

R. M. PIANCONE

**OSPEDALE SAN GIACOMO.
STORIA E STORIE DEL REPARTO
MEDICINA - CARDIOLOGIA.**



Ai miei collaboratori

Premessa

La recente trasformazione del San Giacomo da Ospedale Generale ad un più riduttivo PTA (Presidio Territoriale di Assistenza) mi ha profondamente rattristato ed ha portato alla mia mente tanti ricordi legati a quel periodo in cui, ancora giovane, svolsi tra quelle mura la mia professione di medico. Un periodo di trentadue anni, dal 1966 al 1998, durante il quale, insieme ad altra gente, diedi vita in quel luogo ad un reparto di Medicina con Servizio di Cardiologia all'epoca inesistenti. Nel volgere di pochi anni, per effetto dei vari piani di riordino ospedaliero predisposti dalla Regione Puglia, di quella struttura, come del resto delle altre Divisioni di diagnosi e cura del San Giacomo, non è rimasta traccia alcuna.

Sono certo che la "riconversione" del nostro piccolo ma glorioso Ospedale sia stata vissuta da molti torremaggioresi con vero disappunto, da altri probabilmente con indifferenza perché ignari del ruolo che il San Giacomo ha svolto, dai tempi del Prof. Ciaccia fino agli anni 2000, per le necessità assistenziali del nostro Territorio.

Commentando con Pinuccio Antonucci la scomparsa definitiva del nostro Ospedale, sono riaffiorati alla mente i ricordi di tante vicende da noi vissute tra quelle mura e di fatti riguardanti i malati da noi curati o altre persone. Insomma la storia e le storie che accadevano nella quotidianità di quel reparto che all'epoca segnò la nascita della Cardiologia, della Unità Coronarica, dell'Elettrofisiologia e della Telecardiologia in provincia di Foggia ed era notoriamente ritenuto superiore alle analoghe strutture degli Ospedali limitrofi per l'organizzazione e l'eccellenza delle prestazioni.

Quando mi è venuta l'idea di affidare a queste righe quei ricordi mi sono chiesto se ci fosse un valido perché, insomma se ci fosse una ragione plausibile affinché io rivelassi fatti e verità che per tanti anni sono rimasti chiusi nella mia mente.

Ho pensato che in qualità di fondatore del reparto Medicina-Cardiologia del San Giacomo fosse mio dovere raccontare com'era il nostro Ospedale quando cominciai a frequentarlo e come nacque e si sviluppò quella struttura, convinto che molte persone che hanno conosciuto quella realtà sono scomparse e che probabilmente i torremaggioresi più giovani non ne hanno mai sentito parlare.

Poiché insieme ad altri appartengo alla storia dell' Ospedale di Torremaggiore, ritengo che questa attraverso la mia testimonianza, relativamente ai periodi in cui ho operato in quel nosocomio, può essere meglio conosciuta.

Mi ha anche spinto a scrivere il desiderio di ricordare alla gente l'operato dei miei collaboratori medici ed infermieri e di altri dipendenti dell'Ospedale, scomparsi o ancora viventi, che per tanti anni con il loro impegno, profuso a lungo in condizioni di lavoro disagiate, per la esiguità delle risorse umane e strumentali, resero possibile il funzionamento del nostro reparto.

E' anche mia convinzione che, quando possibile, le vicende debbano essere raccontate da chi le ha realmente vissute, dai veri protagonisti dei fatti, prima che la "biblioteca vivente" che è nella loro mente possa andare inevitabilmente perduta. In questo modo non si corre il rischio che la verità resti nascosta o, come talvolta accade, sia manipolata da gente poco informata o suggestionata da "leggende metropolitane" che enfatizzano fatti non sempre veri o le virtù di questo o quel personaggio. Storie spesso infondate o non completamente vere che a furia di essere diffuse finiscono per essere ritenute veritiere.

Renato Michele Piancone

Introduzione

Dal 1966 fino agli anni Novanta l'Ospedale San Giacomo di Torremaggiore ebbe un progressivo sviluppo. Pochi medici ed alcuni amministratori di varia estrazione politica fecero del piccolo nosocomio un Ospedale di riferimento per gli abitanti dell'Alto Tavoliere, del Subappennino Dauno, del Gargano e del Basso Molise.

Classificato per effetto della legge 12 febbraio 1968 n. 132 come Ospedale Generale di zona, purtroppo il San Giacomo, col volgere degli anni, ha subito un continuo declassamento che di fatto ne ha recentemente determinato la soppressione come Ospedale Generale.

La storia della Divisione di Medicina Generale-Cardiologia del San Giacomo inizia nel 1966 quando dopo il pensionamento del Prof. Ciaccia, fondatore dell'Ospedale e Primario Chirurgo-Ortopedico, furono creati gli altri reparti.

Da allora si susseguirono varie fasi. Tra il 1966 ed il 1972 l'Ospedale visse un periodo di transizione per il passaggio dal vecchio stato alla condizione di Ospedale Generale di zona. Fino al 1969 le attività medica e cardiologica, in mancanza di un reparto specifico, furono espletate in spazi di fortuna. In seguito, per effetto del D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*, l'Ospedale venne dotato delle Divisioni e dei Servizi previsti per un Ospedale Generale di zona. In pratica le Divisioni di Medicina e di Chirurgia, le Sezioni di Ostetricia-Ginecologia, Pediatria e Ortopedia-Traumatologia ed i Servizi di Analisi, Anestesia e Radiologia.

Dal 1972 in poi, con la mia nomina a Primario medico e grazie all'impegno dei miei collaboratori, fu possibile, non senza difficoltà, dare vita ad una vera Divisione di Medicina con annesso Servizio di Cardiologia e formare una équipe medico-infermieristica fortemente motivata e orientata per mentalità al lavoro di gruppo ed al continuo aggiornamento. Divisione che nel tempo diventò una struttura di spicco nel territorio di riferimento fino a trasformarsi in una moderna Unità Operativa Complessa. Infatti fu possibile creare l'Unità Coronarica, avviare, pionieri in Puglia e primi in provincia di Foggia, l'attività di elettrofisiologia-impianto di pacemaker e l'ecocardiografia, collegare mediante la telecardiologia le postazioni di Guardia Medica del Gargano e delle Isole Tremiti alla Unità Coronarica di Torremaggiore e a far costruire sul prato retrostante l'Ospedale una elipista dove atterravano le eliambulanze che trasportavano i malati di cuore dal Gargano.

La telecardiologia ed il Servizio di elisoccorso divennero attivi nel piccolo nosocomio di Torremaggiore ancora prima che in Puglia venisse istituito il servizio 118.

Con l'andare del tempo la Divisione di Medicina del San Giacomo e i suoi componenti divennero molto conosciuti in Puglia e in altre parti dell'Italia. Costante era la loro partecipazione ai congressi di cardiologia, agli studi e alle ricerche cliniche. Importanti le pubblicazioni scientifiche edite anche in lingua inglese e su riviste ad elevato *impact factor*.

La caratteristica che distingueva la Divisione di Medicina-Cardiologia era la continua innovazione tecnologica e la metodologia di lavoro che, anticipando di molti anni quella che oggi è routine, precorreva i tempi e si basava sull'impiego di protocolli diagnostici e terapeutici e sull'osservanza delle Linee Guida internazionali per le terapie medico chirurgiche.

La complessità dei pazienti cardiologici che giungevano in Ospedale rendeva sempre più stringente la necessità di attrezzature idonee ad affrontare tutte le evenienze. A quei tempi in provincia di Foggia non esistevano reparti di Cardiologia per cui i cardiopatici venivano ricoverati in Medicina. Per questo era necessario che l'assistenza cardiologica venisse sempre più potenziata.

Personalmente ero anche convinto che Il San Giacomo, attraverso lo sviluppo di nuovi Servizi e Sezioni, avrebbe potuto raggiungere nel tempo una dimensione maggiore che gli avrebbe fatto acquisire un ruolo insostituibile nella rete ospedaliera provinciale. In tal modo probabilmente si sarebbe potuto evitare prima il suo declassamento, poi la soppressione definitiva.

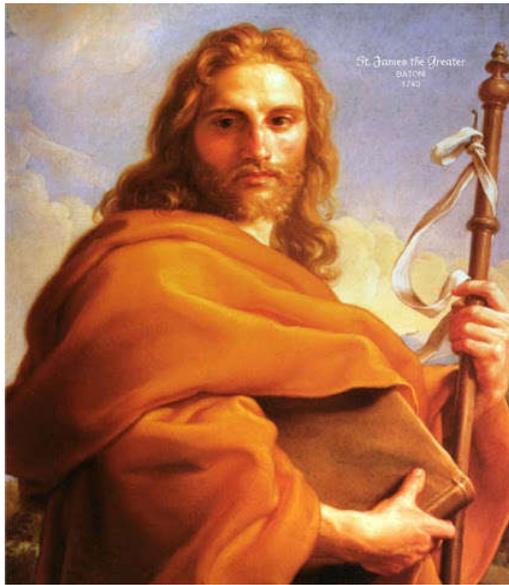
La diversità di vedute tra gli esponenti della Medicina e quelli degli altri reparti creava frequenti contrasti. Divergenze ben note all'epoca e generate fondamentalmente dal diverso modo di interpretare la *governance* dell'Ospedale. Da un lato vi era il nostro desiderio di sviluppare la Medicina-Cardiologia ed il San Giacomo nel suo insieme. Dall'altra la tendenza alla conservazione che caratterizzava la direzione del reparto chirurgico e qualche reparto di specialità.

Dalla seconda metà degli anni Novanta cominciò il progressivo declino dell'Ospedale. Il minor peso politico degli amministratori locali rispetto a quello degli altri Comuni limitrofi, le dimensioni ridotte del San Giacomo per

l'ampliamento non realizzato quando sarebbe stato possibile attuarlo, la rapida crescita del vicino Ospedale di San Severo, ne furono la causa.

Verso la fine del 1998 la Direzione Generale della ASL FG1 dispose il trasferimento dal San Giacomo all'Ospedale di San Severo del Primario, di alcuni medici e di alcuni infermieri della Medicina-Cardiologia e di parte delle apparecchiature cardiologiche. Il piano di riordino ospedaliero prevedeva che la Divisione di Cardiologia fosse ubicata nell'Ospedale Masselli Mascia. Non avemmo altra scelta.

Il Reparto di Medicina-Cardiologia realizzato a Torremaggiore con tanto impegno ed entusiasmo non visse nemmeno il tempo di una generazione.



San Giacomo il Maggiore
(Pompeo Batoni 1740)

Origini del Reparto Medicina

L'inizio di una vera attività di Medicina Generale e di Cardiologia può essere fatta risalire al 1° settembre del 1966 quando, giovane specialista in Cardiologia, venni invitato dall'allora Presidente dell'ECA (*Ente Comunale di Assistenza*) di Torremaggiore, Aurelio Forese, a trasferirmi dall'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, presso il quale prestavo servizio, all'Ospedale San Giacomo, per dar vita alla Divisione di Medicina ed al Servizio di Cardiologia, allora inesistenti a Torremaggiore.



Il Presidente **Aurelio Forese**

All'epoca gli ospedali pubblici erano amministrati dai Comuni di appartenenza attraverso appositi Enti assistenziali. Non esistevano le USL (*Unità Sanitarie Locali*) istituite dalla legge del 23 dicembre 1978 n. 833 e successivamente trasformate, con il **d.lgs.** 30 dicembre 1992 n. 502, in ASL (*Aziende Sanitarie Locali*), dotate di autonomia e dipendenti dalle Regioni italiane.

Nel 1966 l'Ospedale San Giacomo era costituito unicamente da un reparto di Chirurgia Generale, derivante dalla trasformazione della Ortopedia fondata dal Prof. Ciaccia ormai in pensione, e da un reparto di Ostetricia e Ginecologia. Il reparto di Medicina ed il Servizio di Cardiologia non esistevano. Furono formalmente istituiti dopo la promulgazione della Riforma Ospedaliera, legge 12 febbraio 1968 n. 132, meglio conosciuta come legge Mariotti, e l'entrata in vigore del D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*.

Ad ogni modo già a quell'epoca l'organico medico dell'Ospedale comprendeva oltre ai posti dei chirurghi e dell'ostetrico anche un posto di aiuto medico, allora ricoperto dal Dottor Aurelio De Nittis un anziano medico di famiglia che per tanti anni era stato assistente del Prof. Ciaccia in Ortopedia. Pur non esistendo formalmente un reparto di Medicina, sporadicamente, quando se ne presentava la necessità, venivano effettuati ricoveri di pazienti affetti dalle patologie più semplici, in numero di una diecina all'anno.

Con il pensionamento del Prof. Ciaccia l'Ospedale andò in crisi per cui servivano energie nuove e la istituzione di nuovi reparti. Gli amministratori dell'epoca chiamarono a sostituirlo un chirurgo di Roma, il Prof. Benedetto Mancusi Caputi, che mal si adattò all'ambiente e dopo alcuni mesi lasciò l'incarico. Per questo, nell'agosto del 1966, il Presidente dell'ECA con l'intento di risollevare le sorti dell'Ospedale chiamò due medici di Torremaggiore che all'epoca prestavano servizio a San Giovanni Rotondo: il chirurgo Nicola Bellantuono, con l'incarico di Primario e Direttore Sanitario e il cardiologo Renato Michele Piancone con il programma di assicurare il Servizio di Cardiologia ed avviare il reparto di Medicina allora inesistenti.

Avevo solo 26 anni ma mi ero già fatto una buona esperienza professionale. Quando mi fu chiesto di trasferirmi a Torremaggiore ebbi qualche titubanza. Avrei dovuto lasciare un grande Ospedale organizzato per lanciarmi in una avventura.

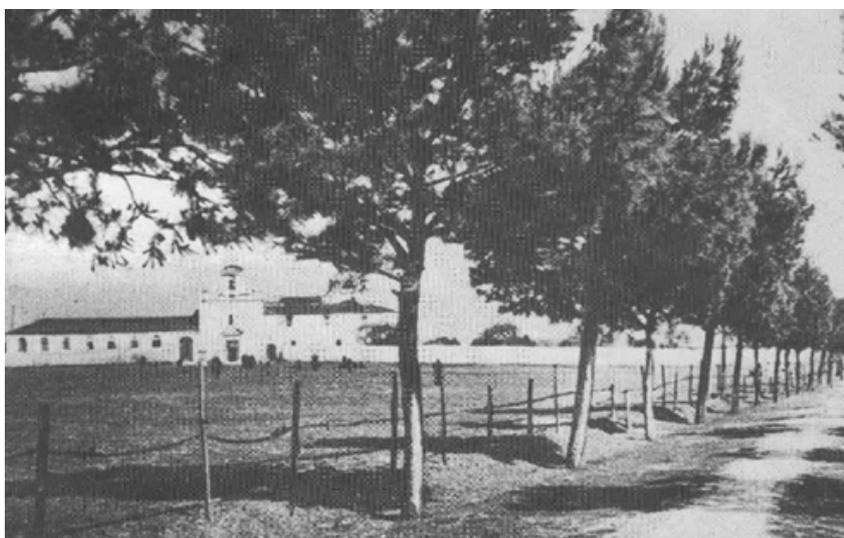


Renato Michele Piancone all'epoca in cui fu assunto all'Ospedale San Giacomo.

Due motivi però mi spingevano ad accettare quell'incarico. Il primo era il fatto che nel 1966 il servizio prestato dai sanitari nella Casa Sollievo della Sofferenza non era valutato tra i titoli ai fini concorsuali, motivo per cui molti medici, anche a malincuore, si trasferivano negli Ospedali pubblici. Il secondo motivo era il desiderio di dare vita nell'Ospedale del mio paese a un reparto di Medicina-Cardiologia in cui i malati potessero essere curati in modo adeguato, come accadeva altrove e come avevo visto fare ai miei maestri negli anni della Specializzazione.

All'epoca dalle nostre parti gli Ospedali pubblici languivano nella mediocrit  ed erano poco attrezzati. Per  la Riforma Ospedaliera, programmata dal ministro Mariotti gi  da qualche anno e poi attuata nel 1968, prevedeva un radicale riassetto organizzativo di tutti gli Ospedali italiani e questo creava forti aspettative nei giovani medici.

Ma il degrado delle strutture e la carenza degli organici e dei Servizi in cui versava il San Giacomo erano rilevanti e destavano profonde perplessit  negli operatori. Le criticit  in effetti erano tante e di vario tipo.



Il vecchio Ospedale San Giacomo, il prato antistante e il viale.

L'Ospedale San Giacomo nel 1966

Quando ebbe inizio la mia attività l'Ospedale versava in condizioni al di sotto della più pessimistica delle previsioni poiché con il passar degli anni era molto decaduto.

Le lacune riguardavano tutte le componenti fondamentali: l'organico medico ed infermieristico, gli aspetti organizzativi, le dotazioni strumentali, la stessa struttura alberghiera. Ma non mancavano i pazienti, sempre più complessi e gravi.

In tali condizioni era impossibile anche soltanto pensare di poter accogliere e curare malati di cuore o di interesse medico.

Tuttavia, nonostante la carenza e la disorganizzazione, agli inizi di settembre del 1966, fra tante difficoltà e pur non esistendo un reparto strutturato né le attrezzature necessarie, in quel piccolo Ospedale ebbe inizio una vera attività di Medicina e di Cardiologia con ricoveri, consulenze interne tra i vari reparti e prestazioni ambulatoriali.

L'organico medico, durante i due anni che precedettero la Riforma Ospedaliera del 1968, era costituito da Aurelio De Nittis che continuò a ricoprire il posto di Aiuto medico e da Renato Michele Piancone che era stato assunto dal 1° settembre 1966 come Assistente medico chirurgo con mansioni di Cardiologo in quanto unico specialista in Cardiologia. Tale organico rimase immodificato fino al 31 marzo 1972.

In realtà, nel periodo che precedette la Riforma Ospedaliera, negli ospedali i medici scarseggiavano e le dotazioni organiche non erano ben definite. I sanitari il più delle volte erano medici di famiglia, interessati maggiormente ai loro ambulatori, che nei ritagli di tempo svolgevano qualche attività in Ospedale.

Gli infermieri erano numericamente scarsi. Mancavano gli infermieri professionali ed alcuni operatori non avevano nemmeno il diploma di infermiere generico. Al massimo avevano ottenuto durante il servizio di leva il "patentino militare", un attestato rilasciato dall'Esercito Italiano che documentava l'attività prestata in quel

periodo dal possessore nell'infermeria della caserma cui era stato assegnato. Era gente alla buona che durante il servizio militare aveva acquisito qualche conoscenza infermieristica o aveva imparato a fare le iniezioni intramuscolari.

I pochi infermieri generici, una-due unità per turno, dovevano assistere una ottantina di malati. A volte distribuivano le pillole dopo aver eseguito un clistere senza che tra un "intervento" e l'altro avessero avuto il tempo di lavarsi le mani. Ma lavoravano tantissimo e anche grazie al loro contributo fu possibile organizzare il reparto di Medicina-Cardiologia.

I reparti non erano ben identificabili per area di competenza. Non vi era personale dedicato ed opportunamente formato per le specifiche branche, né una qualsiasi traccia di équipe medico-infermieristica.

In mancanza di un distinto reparto i malati di Medicina venivano ospitati in due stanze di 6-8 posti letto ciascuna, una per le donne ed una per gli uomini, in cui alloggiavano in commistione con quelli di Ortopedia o delle altre specialità. Non c'era un Caposala. Una suora coadiuvata da un infermiere generico somministrava la terapia ai pazienti.



