le richieste di approvvigionamento di strumenti endoscopici pressanti e puntuali con tutte le amministrazioni che si sono succedute; un atteggiamento "appassionato" e determinato che ha fatto assimilare il mio rapporto con gli apparecchi alla serie "erano tutti figli miei". Questo mi ha proba-

bilmente consentito di ottenere più di altri prestigiosi centri di Roma. Ma è sempre una questione di punti di vista. Pochi anni fa la visita alla mia Unità del Capo Dipartimento della Gastroenterologia di uno dei grandi Ospedali di Tokyo ha smorzato queste impressioni trionfistiche, lui aveva 10 volte di più.

Tra i meriti certi che mi posso attribuire, credo di poter affermare di aver istituzionalizzato la disciplina di Gastroenterologia nel mio ospedale, il S. Eugenio di Roma e di aver creato un gruppo piccolo, ma compatto e poco litigioso, che è oggi in grado di far fronte a tutte le esigenze di endoscopia digestiva dalle più semplici alle più invasive. Soprattutto, nessuno di loro sta contando gli anni in attesa di veder libero il mio posto e questo rappresenta una consolazione non di piccolo conto.

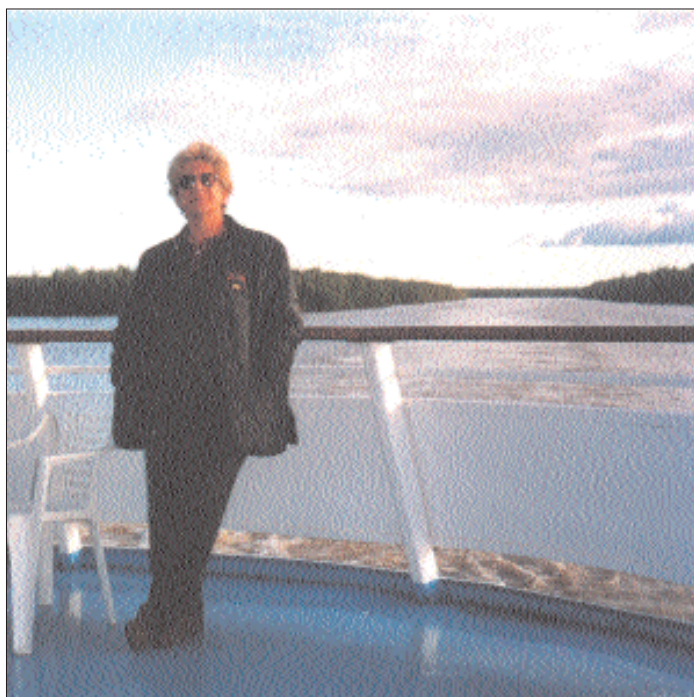
I miei rapporti con la "casa madre" cioè la SIED, sono stati costanti e attivi fin dall'inizio. Ho dato ma ho anche molto preso con un bilancio che ritengo equilibrato.

Una lunga attività lavorativa consente anche alcune considerazioni generali. Molte patologie sono cambiate e cambia così anche il nostro lavoro quotidiano: le ulcere gastriche sono diventate una rarità, le ulcere duodenali stanno sparendo, *Helicobacter pylori* sembra aver raggiunto l'apice della curva

gaussiana e il tormentone per il prossimo decennio sembra essere la malattia da reflusso; le neoplasie esofagee sono più spesso adenocarcinomi, ma questo cambia poco sul destino individuale di chi ne è affetto; la patologia del colon è in aumento o c'è una maggiore sensibilità al riguardo.

L'endoscopia, che ho avuto la fortuna di vivere dai suoi inizi, ha dato un impulso determinante alla ricerca clinica e farmacologica, consentendo di scrivere nuovi capitoli di medicina e rivitalizzando la gastroenterologia. Oggi i maggiori successi si hanno con l'endoscopia operativa e in alcuni casi si corre il rischio di privilegiare troppo le soluzioni tecnicistiche rispetto a quelle cliniche. Ma anche qui bisogna essere pronti alle evoluzioni tecnologiche o ai ritorni all'antico. La radiologia tenta di erodere alcuni settori; la microtelecamera, se assumerà un ruolo più significativo, ci riporterà alle origini della gastrocamera e alla necessità di sviluppare le immagini; la genetica medica ridurrà forse il numero di prestazioni invasive e ci riporterà a rituffarci nella clinica.

Mi piacerebbe sapere come andrà a finire nei prossimi 30 anni, mi piacerebbe soprattutto partecipare.



Giovanna Pippa e sullo sfondo il Volga



Enrico Ricci

“... È importante saper fare bene il proprio lavoro, ma è altrettanto importante poter contare su una organizzazione efficiente”

Laureato in Medicina e Chirurgia il 30 luglio 1976 a Napoli, presso la II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli. Specialista in Chirurgia il 14 luglio 1981 a Parma. Specialista in Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva il 7 luglio 1987 presso l'Università degli Studi di Milano.

Ho iniziato la mia attività endoscopica nel 1979, quando come giovane assistente chirurgo sono stato assunto nella II Divisione di Chirurgia generale dell'Arcispedale S. Maria nuova di Reggio Emilia. Una mattina Bedogni mi ha chiesto se nei momenti liberi dall'attività di reparto o di sala operatoria, potevo coadiuvarlo nell'ambulatorio di Endoscopia.

Ho accettato volentieri il suo invito, soprattutto per curiosità, poiché allora non avevo ancora avuto occasione di sperimentare le potenzialità e l'operatività dell'endoscopia. La mia frequenza nell'ambulatorio di endoscopia si è sempre più intensificata, di pari passo con l'incremento dell'attività e l'introduzione di nuove e più sofisticate metodiche. Nel 1987 ho definitivamente abbandonato l'attività chirurgica e mi sono dedicato a tempo pieno all'endoscopia digestiva.

La mia formazione professionale in endoscopia si è svolta sotto la guida del mio Maestro il Dottor Giuliano Bedogni. Ho avuto così la possibilità di maturare esperienza gastroenterologica ed endoscopica di diagnosi e terapia, in elezione e in emergenza. La sperimentazione e l'introduzione delle varie tecniche endoscopiche nella mia attività professionale sono andate di pari passo con quelle del dottor Bedogni.

I campi di particolare interesse della mia attività professionale sono stati quelli dell'endoscopia operativa e in particolare di quella bilio-pancreatica. Alcune esperienze hanno costituito un punto di riferimento per molti colleghi e mi riferisco soprattutto alla sfinterotomia nel gastroscectomia, al trattamento delle stenosi neoplastiche o iatrogene delle vie biliari, alle dilatazioni delle stenosi del retto colon, alla asportazione dei grossi polipi del grosso intestino. Negli ultimi anni ho avuto l'opportunità di sperimentare nuove tecniche gestionali e organizzative (Sistemi qualità ISO 9000, Certificazione, Accreditamento e management sanitario).

Vorrei citare due episodi che hanno “segnato” la mia storia con l'endoscopia. Il primo si riferisce al Simposio Nazionale SIED di Catania del 1982. Questa manifestazione, organizzata periodicamente in quegli anni con precisione e passione dal prof. A. Russo, fu per me un appuntamento importante, e vide la partecipazione di molti endoscopisti italiani, per la maggior parte giovani come me. Ricordo in particolare la relazione di Giacosa, che riportando

uno studio condotto dal gruppo del prof. Cheli, dimostrò che “l'endoscopia d'urgenza in corso di emorragia digestiva alta... abbrevia il tempo di ospedalizzazione, senza peraltro modificare il tasso di mortalità riferito ad ogni singola causa di sanguinamento”. I risultati di Giacosa frenarono notevolmente i nostri entusiasmi e scatenarono le ire del “sanguigno” C. Ghezzi di Milano, che aveva già allora maturato una notevole esperienza in questo campo. Ghezzi infatti replicò nella sua relazione che “l'endoscopia d'urgenza era di valido ausilio, purché affidata a personale... di vasta esperienza nell'urgenza gastroenterologica in genere e nell'ambito di una struttura con mansioni di chirurgia d'urgenza e rianimazione”. Ma non è solo questo il motivo per cui ricordo e desidero riportare questa esperienza. Al Simposio, infatti, per la prima volta, per il vincolo di sincera amicizia e stima che legavano il prof. Oselladore con il dott. Bedogni, i nostri gruppi collaborarono per la presentazione di cinque comunicazioni su l'endoscopia operativa biliare (litotrissia meccanica perendoscopica, drenaggi e protesi biliari e sfinterotomia), la polipectomia del colon e le occlusioni intestinali.