Suor Anna Agata e l'ausiliaria Emma Schiavone

Una anziana infermiera, la signorina Lepore, copriva i turni di notte. Era di una scrupolosità unica. Da giovane aveva lavorato come crocerossina al seguito del Prof. Paride Stefanini ed aveva acquisito una vasta esperienza infermieristica di chirurgia di guerra.



La signorina Lepore

I servizi igienici erano scarsi come numero e scadenti come qualità. C'era un solo gabinetto per ogni corridoio e non vi erano né docce né vasche da bagno. Le pulizie dei locali venivano effettuate con il sistema "secchio e scopa".

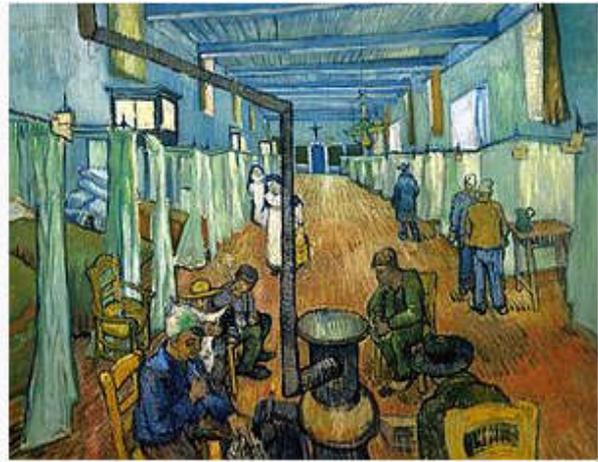
Gli impianti elettrici non erano a norma. Mancava l'ossigeno centralizzato per cui venivano utilizzate le bombole portatili. Nelle stanze non vi erano armadi né sedie sufficienti.

Né vi era traccia di carrelli per i farmaci e per le medicazioni. Gli aghi e le siringhe erano di vetro, venivano "sterilizzate" mediante ebollizione e riadoperate fino alla consunzione. Gli aghi usati per le iniezioni intramuscolari o endovenose, quando per l'uso eccessivo o maldestro si storcevano, venivano riaddrizzati e nuovamente usati. Non esisteva materiale monouso.

I farmaci scarseggiavano e, in mancanza di una farmacia ospedaliera, venivano custoditi in un armadio farmaceutico. Quelli strettamente necessari venivano acquistati tramite la Direzione Sanitaria in una farmacia del luogo, in genere l'allora Farmacia Lamedica.

I letti erano vecchi e deteriorati, verniciati in bianco con ampie scrostature dello smalto. Non avevano né le ruote né le spalliere sollevabili per cui non potevano essere trasportati, né rendevano agevole il decubito dei pazienti dispanoici. Le reti erano allentate. I materassi impresentabili.

Le corsie dell'Ospedale di Arles raffigurate da van Gogh nel suo celebre dipinto erano sicuramente più accoglienti.



I vecchi letti che si usavano negli ospedali di allora. A destra la Corsia dell'ospedale di Arles raffigurata da Vincent van Gogh .

La biancheria era scarsa, veniva lavata a mano nella lavanderia dell'Ospedale e stesa sul prato retrostante e quel poco che c'era di federe e lenzuola spesso veniva trafugato dai parenti dei malati al momento della dimissione.



Modo di stendere la biancheria dell'Ospedale nel 1966

Le dotazioni strumentali erano pressoché inesistenti. Non c'erano le più comuni attrezzature sanitarie né un elettrocardiografo. Per diversi mesi per supplire a tale carenza dovetti adoperare l'elettrocardiografo di mia proprietà.

L'attività assistenziale era ridotta all'essenziale. Non esisteva un *team* medico-infermieristico né tantomeno una Guardia Medica H 24 né l'istituto della pronta reperibilità. In caso di necessità, nelle ore in cui l'Ospedale restava sguarnito di medici, veniva chiamato uno dei sanitari al proprio domicilio e le chiamate non venivano retribuite. Del resto non esisteva nemmeno l'orologio marcatempo. L'Ospedale era sprovvisto di ambulanza.

Non esistevano protocolli assistenziali, non c'era nessuna definizione dei ruoli, non c'era sicurezza nelle terapie. Il *Kombetin* poteva essere confuso con il *Complamin*, l'*Atropina* con l'*Adrenalina*, la *Soluzione Fisiologica* con la *Glucosata* e così via.

Non esisteva una apparecchiatura radiologica adeguata. Con un vecchio macchinario era possibile eseguire solo le radiografie del torace e dei segmenti scheletrici per cui le difficoltà diagnostiche erano notevoli. Però all'inizio del 1967 venne acquistato un moderno apparecchio radiologico per mezzo del quale fu possibile eseguire anche gli esami con mezzo di contrasto degli organi addominali, dei reni e delle vie urinarie. Ma il Servizio di Radiologia non esisteva sulla carta, né c'era un organico specifico. Un radiologo abbastanza esperto, il Dottor Nicola Severino, veniva in consulenza per alcune ore al giorno, ma non tutti i giorni, fino a quando, con l'entrata in vigore della Riforma Ospedaliera, fu istituito ufficialmente il Servizio di Radiologia ed il posto di Primario Radiologo. Incarico che venne ricoperto per lungo tempo dal Dottor Luigi De Girolamo.

Il Servizio di Radiologia restò ubicato per molti anni al piano superiore in prossimità dei reparti di Chirurgia e di Ortopedia. Poiché mancava un ascensore, i malati venivano trasportati dagli infermieri e dagli ausiliari con la barella dal pianterreno al primo piano attraverso una stretta scalinata. Allo stesso modo venivano trasportati anche i malati di Pronto Soccorso, Servizio che contro ogni logica spiegazione, per disposizione della Direzione Sanitaria, era stato ugualmente ubicato al primo piano.

Il Laboratorio Analisi era estremamente carente. Si potevano eseguire solo pochi esami di laboratorio e non tutti i giorni. Un medico analista il Dottor Michele Calabrese veniva a giorni alterni di pomeriggio, più o meno dalle 17 alle 19. La

mattina prestava servizio all'Ospedale "F. Lastaria" di Lucera e in più gestiva un proprio laboratorio a San Severo.

Tale situazione perdurò fino al 1972 quando venne assunto il Dottor Nicola Sacco che nel volgere di breve tempo organizzò un vero Laboratorio Analisi.

Non esisteva una emoteca. Qualche sacca di sangue, quando disponibile, veniva conservata in un frigorifero ubicato presso il Laboratorio Analisi e gestito dal Servizio di Anestesia per essere utilizzata quasi esclusivamente dai reparti chirurgici.

Il mio piccolo, vecchio e caro San Giacomo visto dal di dentro ingenerava tristezza e faceva nascere dei seri dubbi sulla possibilità che in esso si potessero curare adeguatamente dei malati di cuore. Con Ciaccia era stato a lungo il punto di riferimento dell'Ortopedia per tutta la Capitanata ed il Molise ma quel ciclo ormai si era concluso.

A dire il vero un po' tutti gli ospedali della nostra zona versavano in condizioni simili a quelle del San Giacomo. All'epoca dalle nostre parti l'unico Ospedale degno di questo nome era la Casa Sollievo della Sofferenza.

Nell'autunno del 1966 gli amministratori ottennero un finanziamento di 65 milioni di lire per iniziare i lavori di ampliamento dell'Ospedale che da allora per il susseguirsi di altri finanziamenti è cresciuto fino alle dimensioni attuali. Ci sarebbero voluti 30 anni per dar vita in quel lazzaretto intriso di trame e pettegolezzi a un moderno ed efficiente reparto di Medicina con aggregato Servizio di Cardiologia ed Unità Coronarica.

Alla fine di agosto del 1966 mi ero recato in Ospedale per un "sopralluogo". Infatti avrei dovuto prendere servizio il 1° settembre. Quel giorno fu molto movimentato perché si ricoverò in gravi condizioni per edema polmonare acuto una ragazza di 24 anni affetta da Stenosi Mitralica. A quei tempi le valvulopatie reumatiche erano molto frequenti. Il caso era disperato e quando chiesi alla suora l'occorrente per la terapia mi fu risposto che le mie richieste non potevano essere esaudite in quanto in Ospedale non c'erano né le fiale di Lasix né la Morfina. Se avessi voluto avrei potuto fare un salasso... E si presentò con un laccio di gomma ed una lama da bisturi per incidere la vena. Applicai i lacci ai quattro arti e corsi a prendere in macchina la mia borsa di "giovane cardiologo" fornita di tutto punto. Nel volgere di qualche ora, coi farmaci adatti, e tra l'incredulità di medici, suore e infermieri, la paziente superò la

crisi. In quell'Ospedale prima di allora non era mai stata curata una malata così grave e tutti erano convinti che ormai non ci fosse più niente da fare.

È incredibile come spesso gli anziani colleghi dell'epoca accettassero la morte quasi come un fatto ineluttabile e non si impegnavano in trattamenti che peraltro il più delle volte non conoscevano. Di fronte all'emergenza restavano impassibili perché non erano abituati ad alzare i tacchi e ad accorrere in soccorso del malato. Passavano molto tempo al Circolo tra giornali e chiacchiere in attesa di qualche chiamata.

Ogni giorno affrontavo una gran mole di lavoro in condizioni difficili, ma non demordevo. Di tanto in tanto il Prof. Ciaccia, se capitava qualche malato di Ortopedia, veniva in Ospedale. Era burbero come me lo avevano descritto ma sicuramente leale e non ipocrita come tanti altri e, nonostante l'apparenza scontrosa e severa, era di animo buono.

Mi rispettava e mi stimava ma a volte avevo la sensazione che non comprendesse a pieno l'importanza e forse la stessa essenza della mia specializzazione e delle difficoltà che ogni giorno dovevo affrontare. Per lui esistevano solo le ossa... La Cardiologia era una specialità ancora molto giovane istituita solo da qualche anno nelle principali Università italiane e quindi poco conosciuta. Spesso però mi invitava a Foggia a tenere qualche relazione alla Associazione Medica "Vincenzo Lanza" di cui era Presidente. Vi andavamo con la mia macchina e costantemente durante il viaggio chiedeva che tenessi spento il condizionatore. Anche con la neve a terra.



Prof. Salvatore Ciaccia. Disegno giovanile.

Periodo da settembre 1968 ad aprile 1972

La classificazione dell'Ospedale San Giacomo

Con l'entrata in vigore della Riforma Ospedaliera, Legge 12 febbraio 1968 n. 132, gli ospedali italiani vennero trasformati in enti pubblici e distinti in generali e specializzati. Gli ospedali generali, a seconda delle dotazioni, furono classificati in tre categorie: zonali, provinciali e regionali. Questo stabiliva l'Art. 20 della prefata legge.

Art. 20. *Categorie di ospedali. Gli ospedali sono generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti. Gli ospedali generali si classificano nelle seguenti categorie: a) ospedali di zona; b) ospedali provinciali; c) ospedali regionali. Gli ospedali generali provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi in reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialita'.*

Per effetto di questa norma l'Ospedale San Giacomo venne classificato come Ospedale Generale di zona e dotato delle Divisioni e dei Servizi previsti dall'Art. 21 per questo tipo di ospedale.

Art. 21. *Ospedali generali di zona. Sono ospedali generali di zona quelli dotati di distinte divisioni di medicina e chirurgia, ed almeno una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia e relativi servizi speciali, nonche' di poliambulatori anche per altre piu' comuni specialita' medicochirurgiche. Il piano regionale ospedaliero puo' prevedere in questi ospedali, in relazione alle esigenze particolari di alcune zone, sezioni di ortopedia-traumatologia.*

Con le nuove norme il termine di Reparto fu sostituito definitivamente con quello di Divisione che a sua volta, con l'andar del tempo, sarà sostituito con quello di Unità Operativa Complessa e poi di Struttura Complessa.

Oltre alle Divisioni di Medicina e di Chirurgia furono istituite quelle di Ostetricia - Ginecologia, di Pediatria e di Ortopedia -Traumatologia benché per queste branche,

negli ospedali zionali come il San Giacomo, l'Art. 36 della Legge 12 febbraio 1968 n. 132 prevedesse solo l'esistenza di semplici Sezioni con un ben definito numero di posti letto, senza Primario e senza autonomia gestionale, aggregate ad una Divisione affine. Invece furono istituite Divisioni ma con un numero di posti letto pari a quello previsto per le Sezioni.

Art. 36. *Struttura interna degli ospedali generali. Negli ospedali generali la sezione e' l'unita' funzionale che deve comprendere non meno di 25 e non piu' di 30 posti-letto. Negli stessi ospedali le sezioni di specialita' possono comprendere anche un numero di posti-letto che in ogni caso non puo' essere inferiore a 15. Queste sezioni, ove non esista la relativa divisione, sono di regola aggregate ad una divisione affine. La divisione e' composta da 2 o piu' sezioni e comprende non meno di 50 e non piu' di 100 posti-letto.*

Contestualmente furono istituiti i Servizi speciali di Anestesia, Laboratorio Analisi e Radiologia.

Il Servizio di Cardiologia secondo il dettato dell' Art. 31 del DPR 27 marzo 1969 n.128 fu aggregato alla Divisione di Medicina.

Art. 31. *Negli ospedali di zona il servizio cardiologico è di regola aggregato alla divisione di medicina [...].*

Considerate le condizioni in cui in quel periodo versava il San Giacomo, l'aver ottenuto la qualifica di Ospedale Generale di zona già poteva ritenersi un grosso risultato. Tuttavia, fin da allora si sarebbero potuti creare i presupposti per ottenere una diversa classificazione dell'Ospedale adeguando il numero dei posti letto delle Divisioni istituite a quelli previsti dalla legge o anche programmando la istituzione di altre Sezioni e Servizi come stavano facendo alcuni ospedali limitrofi con situazioni edilizie peggiori della nostra e con indici di utilizzo bassissimi. In realtà in quel periodo non tutti gli ospedali possedevano i requisiti propri della categoria nella quale erano stati classificati. I posti letto, le Sezioni e i Servizi il più delle volte esistevano soltanto sulla carta per poi essere attivati successivamente, anche dopo diversi anni. Le classificazioni spesso risentivano di una logica basata più sull'importanza geografica e politica della città che sulle condizioni reali degli ospedali.

I Piani ospedalieri regionali non erano ancora definitivi e il numero di malati e gli indici di occupazione del San Giacomo erano tali da poter aspirare ad una diversa classificazione. Quanto meno si sarebbe potuto proporla.

A Torremaggiore, tra le varie sezioni di specialità, si sarebbe potuta istituire anche una di Cardiologia aggregata alla Divisione di Medicina. La nuova normativa non ne precludeva la possibilità. Le stesse Divisioni esistenti avrebbero potuto essere ampliate fino a raggiungere il massimo dei posti letto previsti dall'Art. 36. Le Divisioni di Medicina-Cardiologia e di Chirurgia Generale del San Giacomo allora avevano un bacino di utenza che comprendeva l'Alto Tavoliere, il Gargano ed il Subappennino Dauno ed erano sempre affollatissime e con molti posti letto aggiuntivi.

Ma in quella fase molto importante e irripetibile non si pensò di porre le basi per la crescita futura dell'Ospedale. Ci si accontentò dell'esistente. Dopo non fu più possibile cambiare le cose.

Nel nostro Ospedale i cardiopatici, in mancanza di una Sezione di Cardiologia, continuarono a ricoverarsi nelle sale del reparto Medicina dove proliferò il numero dei letti aggiuntivi. Il numero dei ricoveri per cardiopatie aumentò sempre di più e così l'attività ambulatoriale. C'è da dire che all'epoca in nessun Ospedale della provincia di Foggia esistevano Divisioni o Sezioni di Cardiologia per cui i cardiopatici, compresi gli infartuati o i pazienti con gravi aritmie cardiache, si ricoveravano nei reparti di Medicina. Resta il fatto però che la presenza di una sezione di Cardiologia al San Giacomo, oltre ad offrire ai malati una migliore assistenza, avrebbe consentito di ottenere finanziamenti dedicati e maggiori dotazioni strumentali.



La Direzione Sanitaria

L'Art. 5 del DPR 27 marzo 1969 n. 128 prevedeva che negli ospedali con un numero di posti-letto inferiore a 250 le funzioni di Direttore Sanitario potessero essere espletate da un Primario di ruolo per cui la Direzione Sanitaria del San Giacomo fu affidata al Primario Chirurgo Prof. Nicola Bellantuono. Tale incarico durò ininterrottamente dall'agosto 1966 al gennaio 1992.

Art. 5. Attribuzioni del direttore sanitario

[...]. Negli ospedali con un numero di posti-letto inferiore a 250, le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate ad un primario di ruolo.

Anche se una Direzione Sanitaria autonoma si sarebbe potuta istituire con un numero di posti letto inferiore ai 250, gli amministratori furono sempre dell'avviso di affidare la Direzione Sanitaria al Primario di Chirurgia Generale forse per una forma di rispetto verso quella persona o per il timore che questi, se privato delle funzioni di Direttore Sanitario, potesse rinunciare anche all'incarico di Primario e lasciare l'Ospedale. Queste almeno erano le voci che allora circolavano. Né nel corso degli anni ci fu la volontà politica di raggiungere o superare la soglia dei 250 posti letto, limite oltre il quale sarebbe stato obbligatorio istituire una Direzione Sanitaria autonoma.

Sta di fatto che le attribuzioni del Direttore Sanitario se concentrate con quelle del Primario conferivano ad una unica persona, non terza, un potere eccessivo nei confronti degli altri Primari che, se esercitato in un certo modo, poteva influire pesantemente sulla vita degli altri reparti.

Art. 5. Attribuzioni del direttore sanitario

*Il direttore sanitario [...] sottopone al presidente del consiglio di amministrazione, sentito il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale, gli schemi di norme interne per l'organizzazione dei servizi tecnico-sanitari, stabilisce in rapporto alle esigenze dei servizi **l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dell'ospedale** cui è preposto in base ai criteri fissati dall'amministrazione, dandone comunicazione alla*

direzione amministrativa ed al sovrintendente ove esista; ha la vigilanza sul personale che da lui dipende anche dal punto di vista disciplinare; propone alla amministrazione le sostituzioni temporanee del personale sanitario; promuove l'attività culturale, scientifica e didattica nell'ospedale; [...] e presenta al presidente o al sovrintendente, ove esista, la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'ospedale; propone all'amministrazione, d'intesa con i primari ed i responsabili dei servizi sanitari, l'acquisto e la scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari previo parere del consiglio dei sanitari [...]; esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie; vigila sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario dell'ospedale e per il mantenimento dell'infermo; [...] presiede e convoca il consiglio dei sanitari.

Se poi un Primario-Direttore Sanitario poteva disporre anche del consenso unanime e incondizionato del Consiglio dei sanitari aveva un potere decisionale pressoché totale.