Questa collaborazione continuerà anche dopo il Simposio e porterà alla pubblicazione, nell'anno successivo, del volume edito da Piccin, veicolo dell'esperienza dei due gruppi. Ricordo ancora oggi con piacere le discussioni interminabili ma costruttive, le proposte di nuove tecniche, le modifiche e le integrazioni che continuamente venivano fatte al volume, poiché c'era sempre qualcosa di nuovo da inserire e qualcosa di vecchio da cambiare. Nel Simposio di Catania del 1982 ebbi l'opportunità di discutere le nostre esperienze con tanti colleghi che nelle varie regioni italiane riversavano altrettanta passione per l'endoscopia e di stringere tante nuove amicizie, che si sarebbero poi consolidate negli anni successivi. In quel simposio SIED mi resi conto dell'importanza della associazione e delle sue potenzialità. Da allora sono stato sempre più legato alla SIED e mi sono impegnato affinché la associazione potesse assolvere il suo mandato. Tutti i colleghi che ho conosciuto grazie alla SIED sono stati e sono per me tanti amici e so di poter contare su di loro, così come spero possa io fare altrettanto. Più di una volta viaggiando mi è venuto in mente che, grazie alla SIED, quasi in ogni città italiana avrei avuto un amico su cui contare in caso di bisogno.

Il secondo episodio è più recente e si riferisce al 1995. Una mattina dopo avere terminato una ERCP particolarmente indaginosa, la segretaria del nostro Servizio, molto preoccupata, ha chiesto di parlarmi con urgenza. “Ci sono due parenti molto agitati che devono parlarle per un paziente sottoposto ieri l'altro a ERCP. Ho controllato nel registro e quell'intervento l'ha fatto lei”. Da molto tempo abbiamo deciso che le richieste di informazioni vengano esaudite dal medico che ha effettuato l'indagine e così, ancora con il camice di piombo addosso, sono andato in segreteria. Mi sono tro-

vato di fronte ad una signora di circa settanta anni e ad un uomo, alto, con i capelli corti e nerissimi che sembrava aver da poco superato i trenta.

“Ci hanno detto di parlare con Lei” ha detto l'uomo, “Sono il figlio del signor... che lei ha operato due giorni fa”.

Ho capito che si trattava di un paziente al quale avevo posizionato una protesi biliare per una neoplasia inoperabile delle vie biliari. Ho cominciato allora a riassumere la storia clinica del paziente, sottolineando i problemi del caso, l'inoperabilità comprovata dalla laparotomia esplorativa a cui era stato sottoposto quattro giorni prima. L'intervento endoscopico che avevo eseguito in quel paziente non era stato semplice e ho così ricordato ai miei interlocutori che avevo sudato un bel po' prima di completare il posizionamento della protesi. “Alla fine sono stato molto soddisfatto del risultato, così che penso che la qualità di vita del vostro familiare potrà essere migliore” ho concluso con soddisfazione.

Mi hanno lasciato parlare, ma hanno continuato a guardarmi con evidente impazienza e un certo nervosismo, tradito ogni tanto da un colpetto di tosse, una occhiata furtiva, un respiro un po' più profondo. Non ho dato peso a questi segni, interpretandoli solo come una reazione a quanto stavo dicendo, così ho continuato nel mio discorso e sono passato ad illustrare la prognosi e le modalità di follow up. Le mie parole correvano veloci, ma nonostante i miei sforzi non percepivo altro che indifferenza, non avevo la sensazione di essere stato capito. L'esperienza mi ha insegnato a dosare le informazioni e a capire se i miei messaggi vengono compresi, così da sapere quando è il momento di fermarmi. Ma in questo caso non accadeva niente di tutto ciò, così ho continuato a parlare, cercando nuove parole per spiegare quanto avevo già detto, finché l'uomo non mi ha fermato alzando lentamente la mano destra, quasi ad arrestare con il palmo della mano il fiume di parole che lo investiva.

“Ma dottore, non è di questo che vogliamo parlarle, ci è già stato spiegato tutto”!

A questo punto mi sono bloccato e li ho guardati interrogativamente.

“Vogliamo sapere perché mio padre ha dovuto aspettare più di un'ora, seduto in carrozzina, prima di entrare nella sala endoscopica”.

Ero chiaramente imbarazzato, perché la domanda mi aveva colto completamente impreparato. “Non lo so” ho risposto.

“Ma in reparto mi hanno detto che è stato Lei a dare disposizione di portare mio padre in Endoscopia”!

“Può darsi, ma per darle una risposta devo capire cosa è successo”.



Un giovane Ricci

Li ho quindi pregati di aspettarmi e sono andato a prendere la lista operatoria di quel giorno. Ho così ricostruito quanto era accaduto. “È stato uno spiacevole incidente” ho esordito. “Dopo aver chiamato il reparto per trasportare il vostro familiare in endoscopia, abbiamo avuto una emergenza, poiché la paziente che era in quel momento in sala endoscopica ha avuto una complicanza emorragica, che ha prolungato l'intervento oltre le previsioni”. Ho continuato a rivolgermi all'uomo, poiché fino a quel momento la signora non aveva mai parlato, anzi mi era sembrata assente.

“Ci dovete guardare, però, a queste cose!” ha detto improvvisamente la Signora con voce stridula. “Mio marito era stato appena operato e non è stato piacevole aspettare per un'ora seduto su di una sedia a rotelle”.

“Ha ragione, Signora, non capisco perché l'hanno inviato su di una sedia e non in barella” ho replicato. “Comunque si è trattato di una emergenza, di una situazione quindi non prevista e non prevedibile”.

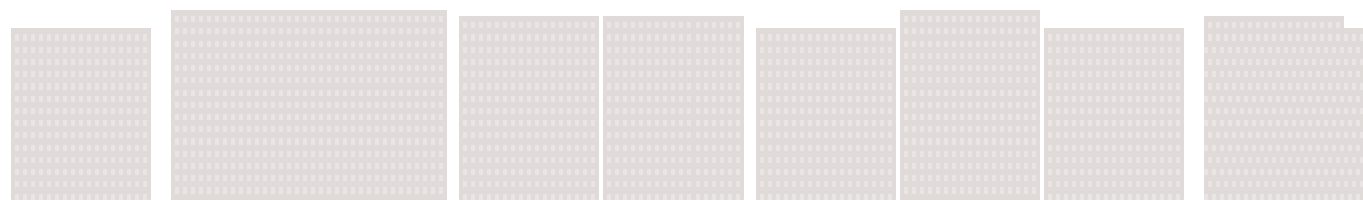
“Cercate comunque di “guardarci “ a queste cose in futuro!” ha ribadito l'uomo.

“Guardi che ci “guardiamo”, il programma dei nostri interventi è fatto proprio per cercare di minimizzare le attese e poi, per noi, i ricoverati hanno sempre la precedenza”. A questo punto mi sono interrotto, perché ho capito che qualunque cosa avessi detto, non avrebbe cambiato il loro atteggiamento. “Grazie, cercheremo in futuro di stare più attenti” ho concluso dirigendomi verso la porta per congedarli, ma sull'uscio della stanza la donna si è arrestata e guardandomi negli occhi con una intensità fino ad allora inaspettata, mi ha ripetuto: “Cercate di fare in modo che questo non accada più”.

Sono andati via velocemente. Sono rimasto un bel po' a pensare, cercando consolazione in una tazza di caffè bollente. Ma anche il caffè, al contrario del solito, non mi ha consolato e per tutto il giorno sono stato di pessimo umore.

La qualità tecnica del mio intervento non aveva per niente influito sulla qualità percepita dal paziente e dai suoi familiari, né aveva sortito alcun effetto la spiegazione del ritardo che avevo fornito, anche se dovuto ad una emergenza. I miei interlocutori davano per scontato che l'intervento endoscopico, anche se difficile, fosse pienamente riuscito. Il problema organizzativo aveva però completamente vanificato il risultato del mio intervento.

Da allora ho capito che era importante saper fare bene il mio lavoro, ma che era altrettanto importante poter contare su una organizzazione efficiente. Il mio impegno nel miglioramento della qualità è diventato da quel momento sempre maggiore.



Gianpiero Rigo

“... La mia prima firma su un referto endoscopico è del 1965”

Gianpiero Rigo si racconta ed è un racconto interessante. È la storia di un medico che ha visto nascere e ha convissuto con l'endoscopia.

Leggere la sua storia è come leggere l'evoluzione dell'endoscopia e molti di noi, che hanno vissuto questo periodo storico, ne sono certo, si immedesimeranno in questa “avventura con l'endoscopia”. Rigo è il personaggio che più di altri ha saputo collegare in perfetta armonia l'endoscopia storica con l'endoscopia moderna. Ma ascoltiamo il racconto.

È molto presto in una mattina afosa, sto prendendo un caffè mentre guardo il giardino che sembra avvolto in una nebbia leggera di quelle che in Emilia ci possono essere in giornate primaverili o autunnali. Sono già vestito ma è troppo presto per andare al lavoro. Poco prima mi ero fatto la barba e mi ero guardato allo specchio dove avevo visto il mio viso invecchiato e una certa melanconia mi aveva attanagliato, melanconia per gli anni passati, melanconia per quello che non avevo realizzato, melanconia per quello che non avrei più potuto realizzare. Ero stato la mattina prima con il dottor Ragno dal Prof. Mario Coppo per intervistarlo sulla storia dell'endoscopia a Modena... Uno stato di incipiente depressione?

Il caffè mi sta rinfrancando e, nella casa silenziosa, incomincio ad analizzare quello che ho realizzato nella vita: sono felicemente sposato, ho una figlia e sono già nonno, gli affetti pertanto sono sicuri e stabili. Il lavoro va bene, sono responsabile di un servizio di endoscopia a norma, costruito nel tempo con la collaborazione di medici, infermieri, ausiliari che da anni vivono la mia stessa vita e che hanno scelto di fare il mio stesso lavoro. Tra tutti, il dottor Mario Perini che mi è vicino da più di trent'anni e che ha vissuto gli anni forse più belli, quelli dell'affermazione della tecnica. Non ho particolari interessi al di fuori della pratica medica perché gli altri si sono stemperati nel tempo e la professione mi ha lasciato pochi margini. Che cosa mi manca? In effetti non mi manca nulla per essere felice... e, come faccio sempre nei momenti di crisi, per superarli, analizzo il passato, le scelte, gli errori e mi rinfranco pensando al fatto che ho vissuto facendo un lavoro che non mi è mai pesato, mi ha dato la possibilità di esprimermi, è stato un mezzo di conoscenza di personaggi parti-

colari e mi ha permesso di frequentare e insegnare a giovani nell'Università ed a colleghi più anziani di me, che mi ha fatto conoscere medici di altissimo livello, mi ha riempito la vita e dato più gioie che dolori.

Vado a prendere la macchina per recarmi al lavoro, in un ambiente gradevole, a svolgere quell'attività che ho scelto e che pratico da oltre trentasette anni, ma sento una sottile ansia che non passa e scopro che è dovuta alla promessa fatta all'amico Felice Cosentino, segretario e motore insostituibile della SIED, di inviargli un capitolo sulla storia dell'endoscopia digestiva attraverso la mia esperienza, promessa fatta un paio d'anni fa e che non ho ancora mantenuto. Mi domando come raccogliere e ordinare i ricordi per spiegare la mia scelta per l'endoscopia, quali siano state le pulsioni più antiche e rammento tre fatti importanti. Il primo, un'innata curiosità verso l'interno del corpo umano: a otto anni avevo tagliato tutti gli addomi delle bambole delle mie sorelle per vedere come fossero fatte dentro; il secondo sicuramente lo spirito di emulazione verso mio padre Antonio, chirurgo, che avevo spesso seguito in sala operatoria dove praticava cistoscopie, tecnica appresa negli anni venti in Germania, ed infine una naturale tendenza a impegnarmi in attività artigianali dove

le mani e gli strumenti possono determinare effetti tangibili immediati e nel lungo periodo, parlo di artigianato in senso nobile e non spregiativo. Parlo di quegli uomini che riescono a realizzare un progetto dopo averlo elaborato mentalmente e, con passione e costanza, riescono a modificarlo e ad adattarlo a esigenze generali e a renderlo disponibile per tutti: sono un lombardo che si è trasferito in Emilia...

Negli anni Sessanta l'interesse principale della clinica medica era rivolto all'epatologia, ma in questo ambito non ritenevo di trovare uno spazio di ricerca particolare e personale, il laboratorio non mi attirava, non trovavo soddisfazione neppure nelle speculazioni scientifiche pure, volevo trovare una branca dove poter applicare in modo diretto la mia attività sulle malattie.

Dopo la laurea e l'abilitazione ero entrato nello studio del direttore della Clinica Medica Prof. Mario Coppo per chiedergli di frequentare la clinica come assistente volontario. Avevo ricevuto l'assenso ad essere medico frequentatore e il consiglio di coltivare la ricerca sulla scintigrafia epatica, che a quei tempi era una delle metodiche più efficaci per lo studio della morfologia del viscere. Con grande coraggio, per quei tempi, gli avevo risposto che l'attività scintigrafica non mi interessava per la sua staticità e gli avevo



Gianpiero Rigo a braccetto con il Prof. Mario Coppo sotto i portici di piazza S. Francesco dopo una cena per la pubblicazione del libro “Dizionario delle analisi e delle ricerche cliniche d'uso corrente” di P. Gibertini, M. Coppo - Piccin Editore 1990.

Da notare la dedica di Coppo sulla foto

chiesto di seguire la ricerca del prof. Luca Loiodice sui primi esperimenti endoscopici per lo studio del tratto superiore del tubo digerente. Luca Loiodice praticava endoscopie con il "flexible examining gastroscope di Schindler" costruito dall'American Cystoscope Makers Inc N.Y.

Lo strumento di Schindler. Quanti ricordi. Lo strumento era costituito da una porzione rigida in metallo e da una porzione in gomma in cui erano contenute alcune lenti che consentivano solo una parziale visione dello stomaco.

L'illuminazione era procurata da una lampadina posta sul terminale che veniva attivata dalla corrente e modificata nella sua luminosità da un "Wappler diagnostic light controller", l'insufflazione di aria per ottenere la minima distanza focale che rendeva possibile la visione era ottenuta premendo due pere di gomma collegate attraverso un tubo allo strumento, ciò che consentiva l'insufflazione d'aria ma non l'aspirazione. Con questo strumento a visione laterale era esclusa qualsiasi visione dell'esofago ed era consentita esclusivamente la visione parziale del viscere gastrico senza possibilità di esplorare il fondo e l'antro. Era uno strumento terribile, i pazienti erano obbligati a sostenere l'indagine come un debito alla scienza e solo coloro che non riuscivano ad opporsi si sottoponevano a tale tortura. Il paziente in quei tempi non aveva potere decisionale sulla salvaguardia della propria salute e per solito venivano sottoposti vecchi pazienti edentuli e in chi possedeva ancora la dentatura veniva asportato qualche dente per facilitare il passaggio dello strumento. Sarebbe stato sufficiente assistere ad una sola seduta per perdere ogni entusiasmo. Di questo strumento avevo sentito parlare dal Prof. Loiodice quando, studente, frequentavo la Clinica Medica. A quei tempi vi era una netta distinzione sui compiti e ruoli dei medici nella clinica e, già da metà degli anni cinquanta il Prof. Franco Bertolani praticava laparoscopie, il Prof. Giuseppe Di Marco rettoscopie e Loiodice iniziava ad interessarsi di endoscopia digestiva alta. Avevo frequentato come studente qualche seduta ed avevo cominciato a collaborare sempre più strettamente con Loiodice che, nel 1961, era entrato in possesso di uno dei primi fibroscopi flessibili e aveva fatto nei primi cinque anni 192 endoscopie, con un tasso di insuccessi notevole o per intolleranza del paziente o per preparazione non corretta.

Felice Cosentino mi aveva chiesto non la storia dell'endoscopia ma la mia storia con l'endoscopia. Perché ho scelto come interesse l'endoscopia? Chi mi ha insegnato a praticarla? In quali locali ho iniziato? Quali strumenti e farmaci salvavita avevo a disposizione? Da chi sono stato aiutato? Quali e quanti contrasti ho avuto con i colleghi per affermare l'utilità della tecnica?

Sono stato, come tutti allora, un autodidatta sperimentando ogni tecnica in clinica aiutato e indirizzato da Luca Loiodice che, per il suo ruolo, frequentava gli altri pionieri italiani come Mirelli, Celli, Arullani, Cheli, Banche, Fratton..., acculturandomi sulle rare pubblicazioni in cui erano rappresentate le varie patologie. Erano i tempi in cui si frequentava la sala operatoria per controllare insieme al chirurgo l'esattezza diagnostica fatta in endoscopia. C'era allora il pericolo di essere trattati come visionari interpreti di fantasie e l'endoscopia doveva essere preceduta o seguita dallo studio radiologico, anzi ricordo ancora che fino agli anni Settanta vi è stata una aspra diatriba con presentazione di casistiche più o meno ampie e di parte per dimostrare la supremazia della radiologia sull'endoscopia e viceversa e ricordo le controindicazioni più

che le indicazioni all'esame endoscopico. Era un periodo in cui si doveva anteporre l'esame radiologico a quello endoscopico, per evitare problemi medico legali, epoca in cui l'indagine era controindicata nei pazienti con varici o nei causticati, nelle sospette diverticolosi esofagee, nei tumori cardiaci, nelle emorragie... Ricordo quando, utilizzando strumenti a visione laterale che non consentivano la visione dell'esofago, si discuteva confrontandoci tra operatori se la sensazione di stop a livello esofageo e soprattutto cardiaco doveva essere imputata ad una neoplasia o ad altra patologia. Ho vissuto l'epoca dei contrasti verbali accesi nei congressi contro gli allora "baroni" della radiologia che si ritenevano proprietari assoluti della diagnostica endoluminale.

Dove praticavo endoscopie? Nell'ultimo ambulatorio per visite esterne della Clinica Medica che guardava sulla via Emilia, al quinto piano del policlinico, nell'orario del pranzo, quando l'ambulatorio non veniva utilizzato da nessun altro, spingendo personalmente le barelle dentro e fuori l'ambulatorio, eseguendo l'endoscopia con l'aiuto di un infermiere e molto spesso con la semplice assistenza di uno studente. L'ambiente era piccolo e privo di qualsiasi strumento di rianimazione, non avevo a disposizione farmaci salvavita che la suora teneva gelosamente chiusi in un armadio, non avevo a disposizione un elettrocardiografo e, quando un paziente era colpito da crisi cardiache, respiratorie o di altro tipo, dovevo chiamare l'anestesista che poteva più o meno essere libero e trovarsi al piano terra nei locali della rianimazione o impegnato in qualche sala operatoria o rivolgermi ai colleghi della Clinica Chirurgica diretta dal prof. Pezzuoli. Ricordo per questo dei record di sopravvivenza con pazienti tenuti in vita con massaggio cardiaco e respirazione con Ambu per lunghi periodi, in particolare due pazienti, sopravvissuti per oltre dieci minuti in arresto cardiocircolatorio senza possibilità di monitoraggio, mantenuti in vita solo con massaggio cardiaco prima che giungesse l'aiuto anestesiológico, ma ricordo anche l'arrivo di anestesisti trafelati che più volte hanno rianimato pazienti gravissimi. Si giocava sulla fortuna di trovare un anestesista libero e disponibile.