Art. 14. *Funzioni del consiglio dei sanitari e del consiglio sanitario centrale. Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale è l'organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione ed esprime parere: a) sull'acquisto di attrezzature scientifiche che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica; b) sulle deliberazioni da adottarsi, per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari, dal consiglio di amministrazione riguardanti lo statuto, il regolamento del personale e la relativa pianta organica e sui regolamenti relativi alla organizzazione dei servizi sanitari dell'ente; c) sulla valutazione, istituzione, soppressione o modificazione dei reparti [...]. Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che gli viene sottoposta dal presidente dell'ente, dal sovrintendente o dal direttore sanitario ovvero da un quinto dei componenti.*

A quei tempi una tale situazione non era rara da verificarsi nei piccoli ospedali poiché il Consiglio dei sanitari era costituito prevalentemente dai Primari i quali vi partecipavano di diritto e, ad eccezione di qualche caso, di solito erano acquiescenti alle decisioni del Direttore Sanitario nei confronti del quale spesso avevano debiti di gratitudine.

Sta di fatto che all'epoca in alcuni Ospedali le Direzioni sanitarie contavano quasi più degli stessi amministratori.

Uscire fuori dal coro poteva significare vedersi condizionare negativamente, senza validi motivi, l'attività del proprio reparto, dall'acquisto delle attrezzature fino alla composizione della pianta organica. Proporre di cambiare qualcosa significava isolarsi ed avere tutti contro. In questa posizione quasi sempre mi venivo a trovare quando chiedevo qualche attrezzatura cardiologica per il mio reparto. Riuscivo a spuntarla solo dopo discussioni estenuanti o per disposizione degli Amministratori.

La decisione di non creare altre Sezioni e Servizi e di non ampliare le Divisioni esistenti finì con il limitare nel tempo l'importanza strategica del San Giacomo rispetto agli Ospedali limitrofi.

Se almeno le Divisioni di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria ed Ortopedia-Traumatologia, avessero avuto i 50 letti previsti dall'Art. 36 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, assommando anche i 52 letti della Medicina e i 60 della Chirurgia, il San Giacomo avrebbe raggiunto il numero di 262 posti letto. Ma quelle strutture pur avendo in pratica tutte le attribuzioni di una vera Divisione, vale a dire un Primario, l'organico proprio e l'autonomia gestionale, non ebbero mai più di 20-25 letti come se fossero delle semplici Sezioni.

La istituzione della Divisione di Medicina Generale

Con l'applicazione del DPR 27 marzo 1969 n. 128 fu istituita la Divisione di Medicina Generale composta da due Sezioni, una donne ed una uomini, che, conformemente all'Art. 8 del succitato decreto, venne strutturata nel modo seguente:

- **Posti letto 52**
- **Organico medico:** 1 Primario, 2 Aiuti, 4 Assistenti
- **Organico infermieristico:** 1 Capo sala, 6 Infermieri Professionali, 7 Infermieri Generici, 6 Ausiliari

Art. 8. *Entita' numerica del personale dei servizi di diagnosi e cura. La dotazione organica del personale medico addetto alle divisioni e servizi di diagnosi e cura deve prevedere: un primario; un aiuto fino a due sezioni; almeno un assistente per sezione. La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore e deve prevedere: un capo-sala; un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione e, inoltre, un adeguato numero di infermieri professionali e generici*

La nuova Divisione venne ubicata al pianoterra tra i due ingressi dell'Ospedale, dove prima c'era il reparto di Ostetricia-Ginecologia, e successivamente fu ulteriormente ampliata fino ad occupare negli anni Ottanta buona parte del pianterreno.

Per qualche anno i posti dell' organico medico ed infermieristico disponibili non vennero occupati. Restarono in servizio gli stessi due medici degli anni precedenti. De Nittis ebbe l' incarico di Primario medico, Piancone quella di Aiuto medico con funzioni di Cardiologo.

Fino al 30 marzo 1972 svolsi la mia attività anche a San Giovanni Rotondo presso il Pronto Soccorso e la Divisione di Medicina. A quei tempi i medici erano pochi e potevano avere incarichi in più ospedali. Periodicamente mi recavo a Torino al Policlinico "le Molinette" dove avevo conseguito la Specializzazione in Cardiologia per ultimare quella in Medicina Interna.

Nel 1970 conseguii la idoneità nazionale ad Aiuto di Cardiologia e nel 1972 quella ad Aiuto di Medicina Generale.

Nella seconda metà del 1971 Pinuccio Antonucci, dopo aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli, iniziò a frequentare la Divisione di Medicina del "San Giacomo" come Assistente volontario.

Con l'acquisizione di spazi dedicati, i ricoveri medici e cardiologici subirono un progressivo incremento quantitativo e qualitativo. Oltre ai cardiopatici si ricoveravano malati di ogni tipo compresi quelli con patologie di tipo infettivo, dal tifo alla brucellosi o alla meningite. Venivano assistiti in appositi locali nel rispetto

di tutte le norme dell'isolamento e della disinfezione delle stanze. Di meglio a quei tempi non si poteva fare.

In quel periodo tutti gli occhi erano puntati su di noi. Non potevamo sbagliare. Ogni caso doveva essere un successo. E così accadeva il più delle volte.

Un giorno mi accorsi che un amministratore si informava frequentemente delle condizioni cliniche dei miei pazienti più gravi. Perciò pensai che volesse capire se, data la mia giovane età, fossi realmente all'altezza di curare malati così impegnativi. Poi mi accorsi che il motivo non era questo e che qualche decesso in più "per volontà di Dio" non gli sarebbe dispiaciuto. Infatti come attività collaterale vendeva casse da morto. Ma purtroppo per lui la mortalità del reparto restò assai bassa.

Gli anni dal 1966 al 1972 per me furono molto duri per i continui malintesi e la ostilità più o meno palese dei colleghi. I vecchi medici e la Direzione Sanitaria erano solidali tra loro. Spesso quelle relazioni difficili non si esaurivano alla fine della giornata lavorativa. Gli episodi che accadevano quotidianamente e mi coinvolgevano avrebbero potuto competere con quelli del dottor Manson narrati da *A. J. Cronin* nel romanzo *La cittadella*. Spesso trovavo conforto negli amici Italo Stella e Teino Colangelo.

Le terapie, senza validi motivi, venivano continuamente cambiate da altri medici. L'insulina era ritenuta pericolosa e in mia assenza sconsigliata con il pretesto che "... Ci si poteva abituare e diventarne dipendenti". La digitale, allora unico rimedio per lo scompenso cardiaco in un'epoca in cui ancora non esistevano né i beta bloccanti né gli ACE inibitori, veniva costantemente sconsigliata e a mia insaputa costantemente sospesa anche in soggetti con fibrillazione atriale a frequenza elevata.

Quando si ricoverò un ragazzo con chiari segni di meningite cerebrospinale, mentre con l'aiuto di una suora stavo cercando di racimolare tutto l'occorrente per poter eseguire una puntura lombare, mi accorsi che i colleghi più anziani e il responsabile del reparto stavano tentando di persuadere i parenti del paziente a non dare il consenso all'esecuzione della procedura adducendo il pretesto che la puntura lombare, oltre ad essere pericolosa, in quel caso non fosse indicata. Nessuno di loro aveva mai eseguito una rachicentesi né mi risultava fosse in grado di eseguirla. Forse per questo, invece di pensare all'interesse del malato, non vedevano di buon occhio

che un medico più giovane di loro si “coppresse di gloria...” I parenti diedero il consenso. Il malato fu sottoposto a rachicentesi e dopo opportune terapie guarì. Si cominciava a parlare dei “miracoli” di Piancone... Spesso quando andavo a piedi in Ospedale nell’attraversare la Pineta sentivo la gente bisbigliare “... Quello è Piancone... È molto bravo ma è incazzoso come Ciaccia...”.

Nonostante i contrasti e gli ostacoli che si opponevano il reparto progrediva sempre di più. Il desiderio di creare in quel piccolo Ospedale una struttura medico-cardiologica mi spingeva a continuare, sia pure tra mille difficoltà, e con il passar del tempo assumeva sempre più il sapore della sfida.



San Giacomo Matamoros
(Carlo Rosa 1613-1673, Cattedrale di Monopoli).

Periodo da aprile 1972 a gennaio 1992

In seguito al pensionamento del Dott. Aurelio De Nittis, l'allora presidente Silvio Palma, con delibera n. 45 del 23 marzo 1972, vistata dall'ufficio del medico provinciale al n. 2023, mi affidò l'incarico di Primario della Divisione di Medicina con decorrenza 12 aprile 1972. Avevo solo 32 anni.

Ospedale Civile "S. Giacomo"
71017 - TORRETAGGIORE (Foggia)

TELEFONI: { E. C. A. 31311
 { OSPEDALE 31373

Torremaggiore, li 6 aprile 1972

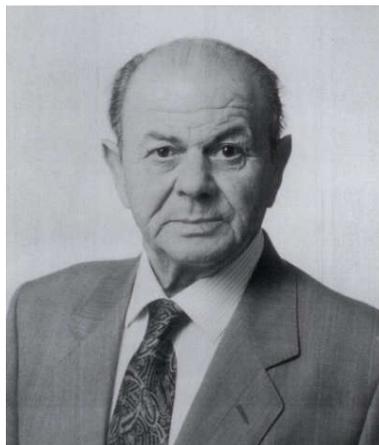
Protocollo N. 488
Risposta
a N. del
OGGETTO:

Bent.mo Dr.
Piancone Michele Renato
S e d e

esp.c.: Ch.mo Direttore Sanitario
S e d e

La presente per comunicarVi che con deliberazione consiliare n.45 del 23/3/72, vistata per ricevuta dallo Ufficio del Medico Prov.le di Foggia il 28/3/72 al n.2023, alla S.V. è data la funzione di Primario del reparto di Medicina con decorrenza dal 12 c.m.

IL PRESIDENTE
S. Palma



Il Presidente **Silvio Palma**

Manco a dirlo la mia nomina fu osteggiata in ogni modo dalle “alte sfere” dell’Ospedale. Ma senza successo. Ci fu anche un ricorso al TAR (Tribunale amministrativo Regionale) che venne inequivocabilmente rigettato per la inconsistenza delle argomentazioni addotte.

Contemporaneamente il Dott. Giuseppe Antonucci, che da tempo frequentava il reparto come Assistente volontario, fu assunto con la qualifica di Assistente medico. Con l’ingresso di Pinuccio Antonucci in Ospedale ebbi un primo valido collaboratore.

Il nuovo corso della Divisione di Medicina, 52 posti letto, iniziò con un organico di due soli medici. Organico che restò tale per diversi mesi nonostante l’ elevato indice di utilizzo dei posti letto e l’elevato *turnover* dei malati.

Medici

Nel 1973 vennero assunti altri due medici neolaureati: Palmino Lipartiti e Matteo Marangi e dopo qualche anno Luigi Mucedola. Nel 1978 prese servizio Marinella Rispoli per cui all’inizio di quell’anno l’organico della Divisione di Medicina risultò composto da 6 medici con le seguenti qualifiche: Renato Michele Piancone Primario, Giuseppe Antonucci e Luigi Mucedola Aiuti, Palmino Lipartiti, Matteo

Marangi e Marinella Rispoli Assistenti. Eccetto Gino Mucedola avevano tutti meno di 30 anni. Con loro avrei condiviso a lungo le gioie, le ansie, i successi e le delusioni di una intensa vita ospedaliera. Quell'organico restò immutato per quasi vent'anni.

Nel 1975 conseguii le idoneità nazionali a Primario di Medicina Generale e a Primario di Cardiologia e dal 1977, in seguito a concorso nazionale per titoli e per esami, divenni Primario di ruolo della Divisione di Medicina Generale.

Le attribuzioni dei medici erano definite da norme generali che regolavano i Servizi di Diagnosi e cura.

Art. 7. Attribuzioni dei primari, aiuti, assistenti. *L'organizzazione sanitaria dell'ospedale si articola in divisioni, sezioni e servizi speciali. La divisione è diretta da un primario, coadiuvato da aiuti e da assistenti.*

Il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi [...] cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica esercita le funzioni didattiche a lui affidate.

L'aiuto collabora direttamente con il primario nell'espletamento dei compiti a questo attribuiti; ha la responsabilità delle sezioni affidategli e coordina l'attività degli assistenti; risponde del suo operato al primario. L'aiuto sostituisce il primario in caso di assenza, impedimento o nei casi di urgenza. Tra più aiuti della stessa divisione o dello stesso servizio la sostituzione del primario spetta all'aiuto con maggiori titoli.

L'assistente collabora con il primario e con l'aiuto nei loro compiti; ha la responsabilità dei malati a lui affidati; risponde del suo operato all'aiuto e al primario; provvede direttamente nei casi di urgenza. In caso di assenza o di impedimento dell'aiuto, le sue funzioni sono esercitate dall'assistente con maggiori titoli o dall'assistente di turno.

Col tempo, per l'effetto di nuove norme, la qualifica di Primario fu sostituita con quella di Direttore, quelle di Aiuto e di Assistente con quella di Dirigente ed anche le responsabilità attinenti alle qualifiche furono diversamente modulate.

Pinuccio Antonucci era un giovane medico che avevo conosciuto a Napoli alla Segreteria della Facoltà di Medicina dove stava perfezionando l'iscrizione al primo anno di corso nello stesso momento in cui io ero andato a consegnare la tesi di laurea. Ci dividevano sei anni di età. In quel primo incontro mi colpì la voglia che aveva di imparare. Infatti mi chiese in quale Istituto si insegnava quella tal cosa, in quale altro quella tale altra cosa e così via, desideroso di apprendere il maggior numero di nozioni possibili nel più breve tempo possibile.



Pinuccio Antonucci

Appena laureato, insensibile alle lusinghe delle mutue e alle pressioni dei mutuati, scelse di fare il medico ospedaliero optando per un futuro fatto di libri, notti in Ospedale ed ansie per la vita dei malati. Era pieno di entusiasmo, molto motivato ed animato da un forte spirito di appartenenza per il reparto. Il pomeriggio studiava i casi clinici che osservava la mattina in Ospedale per poi discuterli con me il giorno successivo. Era un acuto osservatore e un interprete perfetto di quella *observatio et ratio* che costituisce il fondamento dell'arte medica. Ben presto diventò abbastanza esperto nei vari settori della Medicina Interna e della Cardiologia. Esperienza pratica e cultura che gli permisero di avere una splendida carriera ospedaliera. Quando eravamo solo noi due in un reparto di oltre 50 letti svolse una intensa attività divisionale espletando anche molti turni notturni.



Pinuccio Antonucci e **Michele Piancone** alle Giornate Internazionali di Cardiologia organizzate a Bari nel novembre 1974 dal Professor Paolo Rizzon.

Palmino Lipartiti dopo la laurea all'Università di Parma una mattina si presentò in Reparto. Una "cerimonia" breve: "Sono un neo laureato in Medicina... vorrei sapere se c'è la possibilità di essere assunto in questo reparto. Durante il corso di laurea ho frequentato la Clinica Medica dell'Università diretta dal Prof. Carlo Bianchi ed ho collaborato con il Prof. Italo Portioli... Mi sono occupato prevalentemente di Diabetologia e malattie metaboliche. Ho anche intenzione di proseguire gli studi per specializzarmi in Medicina Interna". Era convincente e si vedeva che era una brava persona. Gli dissi che in organico c'era la disponibilità e lo invitai a presentare la domanda di assunzione. Poi ne avrei parlato con l'amministrazione. Mimino Lipartiti col tempo si rivelò una risorsa fondamentale per il reparto. Un medico preparato, affidabile e prudente che per queste sue qualità io ho sempre apprezzato moltissimo. A parte la sua predilezione per la diabetologia se la cavava egregiamente anche nelle situazioni di emergenza cardiologica. Quante volte rassegnato tollerò pazientemente i miei sfottò: "Oggi hai raccolto una anamnesi perfetta... Augusto Murri a Bologna soleva dire ai suoi allievi che Dagnini era il più bravo nel raccogliere l'anamnesi", parole che Mimino ascoltava abbozzando un

sorrisetto di circostanza. Infatti poteva sembrare che gli stessi elargendo il massimo dei complimenti poiché ai tempi di Murri la valentia di un clinico si misurava già dal modo con il quale raccoglieva la storia clinica del malato, ma tra di noi quella frase sottintendeva altre cose... Quando mi trasferii a San Severo, dopo il periodo in cui la responsabilità primaria fu affidata ad Edo D'Antuono, ebbe l'incarico di Responsabile della Divisione di Medicina di Torremaggiore e poi della Lungodegenza.



Palmino Lipartiti

Matteo Marangi fu il terzo medico ad essere assunto. Anch'egli proveniva da Napoli, dall'Università federiciana in cui anche io ed Antonucci avevamo studiato. Dopo un rapido apprendistato fu, come si suol dire, gettato nella mischia. Come tutti gli altri studiava molto e divenne in breve tempo un medico affidabile. Era un grande lavoratore. Durante i turni di notte, se tutto era tranquillo, leggeva gli esami Holter. Allorché Gino Mucedola si ammalò irrimediabilmente, oltre ai suoi turni notturni, si accollò molte volte anche quelli del collega. Era un abile giocatore di tennis. Quando alle sei del mattino andavamo a giocare al Convento dei frati minori nel campetto allestito da Padre Gianonino Tromba, vinceva sempre gli incontri di doppio Marangi-Lipartiti contro Antonucci-Piancone. E anche quelli di singolo. Allora a Torremaggiore non c'erano molti campi da tennis e per noi l'unico orario possibile per giocare era dalle sei alle sette del mattino. Dopo si tornava a casa, doccia e alle otto in Ospedale. Era anche una buona forchetta. Per tutta la durata della nostra vita professionale io e Matteo abbiamo lavorato sempre insieme, anche dopo il nostro trasferimento a San Severo.



Matteo Marangi

Luigi Mucedola era un caro amico che avevo conosciuto a Napoli tra i banchi dell'Università ad una lezione di Microbiologia. Assieme avevamo preparato quasi tutti gli esami del corso di laurea. Poi lui era rimasto all'Istituto diretto dall'Illustre Prof. Vincenzo Monaldi fisiologo di fama internazionale e in quell'Ospedale aveva conseguito la specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio. In seguito dopo un breve periodo trascorso a San Giovanni Rotondo mi aveva raggiunto a Torremaggiore dove per diversi anni, fino alla sua scomparsa, ricoprì l'incarico di Aiuto medico.



Luigi Mucedola

Era un clinico coscenzioso, molto preparato, assai umano, molto disponibile con i giovani medici cui non lesinava consigli ed era dotato di un sottile *humour* anglosassone. Era amato e stimato da tutti, medici, infermieri e ausiliari. Gli piaceva storpiare i nomi della gente. Ad esempio se uno aveva il naso come Nicola Arigliano, lo chiamava "Senti Nicò vieni qua". Ad un infermiere aveva affibbiato l'epiteto di

Battiato per la somiglianza che ci vedeva con il cantante, e lo chiamava: “Battià vieni qua”. Ad Antonietta la chiamava Concettina perché così gli piaceva... Continuò a lavorare anche quando la malattia lo colpì pesantemente.



Gino Mucedola e **Michele Piancone** ad un Congresso di Cardiologia. In prima fila da sinistra Alfredo Palmiello e Pierluigi Prati all'epoca rispettivamente Primario Cardiochirurgo e Primario Cardiologo in Ancona. Gino Mucedola è al centro della seconda fila alla mia destra.