Non parlo della disinfezione degli strumenti e sterilità degli accessori: gli strumenti venivano lavati esternamente con una spugna e acqua contenente un disinfettante ed i canali venivano trattati con il passaggio di una spazzola, senza tempi minimi di permanenza nel disinfettante che veniva allungata o accorciata in rapporto al carico di lavoro. L'introduzione dell'endoscopia veniva effettuata con paziente in un primo tempo seduto e si continuava l'indagine con il paziente in decubito laterale sinistro. La mia prima firma su un referto endoscopico come secondo operatore è datata Marzo 1965 e, come primo operatore, Novembre dello stesso anno. In sette anni eseguiamo ben 247 esami endoscopici con lo strumento a visione laterale che consentiva lo studio unicamente del viscere gastrico. Poi il Prof. Loiodice, che segue l'endoscopia come indagine superspecialistica ma ha interessi generali maggiori per la Clinica, vince un concorso di primariato in una città del nord-est, lasciandomi in eredità il servizio di endoscopia del tratto superiore mentre il Prof. Di Marco con il dott. Franzin continuano a interessarsi di endoscopia rigida del retto. Con l'avvento della colonfibroscopia inizio a gestire il servizio nella Clinica Medica diretta dal Prof. Coppo e, al suo pensionamento, nella Semeiotica Medica diretta dal Prof. Ezio Ventura, infine, dal 1982, in Gastroenterologia sotto la direzione del Prof. Federico Manenti.

Mirelli e Loiodice nel 1963 avevano pubblicato l'articolo: "L'endoscopia a fibre ottiche" proponendosi tra i primi utilizzatori della tecnica flessibile in Italia ed io traggo tutti i benefici di questa paternità.

Nei primi tempi di collaborazione raccoglievo la bibliografia, mantenevo in ordine i registri, scrivevo sotto dettatura i referti, organizzavo il lavoro e sostituivo il professor Loiodice quando questi doveva allontanarsi dalla Clinica e così, all'XI Congresso di Gastroenterolaparoscopia tenutosi a Genova l'8 ottobre 1967, presento con L. Loiodice, G. Di Marco e G. Solmi il mio primo lavoro scientifico sugli aspetti gastroscopici in corso di cirrosi epatica. Da quel momento comincio a muovermi: a Bruxelles con una borsa di studio, a mie spese a Parigi, a Nancy, di nuovo a Parigi, a Barcellona, Amsterdam, nei più importanti centri di endoscopia e faccio la conoscenza di Liguori, Vicari, Cremer, Armengol Mirò, Huijbregtse: i migliori in Europa: mi manca Classen perché non conosco il tedesco. In queste occasioni non solo apprendo le nuove tecniche ma studio l'organizzazione dei servizi e come fosse il rapporto tra amministratori e sanitari in questi centri. Comincio anche a pubblicare numerosi lavori scientifici sugli aspetti endoscopici e istobiotici di numerose patologie del primo tratto del tubo digerente e sugli aspetti proctosigmoidoscopici della retto-colite ulcerativa e sull'importanza della biopsia in queste patologie, pubblico dati sul confronto tra dati citologici e studi al microscopio elettronico delle cellule intestinali nei cirrotici. Affronto altre tematiche come ad esempio le lesioni da punti di sutura nei gastrosesectati che avevo ritenuto responsabili di anemie e talora dei ripetuti sanguinamenti anche gravi: punti di sutura trasmurali costituiti da materiale di seta o di tipo vegetale, come cotone o lino. Tali punti di sutura erano allora causa di sanguinamenti occulti o di gravi emorragie con vari meccanismi di azione che costringevano a reinterventi chirurgici allora ad alto rischio. Avevo segnalato questa patologia su *Minerva Medica* nel '68 e con Enzo Migliasso, responsabile dell'area Gastroenterologica della ditta Lorenzatto, avevo costruito (senza mai brevettarla) una forbicina ed un gancio affilato "per la sezione e l'asportazione delle suture" con pubblicazione sulla *Gazzetta Sanitaria* nel 1973.

Il Prof. Coppo, quando gli portai la prima sutura continua asportata endoscopicamente, che fuoriusciva dallo strumento trattenuta dalla pinza, mi disse: "Rigo che cosa ha fatto... vada subito a controllare quel poveretto", cosa che io feci e che tranquillizzò tutti, avvalorando la tecnica. Avevo peraltro costruito già allora degli aghi per l'aspirazione profonda di materiale citologico nei casi in cui non si riusciva a praticare biopsie profonde su masse sottomucose, saldando sulla fine di un catetere una porzione di circa 1 cm di un ago del 12. Nel 1968 ricordo le prime gastroscopie su pazienti con emorragie in atto (allora si utilizzava ancora il gastroscopio a visione laterale per cui non era visibile l'esofago...). Quanta paura e quanto coraggio! Si continuavano nel frattempo con il Prof. Cavazzuti, il dott. Recaldin e la dottoressa Franchi gli studi comparativi tra citologia e istologia tanto che al Congresso mondiale tenutosi a Praga (nel 1971) avevamo portato la nostra esperienza.

A praticare l'endoscopia in urgenza nell'emorragico avevamo iniziato anni prima per individuare la sorgente di emorragia nei cirrotici, o nella patologia rettale come riferito in "Urgent endoscopy in the diagnosis of sigmoid and rectal bleeding" e "Urgent endoscopy

in the Upper gastrointestinal tract" del 1972 al IV Congresso di Gastroenterologia tenutosi a Copenaghen. Nel 1974 insieme al dott. Perini avevamo presentato una classificazione delle lesioni da caustici, suddivisa in cinque gradi sostituendola a quelle accettate fino ad allora che suddividevano la patologia in tre gradi, valutando solo le lesioni mucose e non prendendo in considerazione gli aspetti funzionali dei visceri, la peristalsi ed il tono del cardias e del piloro, portando l'attenzione sulle zone di "impending perforation", che impongono l'immediato intervento chirurgico. Da ricordare che allora l'endoscopia era controindicata in tale patologia perché ritenuta da molti pericolosa. Tale classificazione è stata poi discussa e accettata a livello internazionale con la presentazione del syllabus sulla "Corrosive lesions of the oesophagus and stomach" al XII Congresso Internazionale di Gastroenterologia tenutosi a Lisbona nel 1984.

Nel 1979 avevamo presentato una nuova metodica per il trattamento delle neoplasie esofagee inoperabili: iniettando Bleomicina direttamente all'interno delle masse. Tale tecnica sortiva buoni se non ottimi risultati, poi sostituita dalla laser terapia, dall'utilizzo di protesi, da altre metodiche, ma mi gratifica l'idea che in centri nazionali ed esteri venga attualmente tenuto in considerazione il principio di iniettare un'alta concentrazione di farmaco nella sede interessata procurando un minimo riassorbimento sistemico e quindi evitando la tossicità del prodotto. Nostra anche la proposta di utilizzare nei lattanti il broncoscopio da 4,8 mm, applicando una semplice modifica per consentire l'insufflazione d'aria durante l'indagine, si potevano così esaminare anche i prematuri, fornendo informazioni preziose al pediatra ed al chirurgo. Abbiamo proposto e realizzato un misuratore per la definizione della grandezza delle lesioni. Questo per quanto riguarda l'apporto tecnologico.

Un'attività che mi ha impegnato molto è stata la ricerca del miglioramento dell'organizzazione e distribuzione dei servizi di endoscopia con la presentazione di articoli e filmati che hanno interessato dalla fine degli anni '80 l'endoscopia digestiva italiana e ricordo che, a Milano, al congresso nazionale del 1989, l'allora presidente Tittobello, dopo essersi complimentato per il filmato su impianti funzionali, arredo e attrezzature, disinfezione e sterilizzazione in un servizio di endoscopia, affermò che si sarebbe potuta chiudere la seduta perché tra i presenti nessuno avrebbe avuto ragione di criticare il modello di servizio presentato. Abbiamo infatti tra i primi affrontato le problematiche di organizzazione e sicurezza dei servizi e indicato i modelli da seguire, le prime linee guida.