Marinella Rispoli era nata a Torino. Da ragazza si era trasferita a Roma con la famiglia e in quella città aveva proseguito negli studi e si era laureata all'Università La Sapienza. Aveva conservato un inconfondibile accento piemontese. Era molto calma e paziente, virtù cui non di rado doveva fare appello per convivere in un reparto di soli uomini... Spesso la prendevamo in giro dicendole che era stato pubblicato un manuale di medicina molto interessante per i suoi studi, il “Michelazzi Cardiologia per signorine”. Quando c'era da dare spiegazioni a qualche parente petulante di quelli che pongono continuamente domande e ti trattengono a lungo, le dicevamo “Mariné vacci a parlare tu che hai l'accento piemontese...” Una cosa cui molti meridionali erano sensibili. Anche lei, come tutti gli altri, studiava molto ed era un medico molto affidabile, chiara e precisa nell'inquadrare i pazienti.

Una attenta osservatrice che sapeva entrare nella psicologia della gente. Possedeva tutte le doti principali per prendersi cura dei malati, dalla conoscenza all'umanità, dall'ascolto all'attenzione. Per molto tempo tra le altre cose del reparto si dedicò all'ecocardiografia acquisendo una buona conoscenza di quella metodica.



Marinella Rispoli

Per l'esiguo numero di medici, i Dirigenti della Divisione di Medicina per molti anni, oltre ad assicurare i turni di servizio e di pronta reperibilità di 12-24 ore per il loro reparto, assieme a quelli delle altre Divisioni, dovettero anche sobbarcarsi ad espletare turni notturni e festivi di guardia medica per il Pronto Soccorso e per i ricoverati di tutto l'Ospedale. Così infatti stabiliva il DPR 27 marzo 1969 n. 128.

Art. 13. Servizio di pronto soccorso

In ogni ospedale deve essere assicurato un continuo servizio di pronto soccorso, coordinato, su prescrizione del piano regionale, con gli altri presidi sanitari locali.

Il servizio di pronto soccorso deve disporre, in ogni ospedale, di mezzi di trasporto adeguatamente attrezzati, nonché di mezzi necessari alla diagnosi ed alla terapia, anche strumentale, di emergenza.

Negli ospedali di zona il servizio di pronto soccorso può essere espletato, qualora le dotazioni organiche lo consentano, da personale medico e chirurgico appartenente alle divisioni di ricovero.

A quei tempi presi dall'entusiasmo si può dire che vivevamo in Ospedale. Lavoravamo a tempo pieno e non c'erano orologi marcatempo che tenessero. I miei giovani collaboratori erano anche tutti iscritti alle Scuole di Specializzazione e con il

tempo, nonostante i gravosi impegni di lavoro, ognuno di loro conseguì da una a tre Specializzazioni in vari settori della medicina anche se quello di maggiore interesse, in sintonia con l'esperienza clinico-assistenziale, fu il cardiovascolare .

Specializzazioni conseguite dai vari componenti dell'équipe medica del San Giacomo.

Renato Michele Piancone: Cardiologia, Medicina Interna, Malattie Infettive

Giuseppe Antonucci: Malattie Apparato Respiratorio, Cardiologia, Medicina Interna

Palmino Lipartiti: Medicina Interna, Geriatria

Matteo Marangi: Malattie del Fegato e del Ricambio, Reumatologia

Luigi Mucedola: Malattie dell'Apparato Respiratorio

Marinella Rispoli: Geriatria

Palmino Lipartiti, Matteo Marangi e Marinella Rispoli dopo del 1998 conseguirono anche la Specializzazione in Cardiologia.

Eravamo un gruppo affiatato, ci davamo del tu e ci chiamavamo per nome. Frequenti erano le riunioni di reparto. Si partiva dal caso clinico per poi analizzare i vari aspetti di una determinata malattia. Era necessario formare un gruppo ben amalgamato per competenza, obiettivi ed entusiasmo. Ero di stimolo ai miei collaboratori per i loro studi e per l'attività di reparto. Cercavo di trasfondere tutto quello che possedevo in esperienza e conoscenze. L'impegno era incessante.

Nel corso degli anni molti medici parteciparono alla vita del nostro reparto come tirocinanti o come volontari. Tra questi Giuseppe Abbenante, Antonio Celeste, Vinicio Calabrese, Anna Maria Capotorto, Antonio Clima, Alfredo D'Antuono, Mario Di Pumpo, Katia Gualano, Vincenzo Iannaccone, Salvatore Leccisotti, Marina Marino, Silvano Marinelli, Matteo Marolla, Aurora Mirella Matarese, Giuseppina Moffa, Salvatore Muscatelli, Nicola Paolicelli, Fernando Paziienza, Nicola Saccone, Armando Stampanone, Antonio Villani, Matteo Vocale. Il Tirocinio in Ospedale allora era necessario per legge per poter accedere alle varie attività mediche. Con l'andar del tempo divennero tutti professionisti valenti ed affermati.

Alfredo D'Antuono oltre ad essere un bravo medico era anche un ottimo giocatore di tennis, sport che ci accomunava. Con il tempo sviluppò anche la passione per la bicicletta. Come Lipartiti, proveniva da Parma ed era molto attratto dalla diabetologia e dalle malattie del fegato. Terminato il tirocinio fu assunto all'Ospedale di San Severo. Nel 1999 in seguito al mio trasferimento fu nominato Primario medico all'Ospedale di Torremaggiore.

Anna Maria Capotorto era molto precisa nel raccogliere la storia clinica dei pazienti, molto riservata, discreta, disponibile all'ascolto. Dopo il periodo trascorso al San Giacomo fu assunta all'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo dove con grande scrupolosità e dedizione si dedicò alla Oncologia medica. In quell'Ospedale presta tuttora la sua opera di Dirigente del Dipartimento Onco Ematologico.

Mario Di Pumpo era un buon medico sempre disponibile. Un grande lavoratore che spesso dava una mano ai medici strutturati a leggere gli esami Holter, una disciplina che gli piaceva e nella quale aveva acquisito una certa competenza. Era scherzoso, uno di quelli che si definirebbe un buon compagno. Molto sportivo, giocava bene a pallacanestro, la sua passione. Dopo qualche tempo insieme a Giovanni Ariano, suo grande amico, fu assunto in Radiologia in seguito a regolare concorso e in quel Servizio prestò la sua opera fino a quanto fu tradito dal destino.



Mario Di Pumpo

Mirella Matarese giunse in Ospedale nel 1981 appena laureata all'Università di Bologna, l'*Alma Mater Studiorum*, per effettuare il Tirocino post laurea. In seguito prestò servizio nel nostro Reparto per qualche anno come Assistente medico a tempo determinato. Nel 1982-83 insegnò Etica professionale e nel 1984-85 Immunoematologia alla Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio. Successivamente si trasferì alla Clinica Cardiologica dell'Università di Bari per frequentare il corso di Specializzazione in Cardiologia presso il prestigioso Istituto diretto dal Prof. Paolo Rizzon. Nel 1987 conseguì la specializzazione discutendo una tesi sulla *Cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro*. Durante il periodo trascorso al San Giacomo, oltre alla attività di corsia e all'elettrofisiologia, si interessò di ecocardiografia raggiungendo una buona esperienza in quel settore e partecipò all'attività scientifica del reparto pubblicando diversi lavori. Per le sue doti umane e professionali era molto stimata ed apprezzata da tutti. Era un buon medico che sapeva dedicare il tempo necessario alle esigenze del paziente. Era molto scrupolosa e ligia al dovere. Si racconta che durante i turni notturni si fermasse ininterrottamente in Unità Coronarica o in corsia a controllare i malati senza mai recarsi un solo istante nella stanza del medico di guardia per riposare un po'. Tra lo sconforto degli infermieri che, con Michele Turano in testa, avevano programmato per mezzanotte la solita spaghetтата e intorno all'alba cominciavano a perdere ogni speranza di realizzare quel programma... Attualmente Matarese è un apprezzato Cardiologo e un esperto medico di Medicina Generale.



Mirella Matarese

Giuseppina Moffa durante il periodo che frequentò il reparto dimostrò di possedere eccellenti doti umane e professionali. Anche lei proveniva dall'*Alma Mater Studiorum*. Era un ottimo medico, molto accurata nello studio dei casi clinici che le affidavo. Insegnò anche Tecniche Infermieristiche presso la Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio. Dopo il periodo di volontariato in Medicina si specializzò in Igiene e Medicina Preventiva – Orientamento Sanità Pubblica. Dal 2005-2016 è stata Responsabile della struttura semplice Profilassi delle malattie infettive e cronico – degenerative Area di Prevenzione e Sanità Pubblica della A.S.L. della Provincia di Foggia Area Nord. Attualmente è responsabile della Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita Confinati e Collettivi Dipartimento di Prevenzione - SISP.



Giuseppina Moffa

Armando Stampanone frequentò il reparto per qualche tempo. Era un medico scrupoloso nel lavoro. Successivamente si specializzò in Igiene e Medicina preventiva Orientamento Sanità Pubblica presso l'università di Napoli II Facoltà.



Armando Stampanone

Nel 1993 in seguito a concorso pubblico ottenne la qualifica di Coadiutore Sanitario Area funzionale Prevenzione e Sanità pubblica, disciplina Igiene Pubblica. Ha anche insegnato per alcuni anni presso la Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio di Torremaggiore le materie di Medicina sociale, Dietologia, Malattie iatrogene, Principi di Igiene.

Salvatore Leccisotti iniziò a frequentare il San Giacomo nel 1991 e fu affidato “alle cure” di Gino Mucedola che allora si occupava della sezione uomini. Dopo un periodo di interruzione ritornò a frequentare il reparto negli anni 1994-95. Dopo il trasferimento della Cardiologia a San Severo ebbe un incarico di Dirigente e successivamente, in seguito a pubblico concorso per titoli ed esami, fu assunto a tempo indeterminato nella nascente Struttura Complessa di Cardiologia di quell’Ospedale. Da allora e per circa dieci anni è stato uno dei miei collaboratori più preziosi, ha conseguito la Specializzazione in Cardiologia e si è dedicato con successo alla elettrofisiologia ricoprendo il ruolo di responsabile della Unità Operativa Semplice di elettrofisiologia, impianti di pacemaker, aritmologia. Attualmente è uno degli elettrofisiologi più esperti della nostra zona. Si è sempre interessato anche di Cardiologia dello sport. Una persona sincera e leale.



Salvatore Leccisotti

Vincenzo Iannaccone completato il tirocinio fu assunto come Assistente all’Ospedale San Timoteo di Termoli dove dopo alcuni anni ebbe l’incarico di Primario medico.

Katia Gualano era molto precisa e coscienziosa. Dopo il periodo di volontariato in Ospedale si trasferì a Napoli.

Tonino Villani partecipava alle nostre riunioni di aggiornamento. Poi indirizzò i suoi studi verso l'Ortopedia e si specializzò in quella disciplina. Dopo essere stato un valente collaboratore di Giambattista De Luca e di Gino Fantasia, prestò la sua opera prima all'Ospedale di San Severo e poi a quello di Lucera.

Salvatore Muscatelli frequentò per un certo periodo il San Giacomo ed insegnò Dermatologia alla Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio. In seguito conseguì la specializzazione in Dermatologia presso l'Università di Bologna. Attualmente è uno stimato Dermatologo e medico di Medicina Generale.

Matteo Vocale dopo il periodo trascorso al San Giacomo si specializzò in Otorinolaringoiatria presso l'Università di Bologna ed attualmente svolge la sua attività in modo eccellente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia.

Antonio Celeste, Antonio Clima, Vinicio Calabrese, Marina Marino, Silvano Marinelli, Matteo Marolla, Nicola Paolicelli, Fernando Pazienza, Nicola Saccone divennero apprezzati medici di famiglia ognuno nelle proprie città di appartenenza.

Il personale infermieristico

Per molti anni l'organico infermieristico fu costituito esclusivamente da infermieri generici. Gli infermieri professionali scarseggiavano e fino al 1979 non erano ancora abilitati a praticare la terapia endovenosa.

Con l'andar del tempo, sebbene in quantità non adeguata alle esigenze assistenziali, furono immessi in servizio alcuni infermieri professionali.

Lucia Barberini fu la prima ad essere assunta e ben presto si rivelò persona estremamente competente e molto dedita al lavoro. Fumava tantissimo come del resto suo marito Alfonso Calabrese. Barberini è stata sempre una figura emblematica dell'assistenza infermieristica del reparto Medicina-Cardiologia che con lei fece un bel salto di qualità. Per un breve periodo prestò servizio presso il

Laboratorio Analisi poi ritornò nel reparto Medicina-Cardiologia e vi rimase fino al 1999 epoca in cui seguì il gruppo che si trasferì a San Severo.



Ada Lucia Barberini

Il ruolo di Caposala dal 1972 al 1985 fu ricoperto da **Laura Di Pumpo**. Successivamente dal 1985 e fino alla fine del 1998 da Matteo Russo.

Matteo Russo. A novembre del 1980 era stato assunto al San Giacomo come infermiere professionale dopo un regolare Concorso al quale io avevo partecipato in qualità di componente della Commissione. In quella circostanza mi avevano impressionato l'impegno e la concretezza con la quale lui e la moglie Maria, anch'essa candidata, avevano affrontato quella prova superandola agevolmente. Per questo fui molto contento quando iniziò a lavorare nel nostro reparto. Matteo nel 1983 conseguì a Bari il diploma di Caposala e dal 1985, dopo il pensionamento della signora Di Pumpo, svolse le funzioni inerenti a quella qualifica. Nel 1991 vinse definitivamente il concorso di Caposala e da allora è stato sempre il coordinatore dei reparti da me diretti sia a Torremaggiore che a San Severo. L'impegno che Matteo ha per tanti anni posto nello svolgimento delle sue mansioni di coordinatore e la competenza che rapidamente è riuscito a raggiungere districandosi tra delibere e regolamenti sono state determinanti per l'organizzazione delle attività assistenziali del nostro reparto e lo sviluppo della mentalità per il lavoro di équipe in una fase in cui, anche nel settore infermieristico, si stava verificando una progressiva evoluzione culturale e dello svolgimento delle mansioni.



Matteo Russo

Ogni tanto mi viene in mente l'artificio che dovetti escogitare dopo il concorso per farlo assegnare al mio reparto. Poiché si verificava costantemente che ogni qual volta indicavo alla Direzione Sanitaria un infermiere che ritenevo idoneo per il tipo di lavoro del nostro reparto, quella persona, con qualsiasi pretesto, veniva dirottata altrove, avevo imparato ad esprimere parere negativo per gli infermieri che avrei gradito avere. E così anche per Matteo espressi un parere sfavorevole. La stessa cosa feci qualche tempo dopo per Silvio Piancone adducendo il pretesto che quando qualcuno avesse pronunciato la parola Piancone non si sarebbe capito se stessero chiamando me oppure lui. E anche Silvio fu trasferito prontamente nel mio reparto. Quando al Masselli Mascia allestimo la Sala di Emodinamica Matteo Russo con Alberto Forese e Peppino Martino, dopo un adeguato periodo di formazione, rese possibile l'avvio di quella attività.

Carmela Costantino dopo il diploma conseguito alla Scuola per Infermieri Professionali "E. Germano" di Molfetta, nel 1985 iniziò la sua attività al San Giacomo divenendo subito un elemento indispensabile per l'attività del reparto. Infatti aveva doti non comuni ed una personalità che raggruppava valori umani, elevate conoscenze scientifiche ed una singolare abilità tecnica. Era molto preparata e disponibile verso il prossimo. Faceva bene tutto. Fu presto attratta dalla elettrofisiologia e dopo qualche tempo iniziò a collaborare agli impianti di pacemaker. In quella attività eccelse, come del resto in tutte le altre cose. Nel 1999 fece parte del gruppo di "torremaggioresi" che si trasferirono con me a San Severo

per dare vita tra le mura del Masselli Mascia ad un moderno ed efficiente reparto di Cardiologia. In quell'Ospedale è stata per diverso tempo coordinatrice della telecardiologia e dell'elettrofisiologia e tuttora presta servizio. Ha una profonda esperienza in tutti i settori del *nursing* cardiologico e in particolare in quelli della Terapia Intensiva e dell'elettrofisiologia. E' da sempre un prezioso punto di riferimento per tutti: medici, infermieri e malati.



Carmela Costantino

Di seguito furono assunti altri infermieri ma per tutto il periodo 1972-1992, il loro numero, come del resto quello dei medici, rimase comunque inadeguato alle esigenze assistenziali. Uno dei motivi di questa discordanza era l'incessante attivazione di nuovi spazi assistenziali come l'Unità Coronarica o di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche come l'elettrofisiologia, l'ecocardiografia e l'ergometria cui non faceva seguito l'assegnazione di altro personale.

Nel tempo, in servizio di ruolo o con incarichi temporanei, fecero parte dell'organico infermieristico della Medicina-Cardiologia gli Infermieri: Vincenzo Agrimano, Nicola Albanese, Teresa Ametta, Lucia Barberini, Ernesto Borrelli, Filomena Cappucci, Antonio Carlucci, Carmela Costantino, Mario D'Ercole, Lucia De Angelis, Margherita De Matteis, Stefano De Santis, Daniela Di Ianni, Michelangelo Di Ianni, Maria Giuliani, Grazia Iacico, Maria Grazia Lombardi, Teresa Lombardi, Francesco Lotto, Alfonso Manna, Teresa Manna, Giuseppe Martino, Maria Mazzone, Anna Minetti, Marilena Nesta, Roberta Parcesepe, Rosa Patella, Silvio Piancone, Anna Prattichizzo, Maria Grazia Pugliese, Bruno Russo, Luigi Sacco, Vincenzo Saccotelli, Emanuela

Soldano, Fernando Tomaselli, Claudio Tortora, Lucia Tosches, Michele Turano, Silvia Valentini.

Erano tutte persone speciali. Ognuno di loro aveva una caratteristica particolare che li distingueva.

Michele Turano è uno storico infermiere del nostro reparto. Era tra i migliori in tutte le cose ed in più era una persona estremamente sincera, infaticabile e molto umana. Qualche volta collaborava con me fuori dell'Ospedale quando qualche persona amica aveva bisogno. Insieme curavamo un piccolo cardiopatico affetti da morbo di Cooley che per tale malattia aveva bisogno di continue trasfusioni di sangue. Ogni tanto lo sottevamo dicendogli che era uno specialista in prestazioni "gastroenterologiche". Infatti quando occorreva trattare un paziente con un *fecaloma* il suo intervento era insostituibile...



Michele Turano

Aveva un piccolo vezzo: durante i turni di notte, inosservante delle mie disposizioni, se l'aria era tranquilla, soleva preparare una spaghetтата per se e per gli altri colleghi in servizio. Naturalmente io feci sempre finta di non saperne niente. Quando Michelina, una mia carissima amica, al momento della dimissione del padre dall'Ospedale, mi chiese informazioni su Michele per avere un supporto nella assistenza domiciliare del proprio congiunto, io gliene parlai bene, com'era giusto che fosse. Dopo poco tempo si fidanzarono e poi si sposarono.

Luigi Sacco è stato un elemento fondamentale per il nostro reparto. Onesto e responsabile. Organizzato ed affidabile nello svolgimento delle sue mansioni per anni fu assegnato alla sezione uomini. Gino, oltre alle notevoli capacità professionali, è sempre stato una persona molto disponibile e un amico di tutti. Ricordo con simpatia i problemi che Matteo Russo il Caposala doveva risolvere quando si dovevano programmare le ferie del personale poiché quelle di Gino Sacco non dovevano coincidere con quelle di Michele Turano per il fatto che avevano “necessità agricole” differenti: Gino prediligeva il periodo della vendemmia, Michele quello della raccolta delle olive ...