Al profilo di un servizio sicuro ed efficiente, avevamo associato la valutazione dei costi per costituirlo e mantenerlo in attività in rapporto al volume di lavoro e calcolando i costi relativi di ogni indagine. Avevamo insomma iniziato un processo di valutazione della qualità e dei costi di un servizio con una metodologia che dopo molti anni è stata accettata da tutti, amministratori e sanitari, e che si concluderà con il contratto di budget, unico sistema per verificare costi, efficienza e qualità di un servizio: non più richieste eccessive dagli operatori o rifiuti ingiustificati da parte degli amministratori, ma oculata convergenza sulle necessità. Ritengo che questo sia stato il primo passo per uscire dalla situazione di apprendisti stregoni ed entrare in quella di operatori riconosciuti e responsabili della spesa, interlocutori qualificati che si confrontano con gli amministratori anche sui "numeri" e non sulla logiche e interpretazioni personalistiche dei vari direttori che

condividono più o meno le strategie degli endoscopisti. Agendo in questo modo avremmo potuto avere dei colloqui franchi sulla base di conti veritieri con gli amministratori che non dovevano essere pressati da richieste personali e non verificabili. Avevamo cioè iniziato quel processo di validazione della spesa in sanità, elemento poi divenuto sempre più indispensabile per un corretto rapporto con gli amministratori. In questo quadro già nel 1982, con il prezioso aiuto tecnico di uno studente, Riccardo Saetti (oggi imprenditore di successo titolare di un'azienda che si occupa proprio di informatizzazione medica), proponemmo l'utilizzo del computer nella refertazione utilizzando voci preprogrammate per risparmiare tempo nello scrivere i referti, rendendo così facilmente leggibili le risposte e più agevole la revisione statistica, e per poter monitorare in tempo reale attività e spese.

Negli stessi anni l'impegno di lavoro aumentava sempre più, la coscienza del diritto alla tutela della propria salute da parte del paziente, i mutamenti della legge nei confronti degli atti medici, l'istituzione dei tribunali del malato avevano aumentato sempre più l'attenzione ai diritti del paziente. Già nel 1974, in una riunione regionale SIED a Parma avevo svolto una relazione sul consenso informato come difesa dei diritti del paziente, ricevendo una netta opposizione da parte di numerosi partecipanti che affermavano che su questa strada avremmo causato una diminuzione della dignità del medico subordinando il suo giudizio a quello del paziente. Ma su questa strada ho continuato a scrivere e a parlare sino al Congresso sul Consenso informato tenutosi a Modena nell'Aprile del 1991. Il congresso era stato organizzato dal sottoscritto, dal medico legale Enrico Silingardi e dal dottor Mauro Mastronardi allora specializzando in gastroenterologia. A conclusione dei lavori in una tavola rotonda a cui parteciparono i massimi esponenti dell'endoscopia italiana, compreso l'allora presidente Antonio Russo, raggiungemmo l'accordo su un modello di consenso informato per l'en-

doscopia: il consenso informato sottoscritto dal paziente è un documento indispensabile per attestare la liceità dell'atto medico conseguente alla corretta e comprensibile informazione da parte del medico sui rischi e benefici dell'atto stesso.

Il Prof. Coppo sosteneva che l'insegnamento nell'università è stato sempre un motivo di orgoglio, non certo per il titolo ma per la soddisfazione di presentare una tecnica in continua evoluzione.

Poter mostrare diapositive e filmati, fornire spiegazioni sull'indicazione, sui risultati, sui rischi di una tecnica a degli studenti e/o specializzando che l'avrebbero utilizzata o richiesta giornalmente era motivo di grande soddisfazione. Quanti amici quanti estimatori ho raccolto insegnando nelle lezioni del corso di laurea o nelle scuole di specialità in gastroenterologia, in oncologia, nelle chirurgie, in medicina legale!

L'endoscopia quindi si è continuamente evoluta ed è divenuta sempre più essenziale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia di numerose malattie digestive. Ho trascorso la mia vita professionale seguendone l'evoluzione e, nonostante le nuove tecniche radiologiche, riconosco ancora in essa un'insostituibile valenza diagnostica ed operativa per prevenire e risolvere numerose affezioni a carico del tubo digerente.

In conclusione ciò che mi pare valga la pena ricordare è l'entusiasmo iniziale, la coscienza di aver attivato un servizio a norma, di aver insegnato a tanti giovani il mestiere, di aver difeso l'autonomia dell'endoscopia, di aver cercato di valorizzare questa pratica medica, di aver difeso i diritti del paziente, di aver affrontato con gli amministratori i problemi di gestione fornendo loro un sistema di verifica immediata dell'attività e delle spese, con la speranza di aver messo in pratica gli insegnamenti di comportamento e onestà morale del mio maestro Prof. Mario Coppo.

Agostino Scozzarro

"... Una "spinta" per il cambiamento di rotta della SIED"

Sono nato a Messina il 29.01.1950; laureato a Roma presso l'Università La Sapienza nel 1974; specializzato nel 1978 in Chirurgia dell'apparato Digerente ed endoscopia Digestiva presso la Scuola del Prof. Marcozzi. Ho frequentato il servizio di Endoscopia Digestiva di quell'Istituto diretto dal Prof.

Montori e sono

stato al seguito di Giovanni Viceconte per alcuni anni. Poiché quella specializzazione non mi garantiva una prospettiva di carriera, presso la stessa Università, ho conseguito la specializzazione anche in Chirurgia Generale, prima, e successivamente in Malattie dell'Apparato digerente. Dal 1974 sono entrato in ospedale come assistente di ruolo in chirurgia e da subito, visto i miei buoni rapporti con il Prof. Montori, che allora dirigeva il più rinomato Centro di endoscopia

romano, il mio primario, Prof. M. Giordani, mi affidò il compito di istituire il servizio di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Marino. Poiché presso la Divisione di Chirurgia di Marino, a struttura dipartimentale, esisteva un Servizio di Chirurgia Epato-biliare maggiore, si profilò la necessità di apprendere le procedure biliari e le tecniche ad esse correlate. Valutato che all'epoca a Roma non c'erano centri con numeri di casi tali da poter soddisfare l'insegnamento, su input dello stesso Giordani, che ad Amsterdam aveva frequenti e buoni rapporti col mondo chirurgico,

egli stesso mi introdusse presso un endoscopista che proprio in quegli anni aveva ideato una protesi retta: il suo nome era Kees Huibregtse.

Trovai in Kees un maestro perfetto e generoso di insegnamenti, che parlava un perfetto italiano. Successivamente nacque anche una amicizia che si estese alle nostre rispettive famiglie. Negli anni '80 con l'aiuto di E. Rocca, di Catan-



zaro, ho tempestivamente fondato la sezione Calabria della SIED, evitando che la Regione venisse fusa alla Sezione Sicilia. In quella regione ho ricoperto la carica di segretario per 8 anni. Successivamente ho lasciato la sezione ai Colleghi Calabresi e mi sono trasferito d'iscrizione nella regione in cui di fatto lavoravo e da allora, ho sempre ricoperto cariche societarie nell'ambito della SIED Lazio fino alla carica attuale di Presidente eletto.

Negli anni '80 si sentiva da più parti nella SIED la necessità di un cambiamento in contrapposizione alla vecchia generazione che veniva dal mondo clinico medico o chirurgico e che di fatto impediva l'emancipazione di quanti si erano dedicati in maniera esclusiva all'endoscopia e che ne avevano decretato lo sviluppo nazionale.

Convinto di questo, spronai Viceconte, Norberto, ed altri, a fondare un sindacato, denominato SNEAD (sindacato nazionale en-

doscopisti apparato digerente) che in realtà non aveva nulla di cultura sindacale, ma ha costituito una bandiera su cui coagulare il consenso di quanti desideravano un cambiamento. L'operazione suscitò scandalo nel mondo scientifico di allora, richiedendo alcune assemblee supplementari (Verona) dai toni molto accesi; ed il risultato non tardò a venire, tanto che nelle elezioni del rinnovo del CD nazionale al Congresso di Trieste (novembre '78) tutto il vecchio direttivo venne letteralmente sbaragliato lasciando campo libero ai "Giovani".

Attualmente in virtù di un DL che prevede delle norme transitorie per gli endoscopisti digestivi che abbiano maturato il servizio in Chirurgia ho potuto accedere all'incarico apicale di Gastroenterologia e sono Direttore di una UOC di Endoscopia Digestiva.

Pier Alberto Testoni

**"... Laurea con tesi
sulla ERCP
... Il destino è già segnato"**

Sono nato a Torino l'11 aprile 1950 e mi sono laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano nel 1975 discutendo una tesi dal titolo: "La colangiografia e la wirsungrafia retrograda per via endoscopica: considerazioni sul valore diagnostico e sui limiti dopo tre anni di esperienza". Ci tengo a

sottolineare il titolo della tesi perché in seguito ho scoperto di essere stato il primo studente in Italia a presentare una tesi di laurea sulla ERCP, preceduto solo da Agostino Fratton che però aveva discusso una tesi di specializzazione, credo uno o due anni prima.

Mi sono specializzato in Malattie dell'Apparato Digerente nel 1980 ed in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1985, presso l'Università degli Studi di Milano.