Luigi Sacco

Altre persone indimenticabili sono state Maria Grazia Lombardi e Vincenzo Saccotelli.

Maria Grazia Lombardi era stata trasferita in Medicina dalla Direzione Sanitaria per il suo carattere esuberante. All’epoca il nostro reparto spesso veniva usato per “punire” gli elementi meno remissivi, come se fosse *la Cayenne*, un luogo di espiazione. Per questo ogni tanto, senza nessun preavviso o accordo preliminare, mi vedevo trasferire qualcuno che per un motivo o per l’altro non poteva stare più dove era stato fino ad allora. Indipendentemente dalle attitudini e dal valore professionale. In fondo la Medicina-Cardiologia era sempre un bel reparto... *Promoveatur ut amoveatur*. Presa per il suo verso, Maria Grazia era una persona con la quale ci si poteva intendere. Non appena prese servizio mi disse che era la più brava di tutti nel prendere le vene, motivo per cui la invitai a incannularne una senza usare il laccio. Non ci riuscì, anzi non credeva proprio che una cosa del genere si potesse fare.

Quando di lì a poco gli dimostrai praticamente che si poteva fare, sviluppò nei miei confronti una stima sconfinata. Quando le parlavo cominciavo sempre chiamandola scherzosamente: “Dottoressa Maria Grazia, qua noi due siamo i più bravi di tutti...”



Maria Grazia Lombardi

Vincenzo Saccotelli era un ottimo infermiere di quelli che non si risparmiavano mai. Quando il Pronto Soccorso, per disposizione della Direzione Sanitaria, contro ogni logica spiegazione, era stato ubicato al primo piano dell’Ospedale, in seno al reparto Chirurgia, per anni, in mancanza di un ascensore, insieme ad altri infermieri o ausiliari fu costretto a trasportare i malati barellati attraverso l’unica stretta scalinata che collegava i due piani.



Vincenzo Saccotelli

Enzo è anche stato per anni un competente rappresentante sindacale che ha sempre tutelato gli interessi e i diritti dei suoi rappresentati. Aveva un grande spirito di appartenenza affettiva alla sua organizzazione. Si è spento prematuramente quando finalmente avrebbe dovuto godersi il frutto del suo lavoro.

Francesco Lotto era ed è un ottimo infermiere con una solida esperienza professionale ed una grande disponibilità. Un elemento essenziale per l'assistenza ai malati. Calmo, sorridente, molto professionale. Oltre a svolgere l'attività assistenziale nelle sale di degenza, aiutava i medici nei controlli dei pacemaker e durante lo svolgimento delle prove da sforzo. Qualche volta lo prendevo in giro per la sua omonimia con Antonio Lotto che a quei tempi era un noto Primario cardiologo di Milano... Quando il nostro reparto cominciò a disgregarsi scelse di essere trasferito in Urologia, disciplina dove tuttora presta servizio.



Francesco Lotto

Giuseppe Martino si diplomò a Larino nel 1985 e fu assunto nel nostro reparto per un periodo di otto mesi nel 1988 e successivamente nel 1990. Ha sempre svolto il suo lavoro con passione e con grande competenza tecnico-professionale. Un elemento molto importante destinato a ricoprire ruoli di responsabilità sempre più elevati. Peppino nel 1999 si trasferì con altri infermieri a San Severo dove nella

Divisione di Cardiologia evidenziò abilità nel gestire attrezzature medicali e capacità di organizzare il lavoro e dove è stato un pioniere del *nursing* in emodinamica.



Giuseppe Martino

Silvia Valentini fu assunta nel nostro reparto nel 1985 dopo essere stata in altre strutture. Proveniva da Roma, città in cui si era diplomata alla Scuola per Infermieri Professionali della “Clinica San Giuseppe”. Era una persona molto buona e competente. Si distingueva per la dedizione al lavoro che credo abbia sempre considerato più di una semplice professione, quasi una vocazione spirituale. Come una missione.



Silvia Valentini

Maria Giuliani oltre ad essere brava e coscienziosa era molto dinamica e precisa. Non stava mai seduta e rispondeva alle chiamate con una velocità unica. Per questa sua caratteristica mi risulta che ogni tanto la Caposala Di Pumpo, che era un tipo piuttosto sedentario, le diceva: “Mariella ma chi te lo fa fare”. Voci di corridoio...



Maria Giuliani

Filomena Cappucci era molto professionale e disponibile. Una persona estremamente tranquilla e leale, affezionata a tutti, colleghi e medici e molto altruista. Possedeva buone capacità operative e tecniche che evidenziava nella pratica quotidiana.



Filomena Cappucci



Alcuni componenti della équipe medico-infermieristica della Divisione di Medicina-Servizio di cardiologia dell'Ospedale "San Giacomo". Sono riconoscibili in alto i medici **Marinella Rispoli**, **"Mimino" Lipartiti**, **Michele Piancone**, **"Pinuccio" Antonucci**, **"Gigino" Mucedola** rispettivamente prima, secondo, quarto, ultimo a destra. Gli infermieri **Francesco Lotto** e **Alfonso Manna** quinto e settimo. Nella fila intermedia da sinistra gli infermieri **Maria Giuliani**, **Giuseppe Russo**, **Teresa Lombardi**, **Michele Turano** e **Michelangelo Di Ianni**. In basso da sinistra **Gino Sacco**, **Matteo Russo**, **Filomena Cappucci** e **Carmela Costantino**.

Teresa Ametta oltre ad essere una brava infermiera era una persona dalla fede incrollabile che visse la sua professione con dedizione assoluta e scelse di diventare missionaria.



Teresa Ametta

Altre persone indimenticabili sono: **Peppino Russo**, tifoso del Milan che è riuscito a convivere per anni con un primario interista e che in più simpatizzava per il Napoli di Maradona, **Alfonso Manna**, **Vincenzo Agrimano**, **Teresa Lombardi**, **Ernesto Borrelli**, **Mario D'Ercole**, **Daniela Di Ianni**, **Michelangelo Di Ianni**, **Maria Mazzone**, **Marilena Nesta**, **Emanuela Soldano**, **Fernando Tomaselli** detto *Thomas*, **Roberta Parcesepe**, **Maria Grazia Pugliese**. Persone precise ed esperte. Tutti ebbero sempre la stima incondizionata e l'affetto di un Primario che non é mai riuscito a trovare il tempo necessario per lodarli come meritavano.



Peppino Russo



Daniela Di Ianni



Fernando Tomaselli



Carmela Costantino e **Alfonso Manna** in un momento di relax.

Negli anni Ottanta alcuni infermieri generici da tempo in servizio, dopo aver partecipato a un corso di riqualificazione per infermieri professionali, furono inquadrati in quel ruolo. Queste persone raccoglievano i frutti di tanti anni di lavoro svolto in condizioni disagiate durante il quale spesso, di fatto, avevano svolto mansioni da infermiere professionale. Una attività prestata con entusiasmo senza della quale non sarebbe stato possibile mandare avanti il reparto.

Gli ausiliari

Sebbene poco numerosi, in un'epoca in cui le ASL non erano ancora use stipulare convenzioni con imprese di pulizia, svolsero per anni un lavoro duro ed estenuante per mantenere ordine e pulizia in un reparto caratterizzato da una affluenza incredibile di malati a tutte le ore.

Domenico Ametta, Antonietta Cifardi, Silvano Di Ianni, Giuseppe Fontana, Lucia Fratello, Lucia Sasso, Emma Schiavone, Anna Vino, Maria Volgarino diedero molto al reparto pur disponendo di mezzi limitati. Erano persone assai operose, molto apprezzate da me amante dell'ordine e della pulizia.



In alto da sinistra **Lucia Sasso, Antonietta Cifardi, Silvano Di Ianni** e **Domenico Ametta**.
In basso da sinistra **Giuseppe Fontana, Anna Vino** ed **Emma Schiavone**.

I contrasti tra i reparti

Come negli anni precedenti, tra i vari reparti dell'Ospedale continuarono gli attriti per motivi riguardanti fundamentalmente l'organizzazione del San Giacomo e i limiti che si volevano porre allo sviluppo della Cardiologia.

Era difficile ottenere apparecchiature cardiologiche. Per contro erano frequenti le notizie di attrezzature mediche che giacevano inutilizzate negli scantinati di altri ospedali.

Purtroppo c'era anche il fatto che il San Giacomo, nonostante i dati concernenti i ricoveri e gli ottimi indici di utilizzo noti a tutti, era pur sempre classificato come un piccolo Ospedale, motivo per cui i finanziamenti per le attrezzature erano sempre molto limitati.

Poi accadeva che al momento dell'utilizzo dei pochi fondi erogati dalla Regione sorgevano quasi sempre divergenze sulla loro ripartizione tra le varie Divisioni dell'Ospedale. La parte più cospicua, con il parere favorevole del Direttore Sanitario-Primario Chirurgo e del Consiglio dei sanitari, il più delle volte veniva assegnata alla Chirurgia o a qualche altro reparto e impiegata per l'acquisto di una nuova lampada scialitica o di un lettino operatorio o di qualche strumento chirurgico nonostante la più che sufficiente e spesso inutilizzata dotazione esistente. Insomma per qualsiasi differente scopo fuorchè per il potenziamento della Cardiologia. Bisognava combattere delle vere e proprie battaglie. Le difficoltà nell'assistere i malati erano enormi perché lo scibile e le tecnologie cardiologiche progredivano rapidamente.

Per contro in altri reparti giacevano apparecchiature inutilizzate. Un gastroscopio restò per lungo tempo custodito in un armadio della Sala Operatoria nonostante la disponibilità di un medico ad usarlo. I malati che necessitavano di esami gastroscopici venivano inviati dal San Giacomo negli ospedali limitrofi con l'unica sgangherata ambulanza disponibile.

Questi ed altri motivi scavarono un solco sempre più profondo tra i responsabili dei due principali reparti dell'Ospedale, la Medicina e la Chirurgia. La Medicina-Cardiologia avrebbe voluto un maggiore sviluppo, proprio e degli altri settori del San Giacomo, attraverso una programmazione delle risorse che consentisse nel tempo il

potenziamento dell'esistente e l'attivazione di altri Servizi. Si pensava che un Ospedale più moderno e di dimensioni maggiori sarebbe stato più rispondente alle esigenze dei malati e avrebbe raggiunto i requisiti necessari per ottenere in seguito una qualifica superiore a quella di Ospedale zonale. Se si fosse operato in tal senso, negli anni successivi sarebbe stato molto difficile sopprimere il San Giacomo.

Altri invece perseguivano la conservazione dell'esistente. Per questo non fu mai preso in considerazione un progetto di sviluppo dell'Ospedale. Forse si pensava di non avere la forza politica necessaria per attuarlo oppure non si voleva superare quel limite dei 250 posti letto...

Verso la fine del 1981 decisi di lasciare il San Giacomo. Avevo vinto il concorso per Primario di Medicina Generale all'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo. Tornai in quell'Ospedale ancora per qualche mese cercando di dedicare all'Opera di Padre Pio le mie migliori energie ma alla fine rinunciai all'incarico. Ero ormai definitivamente attratto soltanto dal mio piccolo Ospedale di Torremaggiore che stavo aiutando a crescere e dal quale non riuscivo a distaccarmi.



Con l'andar del tempo da parte di molti medici e dipendenti dell'Ospedale di Torremaggiore si cominciò ad avvertire la necessità di una Direzione Sanitaria "neutrale" ma questa decisione non fu mai presa. La giustificazione addotta una volta da un politico di parte fu che la introduzione nella pianta organica di un'altra unità medica, quella appunto di Direttore Sanitario, avrebbe comportato una maggiore spesa e appesantito il conto economico dell'Ospedale. Comunque tutto rimase immutato fino al 1992.

Quando possibile, cercavo di tener fuori i miei collaboratori dalle polemiche che frequentemente sorgevano tra la Medicina e gli altri reparti. Alle otto del mattino, prima della visita, li esortavo più o meno sempre con le stesse parole: "Disinteressatevi di tutto quello che di strano accade intorno a noi, concentriamoci solo sulla nostra attività... facciamo conto che stiamo lavorando a Milano". Al Niguarda a quei tempi c'era la più importante Divisione italiana di Cardiologia.

Eppure in quel periodo, sebbene fra tante difficoltà, in un Ospedale scarsamente propenso al cambiamento, con la forza del nostro lavoro e l'impegno di alcuni Amministratori, riuscimmo ad espandere la Cardiologia ad un livello incredibile e ad attivare l'Unità Coronarica, l'elettrofisiologia, l'ecocardiografia, l'elettrocardiografia dinamica secondo Holter e l'ergometria. Riuscimmo anche ad ottenere un primo apparecchio per telecardiologia col quale collegammo le Isole Tremiti al San Giacomo.

Stavamo vivendo la straordinaria avventura di vedere nascere la Cardiologia dalla grande matrice della Medicina Interna, di poterne seguire di pari passo gli straordinari progressi tecnologici e terapeutici e, pionieri nella nostra zona, di poterla praticare e seguirne l'evoluzione.

L' Unità Coronarica

Verso la fine degli anni Settanta la Regione Puglia assegnò all'Ospedale San Giacomo un carrello di terapia intensiva marca *Roche* dotato di monitor ECG, elettrocardiografo, stimolatore cardiaco e defibrillatore. Era un modello altamente affidabile costruito nelle officine *Marcel Dassault* di Parigi, le stesse che assemblavano le componenti elettroniche degli aerei *Mirage*.

Finalmente anche negli ospedali della nostra zona, tra le varie apparecchiature, cominciavano a comparire strumenti salvavita da sempre assenti nell'armamentario terapeutico. Quel carrello, in attesa che venisse stabilito il reparto cui destinarlo, rimase per qualche mese inutilizzato nella stanza antistante alla sala operatoria. Così era stato deciso dalla Direzione Sanitaria. Dopo l'intervento del Presidente dell'Ospedale, il carrello venne assegnato definitivamente al reparto Medicina per essere utilizzato a favore dei cardiopatici.

L'acquisizione di quell'apparato per l'emergenza segnò una svolta importante nell'assistenza ai cardiopatici poiché finalmente i malati con infarto miocardico o altre sindromi coronariche acute o con aritmie cardiache, a differenza di quanto accadeva negli Ospedali limitrofi, nel nostro reparto potevano essere monitorizzati e seguiti ininterrottamente per ventiquattro ore (H 24).

Per rendere operativo quel carrello, nonostante l'ostracismo di una certa parte dell'Ospedale, attrezzammo una stanza per la sorveglianza e le cure cardiologiche intensive. Per l'esiguità dell'organico, i sacrifici di tutta la équipe medico-infermieristica divennero più gravosi ma furono affrontati con la dedizione di sempre. Gli sforzi profusi quotidianamente con passione e professionalità da tutto il *team* medico-infermieristico erano ripagati dalla soddisfazione per i continui successi.

La disponibilità di quel carrello di lì a poco rese possibile, sebbene in modo avventuroso, il primo impianto di pacemaker del San Giacomo.

Si era ricoverata d'urgenza una anziana signora con meno di 35 battiti cardiaci al minuto a causa di un blocco cardiaco totale. La situazione era veramente grave. Le crisi di MAS ("Morgagni-Adams-Stokes"), come vengono definite dai cardiologi, erano frequenti.

Era necessario impiantare un pacemaker. Non si poteva attendere oltre. Ma in provincia di Foggia non si facevano tali interventi. Il centro più vicino a quei tempi era Bari, dal Prof. Rizzon al Policlinico. Allorquando fu prospettata questa necessità i parenti si dissero disponibili ma l'anziana signora rifiutò perentoriamente il trasferimento dichiarando che avrebbe preferito piuttosto morire che spostarsi. A quel punto di fronte all'evidenza dei fatti realizzai che, disponendo di un monitor, di

uno stimolatore e dell'amplificatore di brillantezza dell'Ortopedia, avremmo almeno potuto inserire nel cuore di quella donna uno stimolatore temporaneo.

Ma al nostro armamentario mancava proprio il catetere temporaneo. Telefonai a Bari al Prof. Rizzon, Direttore della Clinica Cardiologica universitaria, e concordammo che tramite una staffetta della Polizia Stradale mi avrebbe mandato tutto l'occorrente, catetere e introduttore. Al casello autostradale di San Severo si sarebbe fatta trovare la nostra ambulanza. E così si fece. L'intervento fu eseguito, la signora si salvò, successivamente venne sottoposta all'impianto definitivo e visse ancora per molti anni.

Per poter effettuare quel primo impianto avevamo dovuto organizzare d'urgenza una "Sala di elettrofisiologia" trasformando temporaneamente una medicheria.

Tommaso Clema l'elettricista dell'Ospedale, ne aveva curato con grande disponibilità l'isolamento elettrico, che aveva improvvisato agganciando i fili ai termosifoni o al lavandino. Per questo era entrato di diritto a far parte dell'équipe di elettrofisiologia. Infatti, in caso di bisogno, senza di lui non si poteva procedere.



Tommaso Clema

Ake Senning nel 1958 nell'impiantare, primo al mondo, un pacemaker aveva senz'altro operato con minore trepidazione.

A quel punto, sulla scia dell'entusiasmo, cominciammo a pensare seriamente alla possibilità di allestire una vera e propria Unità Coronarica. In quel periodo in provincia di Foggia non ce n'erano ma, in un contesto come quello del San Giacomo, solo a pensare di proporre una struttura del genere si rischiava di passare per matti.

Eppoi bisognava vincere le solite forti resistenze interne. Infatti quando proposi di trasformare alcuni posti letto della Divisione di Medicina, da 4 a 6, per dare corpo all'Unità Coronarica, la Direzione Sanitaria espresse parere sfavorevole escludendo categoricamente che il San Giacomo potesse ospitare una struttura di quel tipo. Il motivo che si adduceva era che, negli Ospedali di zona, l'Art. 31 del DPR 27 marzo 1969 n. 128 disponeva che la Divisione di Medicina generale espletasse solo il Servizio di Cardiologia, cioè la visita cardiologica e l'elettrocardiogramma.

Art. 31. Servizio di cardiologia

Negli ospedali di zona il servizio cardiologico è di regola aggregato alla divisione di medicina ed espleta le indagini diagnostiche cardiovascolari, ad eccezione di quelle emodinamiche comportanti cateterismo cardiaco, e le terapie elettriche di competenza; esplica inoltre il servizio ambulatoriale.

La diatriba verteva anche sulla interpretazione che la Direzione Sanitaria dava del citato articolo sostenendo che esso negli ospedali di zona vietava l'impiego delle terapie elettriche, motivo per cui era inutile allestire una Unità Coronarica .

A mio parere invece tale norma andava interpretata nel senso che il Servizio di Cardiologia poteva espletare tutte le indagini diagnostiche e le terapie elettriche di competenza tranne le indagini emodinamiche comportanti cateterismo cardiaco a scopo diagnostico. Insomma la disposizione escludeva l'impiego del cateterismo cardiaco a scopo diagnostico ma non la possibilità di usare un defibrillatore in caso di infarto miocardico complicato da fibrillazione ventricolare oppure di inserire un pacemaker in caso di blocco cardiaco.

Come sembrano assurde quelle dispute sulle terapie elettriche negli ospedali di zona oggi che, grazie alle lotte sostenute per decenni dai cardiologi, i dispositivi salva vita finalmente sono presenti dappertutto, sulle ambulanze, negli stadi e perfino nei supermercati e che le tecniche di BLS e della defibrillazione precoce si sono definitivamente affermate, potendo essere praticate financo per istrada da personale laico debitamente addestrato.