Mi sono dedicato all'endoscopia digestiva direi in modo casuale (penso sia così per tutti) ed il tutto prende origine da uno sport: la scherma. Infatti, nell'autunno del 1973 (iniziavo il 4 anno di corso in medicina), volendo io frequentare un ospedale da interno, sono stato "raccomandato" al Prof. Nicola Dioguardi, allora direttore della Clinica Medica III dell'Università di Milano ed in passato forte schermatore, da un altro famoso schermatore, mio maestro nella disciplina ed amico di famiglia: Edoardo Mangiarotti. Dioguardi chiamò allora il suo "pupillo" Alberto Tittobello e mi "raccomandò" a lui, non senza averci dato il

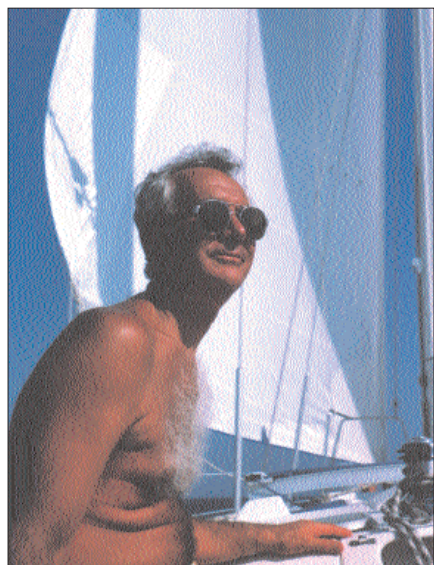
proverbiale ceffone, che era indice di stato di grazia per chi lo riceveva. Da allora ho frequentato assiduamente il reparto di Medicina Interna e la nascente endoscopia digestiva di Via Pace, in cui Tittobello si cimentava nelle prime eroiche ERCP diagnostiche da lui apprese poco tempo prima a Nancy, da Vicari e, credo, a Londra da Peter Cotton.

Direi quindi che la mia formazione endoscopica è iniziata subito come aiuto in ERCP e parallelamente con le gastroscopie e colonscopie, dapprima solo diagnostiche e successivamente anche terapeutiche, e le laparoscopie (tantissime, essendo il nostro reparto ad impronta prevalentemente epatologica). Nel 1977, un anno e mezzo dopo la laurea, mi sono recato per un periodo ad Erlangen (erano i tempi di Demling e Classen) per mettere a punto la papillosfinterotomia endoscopica, che comunque aveva già iniziato a praticare Alberto Tittobello come autodidatta e con qualche problema. Un altro periodo di formazione, sempre sulla ERCP operativa, ma con approcci più audaci, l'ho trascorso a Barcellona nel 1990, da Armengol-Mirò che si divertiva a stupirmi ed impressionarmi.

Come si può dedurre da queste righe il mio campo di interesse professionale e scientifico si è rivolto primariamente alla ERCP (in particolare riguardo a patologia pancreatica, fattori di rischio, de-

finizione e prevenzione della pancreatite post-ERCP), da sempre; tuttavia mi sono dedicato anche alla gastrite cronica atrofica, alla motilità gastro-duodenale (ho trascorso nel 1983 un periodo di formazione presso l'Università di Leuven, da Vantrappen e Janssens con cui ho poi mantenuto ottimi rapporti professionali), ed al rapporto tra *Helicobacter pylori* e gastrite atrofica e dispepsia; a questi interessi devo il maggior numero di pubblicazioni.





Pier Alberto Testoni oggi è al timone del Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva

Non mi ricordo di particolari episodi che abbiano “segnato” la mia carriera di endoscopista, forse perché tendenzialmente ho un carattere pragmatico e poco incline ad entusiasmi od emozioni.

Mi ricordo comunque due episodi che sono indicativi uno dell'entusiasmo con cui a quei tempi si praticavano le prime ERCP, l'altro delle difficoltà pratiche operative dell'endoscopia digestiva, che negli anni '70

era pionieristica (fortunatamente ora non è più così).

Il primo episodio risale al giorno della discussione della mia tesi di laurea di cui Tittobello era correlatore: arrivammo in ritardo alla seduta perché ambedue coinvolti in una seduta di ERCP in Istituto protrattasi oltre il previsto!! Non nascondo che ero un po' preoccupato.

Il secondo episodio riguarda l'utilizzo di un colonscopio ACMI (mitico strumento medioevale di tortura) che era di proprietà di Veterinaria (facevano le gastroscopie ai cavalli da corsa, che pare fossero affetti frequentemente da ulcera duodenale) e che per un certo periodo abbiamo usato in comune per loro gentile concessione, essendo il nostro servizio totalmente privo di colonscopi. In pratica, io od altri più giovani, prendevamo e riportavamo a Veterinaria lo strumento ogni volta che era programmata una colonscopia!! Chissà cosa avrebbero detto o pensato i pazienti se l'avessero saputo. Ovviamente l'endoscopio prima dell'uso sui pazienti veniva opportunamente sottoposto ad una rigida disinfezione!

Giovanni Viceconte

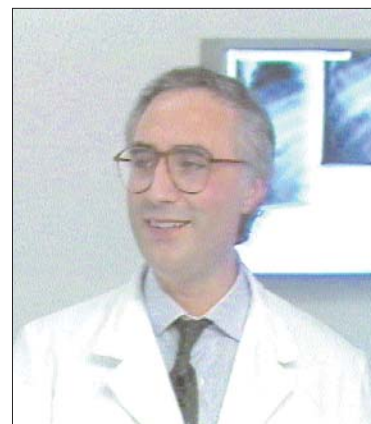
“... Una grande passione per l'Endoscopia sotto la guida lungimirante di Marcozzi e Montori”

Giovanni Viceconte arriva all'Università di Roma quando ormai il congresso mondiale si era appena concluso, questione di due mesi, nel settembre '70.

Mentre Marcozzi, Crespi e Montori danno vita al vertice, Viceconte – negli anni futuri sarà raggiunto dal fratello Guido, anche lui medico, ma poi dedicatosi alla politica diventando parlamentare europeo – è impegnato a discutere la tesi di laurea all'Università Cattolica. “In questo momento – racconta Viceconte – di endoscopie non se ne fanno molte, si eseguono soprattutto endoscopie rigide che ormai sono un bagaglio del chirurgo. In pratica una seduta a

settimana è dedicata all'endoscopia digestiva. Certamente il congresso di Roma aveva creato stimoli notevoli sia ai medici che alle industrie. Tutti erano stati colpiti dagli esperimenti di Oi sul cateterismo della papilla di Vater e anche all'Università “La Sapienza” si vuol tentare questo esperimento.

Ricordo bene che Marcozzi recitava un ruolo importante perché proteggeva l'endoscopia che veniva guardata con grande sospetto. Io eseguivo qualche endoscopia sotto la guida di Montori che, merita di essere segnalato, mi ha lasciato lavorare, rappresentando per me una grande copertura. E chi vive nel mondo medico sa bene cosa voglio dire con il termine copertura. Montori mi diceva spesso: tutto quello che fai è ben fatto perché se ben fatto è per il bene di tutti. Il gruppo di endoscopisti che fa capo ad Alberto Montori si amplia nel 1974 e compie notevoli progressi. Il segreto è che si segue con grande attenzione tutto quello che è compiuto nel



mondo e – ecco l'importanza della protezione di Marcozzi – si tenta di ripeterlo magari migliorando l'esperimento stesso. Ricordo che insieme a Montori andai a Taormina per un congresso: qui un gruppo di studiosi di Nancy presentarono casi di colangiopancreatografia retrograda – in pratica quello di cui si era occupato Oi – e questo attirò l'attenzione di tutti. È importante, mi disse Montori, di metterci subito al lavoro per fare quanto hanno realizzato i francesi. “Perché non vai a vedere a che punto sono arrivati i tedeschi per imparare la tecnica? Perché non vai direttamente nella “tana del lupo” a Erlangen, nell'Istituto diretto da Classen? E così nel marzo del '74 andai in Germania con una lettera di presentazione firmata da Montori e Crespi, ma Classen si era trasferito e io seguii gli insegnamenti di Kock, un endoscopista che rimarrà vittima di un grave incidente di sci. Quando tornai, incoraggiato e protetto da Marcozzi e Montori, effettuai cateeterismi e poi la “prima italiana” della sfinterotomia endoscopia con estrazione di calcoli. Era la primavera del '75. Ricordo che la paziente era una donna già operata per una calcolosi della colecisti e nella quale era residuo un calcolo del coledoco. L'alternativa era: rioperarla o effettuare la papillotomia. Si decise per quest'ultimo intervento e andò bene. Questa “prima italiana” venne presentata al congresso di chirurgia del maggio '75 a Chianciano con Stefanini presidente. Una bella soddisfazione per il nostro gruppo guidato da Montori e del quale facevano parte Giandomenico Misci, mio fratello Guido e Crisante Pastorino. Più tardi si aggiungeranno Giancarlo Bogliolo e Vincenzo Pietropaolo”.

Continua intensa l'attività di Giovanni Viceconte che comincia ad interessarsi anche di sindacato. Avendo deciso di svolgere l'esclusiva attività di endoscopista digestivo, si domandò: “ma perché non deve esistere la figura dell'endoscopista?” Come lui la pensano in tanti e allora decide di gettarsi nella tenzone sindacale. Una storia lunga e complessa e tutta raccontata nei capitoli che narrano l'evoluzione dell'endoscopia digestiva italiana.