Quella inesatta interpretazione dell' Art. 31 fu l'appiglio che per qualche tempo alimentò gli oppositori del nostro progetto Unità Coronarica, fino a quando, cedendo alle mie pressanti richieste, l'Amministratore dell'epoca Prof. Pasquale

Ricciardelli, confortato anche dall'opinione favorevole del compianto comune amico Avv. Matteo Colangelo, decise che fosse realizzata.

Teino Colangelo era un mio compagno di liceo ed un fraterno amico. Godeva della stima incondizionata di Ricciardelli di cui era un valido collaboratore. Si interessava profondamente dei bisogni della gente ed era convinto che l' Ospedale non potesse essere costituito da un solo reparto, quello chirurgico, o peggio da una sola persona ma che, nell'interesse della popolazione, si dovessero allestire e mettere in condizioni di operare al meglio tutte le specialità e tutti gli operatori.



Il Prof. **Pasquale Ricciardelli** L'Avv. **Matteo Colangelo**

D'altra parte non si poteva più ignorare il credito che ormai il nostro reparto riscuoteva per cui continuavano a ricoverarsi cardiopatici di ogni tipo e gravità: infartuati, pazienti con scompenso cardiaco o con gravi aritmie o altro. Il reparto Medicina stava progressivamente prendendo i connotati di una vera Cardiologia.

La Regione Puglia inviò alcuni funzionari per verificare le condizioni in cui effettivamente operavamo. Dopo di che elargì un finanziamento di 6 milioni di vecchie lire, destinato esclusivamente alla Cardiologia, con il quale fu possibile trasformare una grossa sala di degenza del reparto Medicina in una Unità Coronarica di quattro letti con monitoraggio centralizzato.

Il Geometra Luigi Chiarelli, all'epoca ricoverato nel nostro reparto nella stessa stanza con il comune amico Dott. Domenico D'Amore, durante la degenza abbozzò un primo progetto che poi fu sviluppato definitivamente nelle sedi opportune dall'Ing.

Massarotti e messo in opera dalla impresa Landella. L'Architetto Liliana Chiarelli di concerto con noi suggerì i colori più idonei per il pavimento antistatico e le pareti delle sale. Azzurro il pavimento, celeste chiaro la sala di degenza, gialla la sala in cui era ubicata la centrale di monitoraggio.

Il San Giacomo aveva finalmente una vera Unità Coronarica di 4 posti attrezzata con monitor per ogni letto, monitoraggio centralizzato, defibrillatori e tutto l'occorrente per l'elettrostimolazione cardiaca. Uno dei defibrillatori per via del colore rosso dell'involucro era stato ribattezzato con l'epiteto di "barone rosso". Sul suo lato, quasi fosse la fusoliera di un caccia, ogni volta che con il suo impiego riuscivamo a salvare una vita, applicavamo un adesivo con la data dell'evento. Eravamo tutti molto giovani, con l'entusiasmo alle stelle.



A sinistra: schema della Unità Coronarica del San Giacomo. M= monitor, L= letto, D = defibrillatore C= centrale di monitoraggio, T=Toilette. La zona filtro era munita di citofono collegato con tutti i posti letto per consentire la comunicazione con il paziente. A Destra la centrale di monitoraggio e l'Infermiera **Carmela Costantino**.

Quella piccola Unità Coronarica, sebbene allestita con pochi mezzi, possedeva tutti i requisiti generali, specifici e tecnologici previsti dalla normativa allora vigente. Era collocata in contiguità con l'area di degenza ordinaria. Gli ambienti di degenza erano organizzati tipo *open space* con possibilità di operare a 360° intorno ad ogni

letto. Era dotata di spogliatoio e zona filtro per visitatori. Ogni letto era munito di monitor, trave testata, presa per ossigeno, prese di corrente 220 V, presa interbloccata per apparecchi RX portatili, prese di terra equipotenziali, barra porta strumenti con lampada a braccio, misuratore a 2 vie di pressione invasiva, portata cardiaca, ossimetria, pompa a infusione, elettrocardiografo a uno e tre canali, allarme per la deconnessione del paziente. In sala erano presenti due defibrillatori più carrello di emergenza con pace-maker temporaneo completo di accessori, respiratori Bird e Bennett, aspiratori per bronco aspirazione, un diafanoscopio. I letti consentivano l'impiego dell'amplificatore di brillanza.



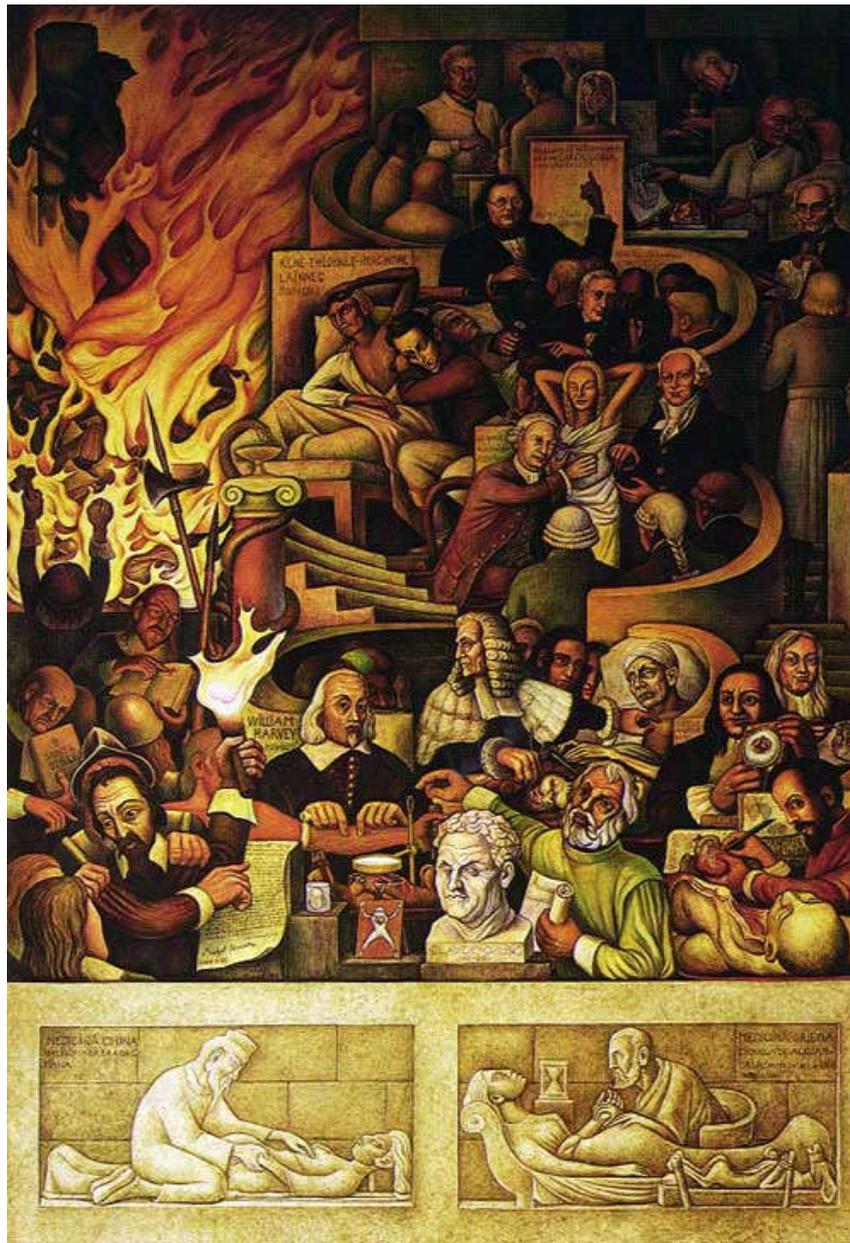
Monitor 103 marca Roche in dotazione all'Unità Coronarica dell'Ospedale San Giacomo.

In quella occasione Ricciardelli, su nostra richiesta, ci regalò una riproduzione formato gigantografia del celebre *mural* di Diego Rivera che adorna l'Istituto Nazionale di Cardiologia di Città del Messico e che raffigura gli uomini più rappresentativi della cardiologia di tutti i tempi, da Galeno a Malpighi a Morgagni ad Harvey, lo scopritore della circolazione, a Skoda che per primo interpretò i suoni del cuore, a Laennec il più grande internista del passato ed altri. La copia del celebre dipinto fu collocata sulla parete principale della sala centrale che divideva le due sezioni del reparto: la degenza donne da quella uomini. Attualmente nell' "ex San Giacomo" non c'è più nessuna traccia di quel quadro.

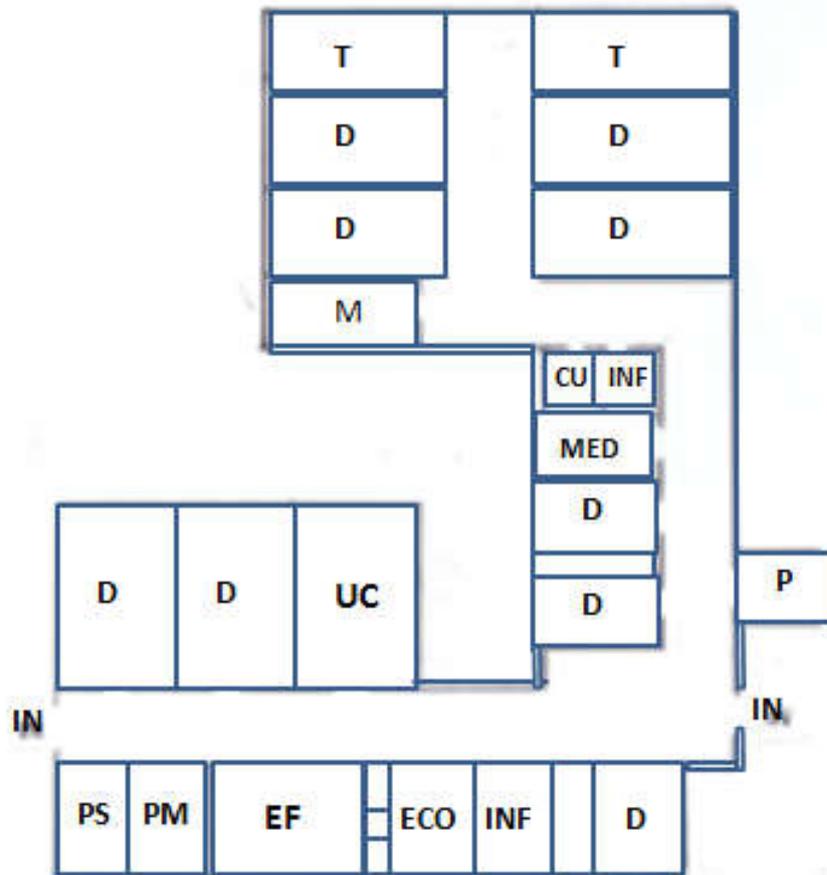
Con quel murale l'autore aveva voluto ricordare ai cardiologi contemporanei il passato con la sua grande lezione di modestia e di stimolo che non possono essere ignorate da un Istituto cardiologico proteso verso il futuro. Questo concetto

affascinava le nostre giovani menti di Cardiologi. Ignacio Chávez, Enrique Cabrera, Demetrio Sodi Pallares erano allora maestri di riferimento per i cardiologi di tutto il mondo.

Da quell'uomo di cultura che era, Pasqualino Ricciardelli aveva percepito perfettamente quale fosse la tensione spirituale che ci animava.



Diego Rivera. Primo murale cardiologico. Instituto Nacional de Cardiologia de Ciudad de México. Una riproduzione gigantografica adornava una intera parete della sala di ingresso della Divisione di Medicina-Cardiologia dell'Ospedale San Giacomo.



Pianta della Divisione di Medicina-Cardiologia dagli anni Settanta al Duemila. La Struttura era ubicata a pianterreno. Il blocco anteriore corrispondeva alla facciata anteriore dell'Ospedale. D = stanze di degenza; PM = sala controlli pacemaker; PS = sala prove da sforzo; EF = sala di elettrofisiologia; ECO = sala di ecocardiografia; UC = Unità Coronarica; P = stanza del Primario; MED = medicheria; INF = Infermieri; CU = cucinetta; M = magazzino; T = toilette; IN = ingresso. (La foto che raffigura la facciata dell'Ospedale è tratta dall'Archivio fotografico di www.torremaggiore.com).

Con l'entrata in funzione della Unità Coronarica i carichi di lavoro aumentarono ulteriormente. In pratica stavamo quasi sempre in Ospedale.

Sebbene l'organico medico fosse carente, organizzando i turni di servizio secondo le necessità assistenziali, con l'impegno di tutti e senza usufruire di straordinari o di riposi compensativi, insomma senza alcuna spesa aggiuntiva, fu dato avvio alla nuova attività. Antonucci, Lipartiti, Marangi, Mucedola e Rispoli fecero in quegli anni un numero considerevole di turni notturni per assistere i malati infartuati. Dopo il turno di notte restavano in servizio anche la mattina successiva per le necessità del reparto. Spesse volte, quando era necessaria la mia presenza, anche io mi fermavo in Ospedale per molte ore della notte.

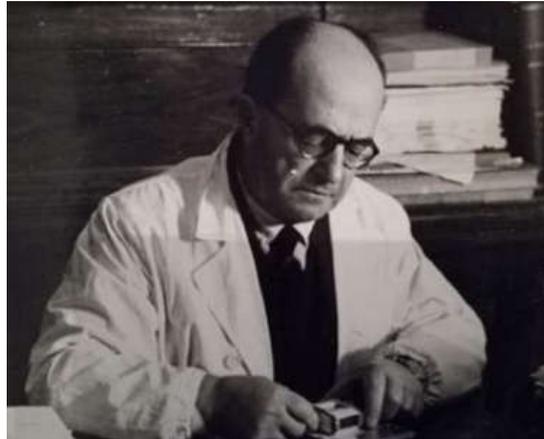
Eravamo pervasi da un intenso sentimento di partecipazione. Vigeva la regola che " se si deve fare, si deve fare". Eravamo consapevoli che stavamo offrendo ai malati del nostro territorio prestazioni che altri Ospedali più grandi avrebbero attivato solo dopo diversi anni. Nella nostra zona eravamo dei pionieri e ci impegnavamo a fondo per implementare sempre nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche.

I turni di lavoro, sebbene anche l'organico infermieristico fosse numericamente scarso, erano organizzati, non senza disagi, secondo le specifiche esigenze di servizio. L'articolazione omogenea UTIC-reparto doveva assicurare che fossero presenti almeno 2 infermieri nelle 24 ore e doveva essere garantita la presenza continuativa nelle 24 ore di un cardiologo, condiviso con il reparto clinico di degenza.

Soltanto parecchio tempo dopo, negli anni Novanta, furono assunti altri cinque medici con incarichi semestrali che venivano periodicamente rinnovati.

In quella Unità Coronarica il Prof. **Salvatore Ciaccia** trascorse gli ultimi giorni della sua vita. Quando si era sentito male ero andato a visitarlo nella sua casa di Contrada Cisterna e per la gravità delle condizioni ne avevo disposto il ricovero. Oltre all'infarto era affetto da un'altra seria patologia che contribuì a metter fine ai suoi giorni. In quella sala durante la degenza ebbe la gioia di ricevere la visita dei suoi antichi allievi, da Bancale che gli era subentrato nella conduzione del reparto Ortopedia da lui fondato e per tanti anni diretto a Foggia, a Di Battista di Torremaggiore, all'epoca Primario ortopedico a San Severo. Passò a miglior vita alle prime luci dell'alba del 22 novembre 1981 all'età di 86 anni. Di buon mattino,

com'era nelle sue abitudini. Come quando si recava prima in campagna e poi in Ospedale per operare.



Il Prof. **Salvatore Ciaccia** (1895-1981) fondatore, Primario chirurgo ortopedico e Direttore Sanitario dell'Ospedale San Giacomo dal 1937 fino al 1965.

Allorché gli presi istintivamente il polso, la sua mano era gelida. Per un istante la mia mente si tuffò nel passato quando l'Ortopedico famoso, il mito, attraversava con la sua Lancia Aurelia il viale della pineta per recarsi in Ospedale. Quante volte quella presenza aveva conquistato la mia attenzione di ragazzo attratto dalla Medicina che, vedendolo passare, si mescolava coi parenti degli operati per entrare in Ospedale ad osservarlo. Quanti malati quelle mani fredde e immobili avevano salvato quando il San Giacomo era ancora un vecchio convento adattato a luogo di ricovero e lui un giovane medico rispettato e temuto. Non riuscivo a distaccarmi.

L'attività continuò incessante. La disponibilità di una Unità Coronarica rese possibile il primo impianto di pacemaker permanente del San Giacomo. Il dispositivo era un *Medtronic VVI*. Poi seguirono altri impianti di pacemaker di tutte le marche dai *St Jude* ai *Sorin*, ai *Guidant* ai *Biotronik* ed altro.

Ormai eravamo entrati a far parte di quell'esiguo numero di pionieri della elettrofisiologia in Puglia cosa che ci spronava ad attrezzarci sempre di più per poter fronteggiare i casi che con gravità crescente affluivano al San Giacomo.

Un giorno fu la volta di **Savino Scarlato** l'Economo del nostro Ospedale. L'intervento non fu semplice ma tutto andò per il meglio. Savino era una persona straordinaria. Sempre disponibile e leale con tutti. Spesso doveva mediare nelle diatribe tra i

reparti e ogni volta lo faceva egregiamente. Era anche un appassionato cacciatore e sapeva tutto dei cani da caccia cui spesso mozzava la coda adducendo la spiegazione che durante l'attività venatoria la coda può rompersi e causare all'animale problemi a volte anche seri. Per questi suoi interventi di *caudotomia* spesso gli dicevo che era uno dei migliori chirurghi che stavano in giro... Quando capitava l'occasione mi raccontava qualche storia dei vecchi tempi del San Giacomo. Come quando Ciaccia e Di Battista insieme ad altri amici si recavano alle Isole Tremiti per gustare il pesce e ne consumavano talmente tanto che i pescatori del posto vedendoli arrivare li chiamavano "i delfini".

Un'altra volta mi raccontò che Ciaccia quando riduceva le lussazioni preferiva farlo al buio per cui gli ordinava di mettersi vicino all'interruttore della sala gessi ed a un suo cenno di spegnere la luce. Era simpaticissimo. E comunque molto concreto ed efficiente nell'espletamento delle sue mansioni.



Savino Scarlato

L'ecocardiografia

Il progresso della cardiologia era rapido ed incessante. Dopo gli studi di Harvey Feigenbaum l'ecocardiografia si stava rapidamente diffondendo in tutto il mondo e molti giovani cardiologi si recavano nel suo laboratorio al *Krannert Institute* nell'Indiana per affinare la metodica. Aveva scritto un piccolo manuale ricco di informazioni che presto diventò celebre in tutto il mondo ed era coadiuvato da una tecnica (oggi si direbbe *sonografer*) eccezionale, Sonya Chang, che a sua volta

scrisse un testo di ecocardiografia per i suoi colleghi tecnici ma che era molto consultato anche dai cardiologi. Entrambi questi libri erano presenti nel piccolo armadio-biblioteca del nostro reparto ed erano oggetto di continua consultazione. Nel 1974 la SIEC (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare) organizzò a Bologna il I° Corso teorico-pratico di Ecocardiografia e nello stesso anno, ad ottobre, tenne a Milano, presso l'Ospedale di Niguarda, il I° Congresso Nazionale.

In Puglia i primi ecocardiografi erano stati messi in funzione al Policlinico di Bari negli anni Settanta. Uno presso la Cardiologia universitaria diretta da Rizzon, l'altro nel reparto di Cardiologia ospedaliera per merito di Luigi Colonna e di Italo De Luca. Spesso questi Cardiologi organizzavano convegni per diffondere anche nella nostra zona la conoscenza dell'ecocardiografia. Gli apparecchi dell'epoca consentivano di eseguire solo esami A-mode ed M-mode ma era già un progresso notevole per la diagnostica cardiologica. Sebbene la tecnica non consentisse di visualizzare la vera anatomia del cuore, era comunque possibile formulare delle diagnosi allora impensabili, dalla stenosi mitralica al mixoma cardiaco. Inoltre potevano essere diagnosticati con certezza i versamenti pericardici e i vizi delle valvole cardiache. La scansione B-mode in tempo reale, comunemente chiamata ecocardiografia "cross-sectional" o bidimensionale, il "Doppler" ed il "Color" non esistevano ancora. Sarebbero stati disponibili dopo qualche anno per merito di Gramiak, Nanda, Kratochwill ed i suoi associati, Ebina, King, e del gruppo di Nagayama.

Era ormai necessario adeguare le potenzialità diagnostiche del nostro reparto alle possibilità che il progresso offriva per cui era più che mai indispensabile acquistare un ecocardiografo. Ma c'era sempre il problema di come reperire i fondi.

Di lì a poco però con i proventi di una donazione fu possibile acquistare un ecocardiografo M-mode marca *E for M*. Una attrezzatura di avanguardia per quei tempi. Il primo in provincia di Foggia.

Un benefattore, il Signor **Gustavo Iovine**, con un lascito testamentario donò all'Ospedale 160 milioni di lire per attrezzature mediche specificando che larga parte di quella somma dovesse essere utilizzata per l'acquisto di apparecchiature cardiologiche. Dopo l'ennesima diatriba su come suddividere quella somma tra i vari reparti, fu possibile acquistare con circa un terzo di quella donazione il tanto sospirato ecocardiografo. Si trattava di un modello che oltre alla funzione M mode

incorporava un poligrafo per mezzo del quale fu possibile eseguire esami policardiografici e i nostri primi studi elettrofisiologici con la registrazione dei potenziali intracavitari e del fascio di His.

Qualche anno dopo acquistammo anche un ecocardiografo *Toshiba 220* con il quale fu possibile iniziare ad eseguire anche esami B-mode, doppler e colordoppler.

L'elettrocardiografia dinamica (Holter)

A partire dagli anni Settanta il progresso della aritmologia cardiaca fu rilevante.

I congressi internazionali organizzati in Puglia, a Riva del Sole, da Rizzon e collaboratori consentivano ai cardiologi pugliesi di confrontarsi con i più esperti aritmologi del mondo da Antoni Bayes de Luna dell' *Hospital de Sant Pau* di Barcellona, a Philippe Coumel dell' *Hôpital Lariboisière* di Parigi, uno dei padri fondatori della aritmologia moderna, a Michel Mirowski del *Johns Hopkins Hospital* di Baltimora, l'inventore del defibrillatore impiantabile, a John Camm del *St. George's University* di Londra, al tedesco Helmut Klein, a Guy Fontaine dell' *Hospital de la Pitié-Salpêtrière* di Parigi, a Francesco Furlanello di Trento ed altri.

La registrazione dell'elettrocardiogramma delle 24 ore consentiva in certi pazienti di ottenere reperti molto importanti per la diagnosi e la terapia dell'aritmia. L'Holter ormai era diventato uno strumento indispensabile.

Con l'acquisto di un apparecchio *Oxford* fu possibile iniziare anche al San Giacomo l'attività di elettrocardiografia dinamica. Il locale in cui era ubicato l'apparecchiatura possedeva tutti i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per i laboratori di elettrocardiografia dinamica. Alla nuova attività si dedicarono tutti i medici ed in particolare Antonucci, Marangi, Matarese, Piancone e Rispoli.

L'ergometria

In quel periodo nel nostro reparto fu organizzato anche un laboratorio per le prove da sforzo confacente ai requisiti minimi indicati dagli Standard e VRQ per i laboratori di ergometria. Era dotato di un cicloergometro a freno elettromagnetico regolabile anche manualmente, un elettrocardiografo a tre canali, un defibrillatore portatile,

uno sfigmomanometro a mercurio per monitoraggio della pressione arteriosa, e di materiali per la preparazione adeguata della cute come garze, etere, alcool, rasoi monouso, elettrodi monouso, set per accesso venoso, guanti, cerotti, farmaci per l'emergenza come atropina, adrenalina, isoproterenolo, nitroglicerina, xylocaina, dopamina, sodio bicarbonato, cloruro di calcio, flebo glucosate e fisiologiche.

Durante l'esecuzione del test erano sempre presenti un cardiologo e un infermiere professionale. Tutti i medici del reparto erano esperti in queste procedure.

L'organizzazione del reparto

Era impostata sull'efficienza e sulla massima attenzione alla disamina dei problemi clinici dei pazienti. La visita medica era collegiale e rappresentava un momento di grande riflessione durante il quale venivano esaminati gli aspetti relativi alla diagnosi e alla cura delle varie malattie. Era di rigore l'osservanza delle Linee Guida così come definite dall'*Institute of Medicine* di Washington. Vale a dire "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche".

I casi clinici venivano discussi a letto del malato e poi più dettagliatamente a tavolino. Alle riunioni partecipavano anche gli Assistenti volontari e i Tirocinanti che di solito facevano gli stessi orari di servizio dei Dirigenti cui venivano affiancati per la formazione.

La metodologia di lavoro era simile a quella in uso nei grandi Ospedali. Quando potevo, per aggiornarmi mi recavo a Milano all'Ospedale Niguarda, la "Ca' Granda", nel reparto cardiologico di Fausto Rovelli o a Roma al San Camillo o all'Ospedale Bambino Gesù dove operava il mio compianto amico Carlo Marcelletti.

Il Niguarda a quei tempi in cui nasceva e si diffondeva la Cardiologia ospedaliera in antitesi con quella universitaria era il punto di riferimento di molti cardiologi. Erano gli anni in cui in Italia prendeva corpo l'ANMCO, l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri fondata da Vittorio Puddu, Fausto Rovelli, Giorgio Alberto Feruglio ed altri allo scopo di sviluppare e diffondere la cultura cardiologica e l'organizzazione cardiologica ospedaliera.

Molto curata erano anche la formazione continua del personale infermieristico che veniva continuamente addestrato al lavoro di équipe. Gli allievi della Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio erano seguiti con molta attenzione durante il loro tirocinio in corsia.

Frequenti erano i contatti con la Clinica Cardiologica dell'Università di Bari e la pubblicazioni di studi congiuntamente ai cardiologi operanti in quella struttura.



Congresso di Cardiologia a Torremaggiore nel 1988. Da sinistra:
Renato Michele Piancone, Paolo Rizzon, Alfredo Palminiello.

Eravamo tutti soci della Società Italiana di Cardiologia e per un biennio fui anche Presidente della Sezione Apulo Lucana di quella istituzione.

Assidui erano i contatti con il mondo accademico e la comunità scientifica nazionale ed internazionale. Continua la organizzazione di convegni e congressi. Frequente era la nostra partecipazione anche come relatori o come moderatori a Congressi di Cardiologia in Italia e all'estero. Quando i partecipanti leggevano sul programma ... Piancone, Antonucci ecc... Ospedale San Giacomo Torremaggiore ci chiedevano da quale parte dell'Italia venissimo. Spesso rispondevamo scherzosamente che "... Torremaggiore è nel Nord delle Puglie..."

Nonostante la intensa attività clinica, si curava molto l'attività scientifica. Numerose e originali erano le pubblicazioni che davamo alle stampe. Esse riguardavano l'aritmologia, l'elettrofisiologia, la terapia digitalica ed altro. All'epoca furono

ritenute molto interessanti da parte di cardiologi universitari ed ospedalieri le nostre pubblicazioni relative al *Ripristino spontaneo del ritmo sinusale in una mitralica con fibrillazione atriale permanente* (Boll.S.I.C. 8, 767, 1981), a un caso di pseudo-dissociazione atriale (*Pseudo-atrial dissociation documented by intracardiac mapping of both atria*, Cardiologia 6,537,1982), agli effetti aritmogeni della digitale (*Le aritmie digitaliche in 489 cardiopatici*. Boll.S.I.C. 2, 193, 1981), alla tachicardia ventricolare a torsioni di punta (*Torsades de pointe. Quale trattamento? Terapie essenziali in clinica* 5,357,1983) alle modifiche dell'onda T durante il pacing permanente (*T-wave changes during permanent pacing. Clinical study on 20 cases*. Vectors 13, 16,1984).



Alcuni medici del “San Giacomo” con Christian Barnard durante la pausa di un Congresso. Da sinistra: **Nicola Paolicelli**, **Marinella Rispoli**, **Vinicio Calabrese**, **Mirella Matarese**, **Pinuccio Antonucci**, **Michele Piancone**. In basso si intravede **Matteo Marangi**.

Nel 1976 diedi alle stampe il volume *Terapia delle Aritmie Cardiache*, De Feo Editore Roma e nel 1989 il più completo manuale sulla *Diagnosi e Terapia delle Aritmie*,

Piccin Editore Padova che venne adottato come testo in alcune Scuole di Specializzazione in Cardiologia.



Forte era anche il legame del nostro Ospedale con il Territorio attraverso i continui incontri e i seminari che organizzavamo con i medici di famiglia. Assidui frequentatori erano Emilio Ariano, Antonio Celeste, Giovanni De Florio, Tonino Ciaccia, Marcello Di Pumpo, Raffaele Maiellaro, Silvano Marinelli, Nicola Saccone di Torremaggiore, Matteo Maselli di Casalnuovo Monterotaro, Michele Celozzi, Teodosio Gentile e Mauro Piccirilli di Casalvecchio, Dante di Sabato di Castelnuovo, Nicola Migliore, Nicola Paolicelli, Antonio Perrone e Dante Schingo di Apricena, Silvio Incoronato, Carmine La Porta e Antonio Saragnese di San Paolo di Civitate, Giuseppe Basile di Lesina, Renato Gatta e Rosamaria Giacci di Serracapriola, Anna Maria Zirillo di Chieuti, Vinicio Calabrese e Attilio Marchegiani di San Severo.

Nel 1987 con il compianto Alberto Altieri, chirurgo a Foggia, fondammo la Rivista *Annali di Medicina e Chirurgia* convinti che all'epoca, di fronte al crescente progredire delle conoscenze mediche nei vari settori, mancasse una rivista scientifica per mezzo della quale indistintamente sia i medici che i chirurghi e i cultori di altre specialità potessero aggiornarsi anche nelle branche della medicina diverse dalla propria.

Annali di Medicina e Chirurgia fu accolta con i più lusinghieri apprezzamenti dalla comunità scientifica ed ospitò per anni pubblicazioni di prestigiosi medici, ospedalieri ed universitari. Si rivelò ben presto un successo e fu per i fondatori fonte di continue soddisfazioni. Dal 1987 ne fui il Direttore scientifico e dal 1994 anche il Direttore responsabile.



La copertina di Annali di Medicina e Chirurgia

Alberto Altieri e i suoi collaboratori partecipavano agli incontri che ogni giovedì organizzavamo nel nostro reparto contribuendo con la loro casistica alla discussione dei casi clinici. A quegli incontri una volta partecipò Alfredo Palminiello cardiocirurgo di Firenze che parlò della chirurgia coronarica. All'epoca si andava facendo strada la rivascolarizzazione miocardica mediante condotti arteriosi. Un'altra volta ospitammo Luigi Schiavetti eccelso Primario reumatologo dell'Ospedale San Camillo di Roma.

Nel 1990 ai sensi dell'Art.23 del DPR 382/80 e 4 del DPR 162/82 divenni Professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università di Ancona dove mi fu affidato l'insegnamento del corso di Terapia delle aritmie.

Le diversità di impostazione del Reparto Medicina-Cardiologia rispetto agli altri Reparti del San Giacomo e della zona erano note a tutti. Il dinamismo innovativo della nostra Divisione contrastava con la staticità degli altri reparti. Le prestazioni che venivano eseguite erano sempre più specialistiche e di elevata complessità rispetto a quelle fornite dalle altre strutture mediche ospedaliere della provincia di Foggia.

L'attività della Divisione di Medicina trovò sempre un valido supporto nel Laboratorio Analisi e nel Servizio di Radiologia.

Il **Laboratorio Analisi** fu fondato dal Dott. **Nicola Sacco** che lo organizzò e lo diresse per molti anni fino all'epoca del suo pensionamento nel 2009. E' stata una struttura efficiente ed affidabile, funzionante H 24, tra l'altro la prima in provincia di Foggia ad eseguire il dosaggio della digi-talemia in un'epoca in cui la terapia digitalica era ancora uno dei rimedi fondamentali per lo scompenso cardiaco.



Nicola Sacco

A quei tempi, per l'elevata tossicità di quel farmaco, disporre del dosaggio dei livelli ematici significava poter condurre la terapia con un minore rischio di effetti aritmogeni. Un argomento a noi caro che fu anche tema di alcuni nostri convegni. Quel Laboratorio fu anche il primo in provincia di Foggia dopo la Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo ad essere autorizzato ad eseguire gli esami RIA (Radio Immuno Assay).

Nel tempo Nicolino ebbe validi collaboratori come la Dott.ssa Giuseppina Sacco, che lo sostituì dopo il suo pensionamento e Dino Centonze, e per qualche tempo Michele Spadaccino e Antonella Schiavone. Valida fu anche la collaborazione dei tecnici di laboratorio: Gino Montedoro, Giuseppina Bertolino, Antonietta Scarlatella, Patrizia Nardella e Tina Ponziano; degli infermieri Lucia Barberini, Grazia Cusenza, Vincenzo Saccotelli, Paolo Paradiso, Guido Di Pumpo, Anna Maria Faienza, Grazia Pugliese, dell'indimenticabile Peppino Soldano e degli ausiliari Andrea Santobuono, Donato Speranzino e Lucia Sasso.



Convegno organizzato dalla Divisione di Medicina e dal Laboratorio Analisi del San Giacomo. Da destra sono riconoscibili **Nicola Sacco**, **Luciano Lucentini** Primario a Foggia, **Michele Piancone**, **Giuseppina Sacco** e **Gerardo Sabella** Primario a San Severo.

Il **Servizio di Radiologia** ebbe come Primario per lungo tempo il Dott. **Luigi Di Girolamo** che lo organizzò definitivamente rendendo possibili quasi tutte le indagini radiologiche comprese quelle con mezzo di contrasto. Importante per il nostro reparto fu l'assistenza che i suoi collaboratori **Alberto Cianci** e **Leonardo Giordano** ci assicuravano a tutte le ore per l'attività di elettrofisiologia. Fondamentale per il Servizio di Radiologia è stato anche il contributo dei due giovani radiologi **Giovanni Ariano** e il compianto **Mario Di Pumpo**. Vi prestarono servizio anche **Giovanni**

Gabriele e le tecniche **Marinella Centonza** e **Mafalda Pistillo**. Dopo il pensionamento di Luigi De Girolamo il Servizio fu diretto per alcuni anni da Antonio De Pascale.



Luigi De Girolamo

La Scuola per Infermieri Professionali “Padre Pio”

Negli anni Ottanta a Torremaggiore fu istituita la Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio e da quel momento presso il San Giacomo anche l’assistenza infermieristica migliorò qualitativamente e quantitativamente per l’apporto che gli allievi infermieri davano all’attività dei reparti cooperando durante le ore della pratica con il personale infermieristico. Al tempo stesso aumentarono gli stimoli per i Medici e gli Infermieri strutturati chiamati ad insegnare le varie materie di studio.

Dal 1981 fino al 1995 insegnai le discipline di Patologia Generale Medica e di Cardiologia. Altre materie di insegnamento furono affidate ai miei collaboratori. Ad Antonucci l’ Immunologia, a Marangi l’Ematologia e la Reumatologia, a Matarese l’Etica Professionale e l’Immunoematologia, a Rispoli la Geriatria.

In quella Scuola si formarono molti allievi che da Infermieri Professionali diventarono elementi importanti nei loro settori di attività. Sarebbe impossibile citarli uno per uno ma li ricordo tutti con affetto. Alcuni mi sono particolarmente cari perché dopo alcuni anni li ritrovai a San Severo dove fecero parte del *team* infermieristico della Divisione di Cardiologia distinguendosi per professionalità e competenza nelle varie sezioni di quella Struttura. In particolare **Sabrina Celeste**, **Fernanda Saracino**, e **Alberto Forese** nell’ambito della Terapia intensiva cardiologica

e della Elettrofisiologia e **Concettina Drago** nell'organizzazione e lo svolgimento delle attività ambulatoriali.



Matteo Russo e **Filomena Cappucci** con un gruppo di allievi della Scuola Infermieri Professionali "Padre Pio".

Tanti altri ricordo con affetto: Antonio Alessandrino, Ciro Angeloro, Domenico Angeloro, Rosa Bellantuono, Mariella Bellomo, Maria Pia Caprio, Carla Cataneo, Angela Cicchetti, Maria Cifardi, Germana Circelli, Antonio D'Amato, Angela D'Antino, Ornella De Cesare, Michele De Cesare, Pina De Felice, Stefano De Santis, Gabriella Delle Vergini, Luciana Delle Vergini, Lucia Del Viscio, Rosaria D'Emma, Daniela Di Ianni, Giorgio Di Ianni, Marianna Di Pumpo, Michela Donatacci scomparsa prematuramente, Luigi Dragonetti, Katia Faienza, Tiziana Faienza, Lucia Garofalo, Emanuele Gravina, Agostino Iammarrone, Marianna Iammarrone, Nicola Lamedica, Sabino Manuppelli, Mariella Marinelli, Brigida Mazzolli, Enrico Morsillo, Marianna Muscatelli, Giuseppe Olivieri, Annalisa Palma, Rosa Patella, Paolo Paradiso, Michele Pavone, Antonio Pettigrosso, Silvio Piancone, Antonio Quaranta, Concetta Sacco, Giovanna Sacco, Lucia Sacco, Mariella Stella, Domenico Testa, Lucia Tosches, Salvatore Trematore, Domenico Trombetta attualmente coordinatore del Distretto n. 60 di Foggia, Raffaella Uboldi, Lino Zifaro.

Nel corso degli anni si affermarono tutti nei vari settori assistenziali.

Ricordi

Tra il 1991 e i primi mesi del 1993 spesso si ricoverava **don Antonio Lamedica**. Qualche volta al momento della dimissione mi diceva “Micheli fammi stare ancora un poco qua perché ancora non mi sento bene... lo prego per i tuoi malati così ti do una mano...”



don **Antonio Lamedica**
(Archivio fotografico di www.torremaggiore.com)

E infatti la mattina di buon'ora diceva la messa, confessava i malati e dava l'eucarestia. Era vicino a tutti, malati, medici e infermieri. Insomma si avvertiva la sua presenza. Aveva una immensa cultura teologica che traspariva dalle sue parole che ascoltavo con piacere durante le chiacchierate del pomeriggio quando veniva a trovarlo in Ospedale il comune amico Mario Fiore.