Luciano Ragno

Alessandro Zambelli

“... Partivo per i congressi con la tenda canadese suscitando lo stupore degli altri campeggiatori che vedevano uscire all'alba uno strano personaggio in doppio petto blu”

tiche 3-4 volte, con fatica, ed alcune altre volte l'utilizzò il Primario di Chirurgia d'urgenza insediandosi in questa nuova divisione da pochi mesi.

Proposero ad un giovane assistente di occuparsi di Endoscopia e quando Lui rifiutò fu un aiuto chirurgo che si propose ed iniziò in modo quasi regolare (erano passati 2 anni) l'attività di Endoscopia Digestiva. Io nel frattempo mi ero laureato ed ero stato assunto in Chirurgia e Pronto Soccorso e dentro di me speravo che qualcuno mi proponesse di fare l'endoscopista ma, come spesso accade, le mie speranze non vennero esaudite.

Partii militare e durante quel periodo mi fu relativamente facile frequentare il corso di Endoscopia Digestiva dell'Università degli Studi di Milano, il famoso Corso di Mirelli e Fichera ed al congedo trovai in Ospedale un nuovo primario Chirurgo, il Prof. Martinotti che, accettandomi nel suo reparto, prima acconsentì a farmi fare l'Endoscopista Digestivo e poi in ogni occasione mi spinse a migliorare le potenzialità di quella attività nell'Ospedale di Crema.

Lavoravamo accanto alla Sala Operatoria con un unico strumento regalato da un Istituto di Credito e con infermieri che venivano distolti dalla attività di chirurgia dapprima a malincuore e poi sempre più volentieri ma per poco tempo e con grandi discussioni.

Venne assunto in Chirurgia il Dott. Pisano, un nuovo collega che già aveva eseguito qualche esame endoscopico in Chirurgia d'Urgenza a Milano e con Lui si raddoppiò il nostro lavoro ed il nostro entusiasmo.

I responsabili dei vari reparti del nostro Ospedale non inviavano più i pazienti a Milano per gli esami endoscopici, si fidavano delle nostre valutazioni ed iniziavano a chiederci pareri e consigli.

Con molto timore riportavamo le nostre esperienze nei congressi di Endoscopia Digestiva, di Gastroenterologia e di Chirurgia, senza sponsors, senza alberghi pagati, senza comando ospedaliero. Ricordo di essere partito in più di una occasione con la tenda canadese oppure con la tenda sul tetto dell'automobile (ricor-

Nel 1972 frequentavo l'Ospedale di Crema come studente del 5° anno di medicina quando il primario chirurgo, autorità massima indiscussa dell'Ospedale Maggiore di Crema, portò in Sala Operatoria un endoscopio a fibre ottiche, un lungo tubo nero, flessibile, con il quale sarebbe stato possibile visualizzare l'esofago e lo stomaco.

Nei mesi successivi utilizzò egli stesso l'endoscopio a fibre ot-

date l'Aer Camping?) suscitando lo stupore degli altri campeggiatori che vedevano uscire all'alba dalla tenda uno strano personaggio in doppio petto blu.

Ad ogni modo la presenza dell'Endoscopia Digestiva di Crema diventava sempre più concreta nello scenario endoscopico italiano ed iniziavamo a suscitare qualche interesse.

Ci vennero assegnati i primi due infermieri professionali fissi per l'Endoscopia Digestiva e per la prima volta vennero acquistati Endoscopi dalla Amministrazione Ospedaliera.

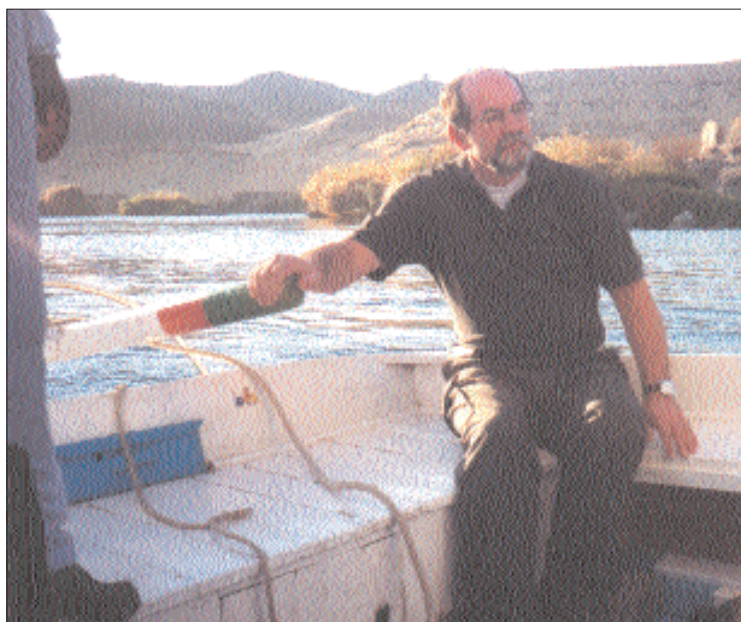
Il Direttore Sanitario smise anche di dirmi che l'Endoscopia Digestiva era un mio divertimento personale e non era attività da Ospedale di Crema!!

Gli spazi non bastavano e durante una ristrutturazione interna ci vennero assegnate nuove sale.

L'Endoscopia si faceva sempre più operativa: anche se con qualche patema d'animo si toglievano i polipi del colon e dello stomaco, si arrestavano le emorragie digestive, si eseguivano dilatazioni di stenosi maligne e benigne.

Ma noi avevamo il “pallino dell'Endoscopia Biliare”. Nel mondo medico si parlava da qualche anno della possibilità di trattare le calcolosi biliari e molta patologia biliare e pancreatica per via endoscopica, senza intervento chirurgico e nel 1982 acquistammo un endoscopio a visione laterale con cui io ed il collega Pisano eseguiamo le prime Colangiopancreatografie retrograde. I risultati erano soddisfacenti ma non erano quelli sperati.

In quel periodo frequentavo la Divisione di Gastroenterologia di Genova del Prof. Cheli, che era il Presidente della Società Italiana di Endoscopia Digestiva, e Lui mi propose per uno stage di 40 giorni in Germania ad Erlangen nella culla dell'Endoscopia Digestiva mondiale, nella sede in cui era stata realizzata per la prima volta una sfinterotomia endoscopica.



Tornai dalla Germania con la coscienza che si doveva cambiare molto del nostro modo di lavorare ma che ciò era alla nostra portata.

Ancora una volta stimolati e supportati dal Prof. Martinotti svilupparammo quell'attività di Endoscopia Digestiva biliare che è divenuta asse portante e fiore all'occhiello del nostro Servizio. Da allora ogni anno per tre anni passai un mese in centri di Endoscopia all'estero: dal Prof. Vicari a Nancy, dal Prof. Cotton a Londra, dal Prof. Huibregtse ad Amsterdam ed il Dott. Pisano a sua

volta riportava notizie, esperienze e competenze dal Prof. Armen-
gol Mirò di Barcellona.

Stimolato soprattutto da mia moglie che era Pediatra e che iniziava a farsi conoscere nel territorio come Gastroenterologo dell'età infantile, iniziammo l'Endoscopia digestiva pediatrica ed il primo endoscopio flessibile di piccolissimo calibro per uso pediatrico (7,8 mm) giunto in Italia venne acquistato proprio da noi.

Ci venne ancora una volta cambiata la sede, adesso disponevamo di due sale endoscopiche, di sale di ristabilizzazione per i pazienti, di segreteria e di studi medici, vennero definiti ed organizzati una sede ed un periodo di utilizzo fisso delle sale radiologiche.

L'organico dell'Endoscopia Digestiva si ampliò: altri medici si associarono a noi in questa esperienza sia provenendo dalla Chirurgia che dalla Medicina, specialisti in Chirurgia dell'apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva, specialisti in Gastroenterologia ed Epato-
logia.

Negli anni aumentava il numero delle prestazioni endoscopiche in generale ma aumentava soprattutto l'attività chirurgica endoscopica e, ritengo, anche la qualità di tutta la gestione assistenziale di tipo gastroenterologico che costituisce l'indispensabile corollario dell'Endoscopia Digestiva.

Organizzavamo anche noi a Crema convegni di Endoscopia Digestiva ed ebbe risonanza soprattutto quello sulle complicità dell'Endoscopia Digestiva con la presenza del Prof. Sahel di Marsiglia.

Venni eletto nel Consiglio Direttivo della sezione Lombarda della Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED) e cominciai ad occuparmi del problema del riconoscimento dell'attività Endoscopica Digestiva svolta in Area Chirurgica. Indimenticabili le discussioni con i Gastroenterologi, indimenticabili alcune "guerre" al grido di "l'Endoscopia agli Endoscopisti"!!

Ma avevo, allora come oggi, un ottimo rapporto con tutti i colleghi di qualsiasi estrazione e mi riempiva d'orgoglio il vedere che molti di loro, operatori di grandi Ospedali e di importanti Università riconoscevano e consideravano con attenzione il lavoro che, con tanto entusiasmo, riuscivamo a realizzare in una cittadina piccola come Crema.

Venne il Convegno di Nerola (ricordo l'appello di Ercole De Masi per sapere chi aveva eseguito più di 100 ERCP o più di 50 o più di 20 ed io scoprii con stupore ed interesse di appartenere al gruppo dei primi), iniziarono i convegni di Cogne e con essi la Trisocietaria.

La discussione tra Chirurghi e Gastroenterologi proseguiva e quante volte da allora ad oggi ho avuto la nettissima sensazione di tornare in ogni momento da capo. Gli anni passavano e nulla cambiava.

Ero divenuto vice Presidente Lombardo della SIED e poi Presidente ed in quegli anni salivo le scale del Pirellone o degli uffici collegati

per portare ad ogni nuovo Assessore alla Sanità, ad ogni nuovo funzionario le nostre richieste sempre uguali.

Alla fine del mandato lombardo sono stato eletto nel consiglio Direttivo Nazionale ed infine nel Comitato per la Federazione delle Società delle Malattie Digestive.

Nel 1996 ho invitato tutti gli Endoscopisti Digestivi che avevano partecipato alla crescita dell'Endoscopia Digestiva in Italia, i padri storici, gli Endoscopisti della mia generazione e tutti i più giovani, a Crema in occasione dei 20 anni di istituzionalizzazione del nostro Servizio di Endoscopia Digestiva.

Titolo del Convegno era: "La Storia dell'Endoscopia digestiva in Italia".

Al convegno collegai anche una mostra di tutti gli strumenti endoscopici utilizzati negli ultimi 50 anni in Italia.

Il Convegno e la mostra furono un successo. Era emozionante rivedere le immagini endoscopiche raccolte con la Gastrocamera oltre 20 anni prima e riproposte sullo schermo con lo stesso proiettore che aveva usato a Roma il Prof. Nava negli anni '60.

Incontri su incontri, Convegni su Convegni e tra questi nel 1999 quello sull'Endoscopia Digestiva Pediatrica in Italia realizzato in collaborazione con mia moglie Tiziana, collega ma soprattutto sostegno preziosissimo del mio lavoro.

Infine l'enorme soddisfazione di vedere riconosciuta in modo completo la dignità del lavoro che gli Endoscopisti Digestivi come me

avevano realizzato in Area Chirurgica. Grazie a tutto il Direttivo della Federazione il Ministero aveva finalmente approvato e definito l'equipollenza tra Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia: io Chirurgo Endoscopista e tutti gli altri Endoscopisti nelle medesime condizioni di Servizio potevamo partecipare a pieno diritto ad un Concorso per Dirigente di II livello di Gastroenterologia. Il mio Ospedale è stato il primo in Italia a mettere a Concorso Pubblico un posto di Gastroenterologo per coprire l'apicalità di un

Servizio che dall'Area Chirurgica passava, e veniva riconosciuto anche in Regione, come Unità Operativa di Gastroenterologia.

Sono diventato Primario Gastroenterologo, anzi Direttore e guardo con stupore, ma anche con ammirazione i tanti colleghi ed infermieri che collaborano oggi con me, li guardo soprattutto con affetto perché con molti di loro ho condiviso oneri ed onori.

I tempi dell'Endoscopia Digestiva quale attività secondaria sono finiti. L'affascinante disciplina medica di cui siamo espressione è sempre di più un fulcro attorno a cui ruota la maggior parte delle attività dei nostri Ospedali, a Crema come in tutto il resto d'Italia.



In questa foto Zambelli è in compagnia di Loriga, Di Matteo, Testoni, Ficano e Buri

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE DELLE PUBBLICAZIONI SU PERIODICI
CHE HANNO UNA CITAZIONE NEL TESTO

CAPITOLO III GLI ANNI '60. IL DECENNIO DELLA SVOLTA

HIRSCHOWITZ B. ET AL. *Lancet*, 1961; May 20: 1074
HIRSCHOWITZ B. *Gastroenterology*, 1958; 35: 50
LOPRESTI P.F. ET AL. *Am. J. Dig. Dis.*, 1964; 9: 690
PROVENZALE L. ET AL. *Rassegna Medica Sarda*, 1966; 69: 131
TURELL R. *Am. J. Surg.*, 1963; 105: 133
TURELL R. *Am. J. Surg.*, 1967; 113: 305
OVERHOLT B.F. In HUNT. R.H., WAYE, J.D. (Eds) *Colonoscopy. Techniques, Clinical Practice and Colour Atlas*. Chapman and Hall, London 1981
OVERHOLT B.F. *Gastrointest.Endosc.*, 1968; 15: 27

CAPITOLO IV GLI ANNI '70. IL DECENNIO DELLA FORMAZIONE

RABINOV K. ET AL. *Radiology*, 1965; 85: 693
OI I. ET AL. *Endoscopy*, 1969; 3: 101
OI I. ET AL. *Endoscopy*, 1970; 2: 103
GANDOLFI L. *Giornale di Clinica Medica*, 1971; 52, 3: 220
A. MONTORI ET AL. *Min. Gastroenter*, 1973; 1: 23
WOLFF W. ET AL. *N. Engl. J. Med.*, 1973; 288: 329
CLASSEN M ET AL. *Deutsch. Med. Wchnschr.*, 1974; 99: 496
KAWAI K. ET AL. *Gastrointest. Endosc.*, 1974; 20: 148
CLASSEN M. ET AL. *Br. Med. J.*, 1975; 15 novembre: 371
DEMLING L. ET AL. *Endoscopy*, 1982; 14: 100
MONTORI A. ET AL. *Minerva Gastroenterol.*, 1975; 21: 1
CASALE V. ET AL. *Endoscopy*, 1977; 9: 152-153,
FAMILIARI L. *Att. Soc. Med. Chir. Messina*, 1977; XXI, III: 1-8
FAMILIARI L. *Att. Soc. Med. Chir. Messina*, 1977; XXI, III
ROSSINI F.P. ET AL. *Giorn. Gastroent. End.*, 1979; 2: 75-78
RIGO G. *Giorn. Gastroenter. End.*, 1979; 2: 113-122
SOEHENDRA N. ET AL. *Deutsch. Med. Wchnschr.*, 1979; 104: 206

CAPITOLO V GLI ANNI '80. IL DECENNIO DEI CONFRONTI

FAMILIARI L. *Rassegna di Medicina Interna*, 1981; 4: 441-449.
MONTORI A. ET AL. *Giorn. Gastroent. End.*, 1980; 3: 187-196
FRUHMORGEN P. *Endoscopy*, 1975; 7:156-157
GHEZZI C. ET AL. *Giorn. Gastroent. End.*, 1980; 3: 197-202
GHEZZI C. ET AL. *Rivista Ospedale Maggiore*, 1979; 74: 374
COSENTINO F. *Chirurgia Triveneta*, 1980; vol. XX: 2-5
CRAFFOORD ET AL. *Acta Otolaryngol.*, 1939; 27: 422-429
MACBET *Br Med. J.* 1955; 2: 877-80

CUSUMANO A. ET AL. *Giorn. Gastroent. End.*, 1981; 4: 13-17
 CUSUMANO A. ET AL. *Giorn. Gastroent. End.*, 1978; 1: 201-212
 ROSSI A. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1981; 4, 251-260
 ROSSINI F.P. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1981; 4: 1-6
 FONTANIN O. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1981; 4: 72-75
 DI MAGNO E. *Lancet*, 1980; 1: 629-631
 GANDOLFI L. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1982; 5: 71-78
 CALETTI G. ET AL. *SCAND J. Gastroenter.*, 1984; 19(suppl 94):34-42
 OSELLADORE D. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1983; 6: 173-182
 NEGRI G.P. ET AL. *Endoscopy*, 1984; 16: 223-225
 RUSSEL T.R. *Am. Journal of Surg.*, 1984; 184:132-137;
 MATEK W. ET AL. *Endoscopy*, 1984; 16: 20-21;
 CLASSEN M. ET AL. *Endoscopy*, 1984; 10: 20-21;
 COSENTINO F. ET AL. *Giorn. Ital. End. Digest.*, 1985; 2: 147-154

CAPITOLO VI

GLI ANNI '90. IL DECENNIO DELLA MATURITÀ

COSENTINO F. ET AL. *Chirurgia*, 1990; 3: 46-48
 SCEVOLA D. ET AL. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1990, 13, 93-103
 LUMINARI M. et al. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1991, 14, 351-360
 ZAMBELLI A. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1991; 14: 103-119
 LOPERFIDO S. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1991; 14: 225-233
 PRADA A. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1992; 15: 71-92
 BORGONOV E. ET AL. *Giorn. Ital. End. Dig.*, 1992; 15: 125-129
 TAPPERO G. *Gastrointes. Endosc.*, 1992; 38: 310-313
 TAPPERO G. *Gastrointes. Endosc.*, 1992; 38: 391-2
 OSELLADORE D. *Abstract 10th World Congress of Gastroenterology* Los Angeles, 1994, 2879
 BARBERANI F. *Gastrointest. Endosc.*, 1994; 40: 685-91
 BARBERANI ET AL. *Gastroenterology*, 1991; 101: 1314-9