Ogni tanto veniva nel reparto Cecchino Damone allora Presidente dell'Ospedale di San Severo. “... Micheli passami un visita perché quelli là mi fanno incazzare una continuazione...” Voleva potenziare l'Ospedale Masselli Mascia e veniva ad ispirarsi per le attrezzature da acquistare per la cardiologia di quell'Ospedale. Ma trovava delle difficoltà interne anche perché all'epoca i medici di quel nosocomio erano pochi e inoltre svolgevano importanti attività mutualistiche e libero professionali per cui di tempo non ne restava molto. Quando gli dicevo “ Vorrei avere un

presidente come te così non dovrei faticare tanto per ottenere quello che mi occorre per il reparto” lui mi rispondeva: *E jì vulèssë tènè a uno còmë e te.* (E io vorrei averne uno come te).

Col tempo diede un contributo fondamentale alla crescita dell’Ospedale di San Severo impegnandosi sempre al massimo anche quando non ne era più il Presidente. Durante il periodo che trascorsi nella Città dei Campanili ebbi modo di constatare personalmente l’attaccamento di Cecchino per la sua gente.

La “**signora delle pipe**”. Era la moglie di un mio caro amico e versava in gravi condizioni per via di un male incurabile. Non aveva figli e nutriva per il marito un affetto anche materno. Era ricoverata nella stanza prospiciente alla mia. Un giorno, nel primo pomeriggio, bussò alla porta ed entrò per chiedermi notizie sulle sue condizioni. Aveva capito che non avrebbe avuto vita lunga ed era preoccupata per il marito che sarebbe rimasto solo. Timidamente mi disse: “... Le raccomando, ogni tanto visiti Gaetano perché lui è molto trascurato...” Ad un tratto scorse la mia pipa sulla scrivania e chiese di poterla toccare. Era una *Peterson* a forma curva a me molto cara che mi faceva compagnia durante le mie pause quando rimanevo in Ospedale fino a sera. Ne restò affascinata. Fiutò il tabacco e restammo a parlare per un po’ dell’ “arte” di fumare la pipa e delle pipe in generale. Le raccontai che la “Kapp & Peterson” si trova in Irlanda a sud di Dublino ed è una delle fabbriche di pipe più antiche del mondo. E così via. Poi si ritirò nella sua stanza e dopo qualche giorno fu dimessa.

Di lì a qualche mese, in ricorrenza del mio compleanno, mi vidi recapitare una pipa *Peterson* dritta con gli auguri suoi e di suo marito Gaetano. Visse ancora per poco tempo poi si spense. Il giorno del mio successivo compleanno Gaetano mi fecerecapitare ancora una pipa con gli auguri suoi e della defunta moglie. Quando gli chiesi il perché di quel presente mi rispose che prima di morire lei gli aveva raccomandato di inviarmi una pipa ad ogni mio compleanno. E così fu ancora per altri due anni fino a quando Gaetano restò in vita. Da allora quelle pipe hanno un posto speciale nella mia collezione ed un posto particolare nel mio cuore.



Michele Piancone in un momento di relax nella sua stanza

Le Incongruenze dell'ospedale

Molte incongruenze nella organizzazione complessiva dell'Ospedale rimasero immutate per anni ripercuotendosi negativamente sull'attività dei vari reparti, specie quello di Medicina-Cardiologia.

In primo luogo il collegamento tra le varie Divisioni. La Medicina-Cardiologia era ubicata al pianoterra. La Chirurgia, la Radiologia e il Pronto Soccorso erano sistemati al primo piano per cui i malati che afferivano al Pronto Soccorso e quelli ricoverati in Medicina-Cardiologia che dovevano eseguire esami radiologici, in mancanza di un montacarichi, dovevano essere trasportati al primo piano dagli infermieri, in braccio o in barella, attraverso una rampa di scale scomode. Per limitare tale inconveniente sarebbe stato sufficiente spostare il Pronto Soccorso al pianterreno.

Ma le cose restarono così per molti anni fino a quando venne installato un piccolo ascensore in cui però non c'era spazio per una barella ma vi poteva entrare una sedia a rotelle... Quando con la nuova costruzione il Pronto Soccorso e la Radiologia furono finalmente sistemati nel seminterrato, fu installato un ampio montacarichi che collegò meglio i vari piani.

La Sala Mortuaria era angusta. In pratica un vano di pochi metri quadrati situato in prossimità del Laboratorio Analisi. Ed era gestita male. Capitò infatti che una vecchia signora dopo il decesso fu dimenticata per alcuni giorni in quel locale.

Altri problemi riguardavano la vigilanza sull'igiene di alcuni settori.

Le cucine gestite dall'Ospedale erano anch'esse ubicate al piano terreno non lontane dalla Divisione di Medicina e in prossimità del Laboratorio Analisi e della vecchia Sala Mortuaria. Spesso accadeva che il cuoco dimenticasse qualcosa sui fornelli e i reparti circostanti venissero invasi dal puzzo di bruciato.

Ogni tanto qualche gatto si perdeva in quell'estasi di odori e sconfinava nel nostro reparto trascurando la caccia ai topi che qualcuno asseriva aver visto negli scantinati.

Forte di questa notizia un ben noto sanitario ogni tanto, quando gli girava, partiva all'improvviso tra stanze e corridoi per un "safari fotografico" sperando in uno *scoop* con cui screditare la Direzione Sanitaria.

La ubicazione della nostra Divisione a piano terra ne rendeva facile l'accesso per cui era possibile trovare qualche visitatore anche fuori dall'orario di ingresso. Ma la vicinanza con la portineria ci tutelò al massimo da tale inconveniente. Luigi Alfonzo, Antonio Fuiano, Fernando Giarnetti, Ennio Monteleone, Matteo Valente, Dante Palma, Francesco Paradiso, Gino Sibillino furono sempre nostri impareggiabili alleati.

Erano amanti dell'ordine e a volte per far rispettare le regole erano costretti ad ingaggiare delle vere battaglie. Erano molto legati all'Ospedale come del resto lo storico, indimendicabile centralinista Felice Maresca che ricordava a memoria tutti i numeri di telefono possibili, di persone, cliniche o uffici vari, dote che gli consentiva di collegarci rapidamente in ogni momento con chicchessia.

Storie

Al San Giacomo l'attività non si fermava alla routine, né mancavano esperienze sconcertanti come quella riferibile ad un uomo di 57 anni, padre di un infermiere, che colto da Angina di Prinzmetal ebbe tre episodi consecutivi di arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare e ogni volta fu "resuscitato" da Mimino Lipartiti mediante una scarica di defibrillatore. Al risveglio raccontò di aver visto tutte e tre le volte, immersa in un grande bagliore, la madre morta da alcuni anni che lo chiamava e gli tendeva la mano indicandogli la strada. Era quella la prova che esiste la vita oltre la morte? Il Purgatorio?

Padre Pio diceva: "Bisogna pregare per le anime del Purgatorio. Non è credibile quanto esse possono fare per il nostro bene spirituale, per via della gratitudine che dimostrano a coloro che le ricordano in terra e pregano per loro".

La credenza che ci sia una vita dopo la morte è vecchia quanto l'uomo per questo negli ultimi anni diversi studiosi in tutto il mondo hanno analizzato i racconti di molte persone che, dichiarate clinicamente morte, sono ritornate alla vita grazie alle moderne tecniche di rianimazione. Attualmente attraverso queste testimonianze si conoscono molte cose sulla morte.

Nei racconti ricorrono spesso alcune particolari sensazioni come il desiderio "da morti" di non voler più tornare indietro, oppure l'essere stati accolti amorevolmente da qualcuno, per lo più da un parente, o anche la perdita della paura di morire.

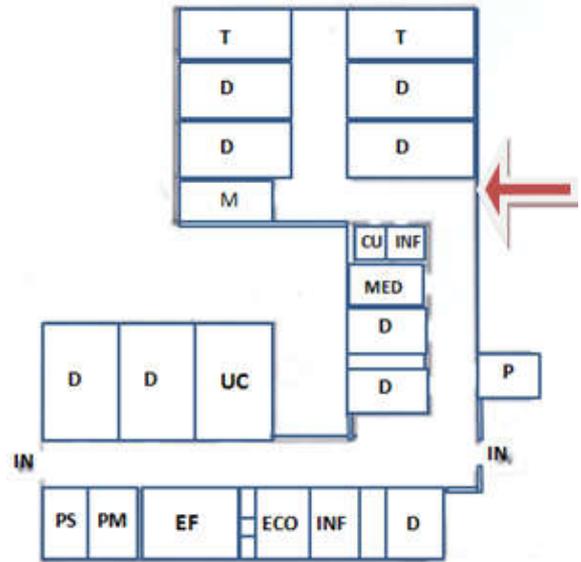
Sembra anche acclarato che un individuo dichiarato clinicamente morto, nel periodo in cui l'elettroencefalogramma è piatto e non si scorgono segni di vita, può restare ancora per un certo tempo consapevole di quanto lo circonda e, come molti cultori di questa materia ritengono, può udire le conversazioni e percepire il comportamento della gente. Per questo si sostiene che tutti gli operatori, e i medici per primi, quando si avvicinano ad un corpo "inanimato" dovrebbero essere cauti nel parlare e nel comunicare pensieri e sentimenti dai contenuti sgradevoli.

Il corpo di un individuo clinicamente morto, che possiamo definire "etereo", rispetto a quello "fisico" non sembra avere limitazioni e non prova sofferenza. Al momento del trapasso non si è mai soli ma c'è sempre qualcuno ad aiutarci: un genitore o un ascendente o un figlio se defunti e perfino persone di cui non si sapeva essere morte.

Il sacerdote infartuato. Era giunto in ospedale nel tardo pomeriggio con il classico dolore al petto. Si trattava di un infarto miocardico abbastanza esteso ed era in pericolo di vita come accade in questi casi. Fu subito ricoverato, collegato al carrello di monitoraggio mediante gli appositi cavi e sottoposto al trattamento del caso. Dopo qualche ora stava un po' meglio ed anche l'elettrocardiogramma era sensibilmente migliorato. Ma doveva stare a letto. Riposo assoluto. E invece dopo la mezzanotte don Vincenzo comparve in piedi nel corridoio del reparto. Assorto nella lettura, passeggiava tenendo nella mano destra il breviario mentre con la mano sinistra trascinava il carrello di monitoraggio. Invitato a rimettersi a letto confidò al medico di turno che di notte camminando riusciva a concentrarsi meglio nella lettura di quel sacro libro. Graziato dal buon Dio si salvò e visse a lungo. Potere delle raccomandazioni... Ogni tanto veniva a fare i controlli e gli ricordavamo quanto dovesse essere grato a nostro Signore...

Basilio. Era il marito di Pia una anziana paziente che si ricoverava spesso per scompenso cardiaco. Siccome non aveva niente altro da fare che assistere la moglie, per tutto il periodo della degenza, nonostante i reiterati inviti del personale a rispettare gli orari di ingresso, stava praticamente sempre in Ospedale. Aveva una capacità spiccata di eludere i controlli sia in portineria che nel reparto dove ormai era di casa. All'ora di pranzo condivideva il vitto con la moglie e per il resto della giornata chiacchierava con tutti quelli che incontrava. Era basso di statura e privo di un dente incisivo superiore per cui aveva un aspetto caratteristico e tutto sommato simpatico. Un buon ficcanaso. Un giorno si ricoverò un malato grave che all'inizio, per mancanza di posto letto, fu assistito in medicheria. In quella stanza c'era un grande via vai di medici e infermieri che si prodigavano in vario modo: la flebo, l'elettrocardiogramma, l'ossigeno, i vari farmaci, il respiratore, il trasporto di strumenti.... Dopo un po' di tempo il malato migliorò. Nel frattempo si era liberato un posto letto per cui fu possibile trasportarlo in corsia. C'era finalmente un attimo di silenzio quando da dietro a una scrivania che era stata spostata per far posto alla barella ci giunse inattesa una esclamazione : “ Bravi, bravi, siete stati veramente bravi... glielo devo dire a tutti quanti, a tutta la gente in tutti i posti che vado...” Era Basilio che seduto dietro la nostra scrivania si era goduto la scena e, bontà sua,

stava esprimendo un giudizio lusinghiero sul nostro operato. Naturalmente si prese un cordiale cazziatone perché in quella stanza non avrebbe dovuto esserci.



Reparto uomini in attesa della visita: **Matteo Russo, Carmela Costantino, Emanuela Soldano**.
L'angolo ripreso nella foto corrisponde a quello indicato nello schema a fianco con INF (guardiola degli Infermieri con le pareti parzialmente in vetro) e con la freccia.

Periodo dal gennaio 1992 al dicembre 1998

Nel 1992, dopo il pensionamento del Prof. Nicola Bellantuono, fu istituito in organico il posto di Direttore Sanitario. L'incarico fu affidato al Dott. Maurizio Leone di Foggia e successivamente al Dott. Matteo Ciavarella di San Marco il Lamis.

In questo periodo presso la Divisione di Medicina-Cardiologia furono attivate la telecardiologia e la Sala di elettrofisiologia.

La telecardiologia

Molti malati giungevano al San Giacomo dal Gargano e dalle Isole Tremiti, specie durante il periodo estivo. In Puglia il 118 non era ancora stato attivato e molti cardiopatici, spesso in gravi condizioni, per raggiungere l'Ospedale di Torremaggiore facevano centinaia di chilometri con i mezzi propri, privi di una qualsiasi assistenza medica ed infermieristica. Non di rado qualcuno soccombeva durante il viaggio.

Era una situazione insostenibile per cui chiedemmo di attivare la telecardiologia anche per le Guardie Mediche di Rodi Garganico, Vico del Gargano e Vieste. In precedenza un sistema di telecardiologia era già stato attivato da noi per collegare le Isole Tremiti con il nostro reparto ed aveva prodotto buoni risultati.

Dopo tante insistenze la Direzione dell' USL FG1 di Torremaggiore attivò la telecardiologia e ne ubicò la centrale operativa presso l' Unità Coronarica. Con il nuovo sistema era possibile trasmettere gli elettrocardiogrammi dal Territorio all'Ospedale ed effettuare per mezzo del cardiotelefono un teleconsulto. Il cardiotelefono aveva un numero dedicato: 0882 380246.

Quando un paziente veniva colto da malore in un punto distante molti chilometri dall'Ospedale, il medico della Guardia Medica territoriale trasmetteva l'elettrocardiogramma del paziente alla Unità Coronarica del San Giacomo e attraverso una linea telefonica dedicata poteva consultarsi con il cardiologo dell'Ospedale. Dall'esame dell'elettrocardiogramma e dal consulto *on line* tra il cardiologo e il medico territoriale, si poteva giungere a una diagnosi preospedaliera di infarto miocardio. Oppure escluderla. E così per le aritmie cardiache. A quel punto si poteva decidere se iniziare la terapia già in ambulanza, durante il trasporto,

ancor prima che il paziente giungesse in Ospedale. In seguito il trattamento sarebbe stato proseguito in Unità Coronarica. Durante il percorso il medico dell'ambulanza restava ininterrottamente collegato con il collega della Cardiologia.

La diagnosi precoce di infarto miocardico ed il trattamento tempestivo consentivano di evitare ulteriori danni al cuore. Il concetto base di questo innovativo modello assistenziale è che "il tempo è muscolo" per cui, se in caso di ischemia cardiaca non si interviene rapidamente, la parte di tessuto interessata va in necrosi e viene definitivamente distrutta e sostituita da tessuto cicatriziale. L'altro principio fondamentale è che "il muscolo è vita" per cui la sostituzione di una parte del tessuto cardiaco contrattile con tessuto cicatriziale comporta per il soggetto sopravvissuto all'infarto una ridotta funzionalità cardiaca, più o meno grave.

Il nostro sistema restò funzionante fino al dicembre del 1998 e fu il preludio a quel modello assistenziale basato sull'integrazione Ospedale -Territorio per mezzo della telecardiologia che negli anni successivi, dopo il trasferimento della équipe cardiologica del San Giacomo da Torremaggiore al Masselli Mascia, la pubblicazione delle linee guida per l'infarto del miocardio (*ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation, 2004 Aug 31;110(9):e82-292*) e la istituzione del 118 anche in Puglia, avremmo realizzato all'Ospedale di San Severo per tutto il territorio della ASL FG1 con l'introduzione della trombolisi preospedaliera. Sistema assistenziale che prese il nome di Modello San Severo per la terapia dell'infarto miocardico e che per alcuni anni rimase l'unico prototipo attivato nell'Italia Centro Meridionale.

L'elipista

Con la telecardiologia l'assistenza ai pazienti del Gargano migliorò sensibilmente ma i tempi impiegati per il trasporto dal luogo dell'evento all' Unità Coronarica rimanevano ancora molto lunghi.

L'unico modo per comprimere quei tempi era il trasporto aereo, come si faceva in altre zone dell'Italia. Per questo chiedemmo di attivare il servizio di elisoccorso. Ma c'era un problema. Per consentire l'atterraggio dell'eliambulanza al San Giacomo occorreva costruire una elipista. Insomma c'erano altri ostacoli da superare. Un'altra sfida da vincere.

Per la costruzione dell'elipista suggerimmo di utilizzare il prato retrostante l'Ospedale, un campo abbastanza vasto che fin dai tempi di Ciaccia veniva usato dalla lavanderia per stendere i panni. La soluzione fu accolta favorevolmente e su quell'area fu costruita l'elipista dell'Ospedale San Giacomo. Prima che questa fosse pronta utilizzavamo il terreno di gioco del Campo Sportivo di Torremaggiore. L'elisoccorso veniva effettuato dalla Società Elidaunia di Foggia per mezzo di eliambulanze medicate una delle quali sostava permanentemente presso il Pronto Soccorso di Vieste per rispondere alle necessità dei comuni del Gargano.

Quelle prime realizzazioni segnarono la nascita della telecardiologia e dell'elisoccorso cardiologico in Puglia e l'avvio di una nuova strategia assistenziale della quale il nostro nosocomio ne fu l'antesigano. Di una simile organizzazione in quegli anni non c'era traccia in nessuna Cardiologia della provincia di Foggia.

Attualmente nella zona retrostante l'Ospedale di Torremaggiore non c'è più alcuna traccia dell'elipista che è stata smantellata per fare spazio ad una palazzina che ospita il SERT e il CIM. Né possediamo immagini fotografiche di quella struttura. A fianco alla palazzina può scorgersi anche la sagoma della nuova ampia Sala Mortuaria la cui costruzione, concepita in tempi andati, oggi con la soppressione definitiva dell'Ospedale forse è meno utile di quanto lo sarebbe stato quando il San Giacomo pullulava di malati.

La Sala di elettrofisiologia

Nel corso degli anni l'attività di elettrofisiologia aveva avuto un progressivo incremento quali-quantitativo per cui era necessario allestire una vera Sala di elettrofisiologia che realizzammo trasformando una stanza sita in prossimità della Unità Coronarica. Da allora la terapia elettrica delle aritmie, divenuta routinaria, fu più agevole da eseguire. Oltre ai nuovi impianti di pacemaker, abbastanza numerose erano le sostituzioni dei dispositivi esauriti e le altre prestazioni aritmologiche.

La sala possedeva tutti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti dalla normativa *standard e VQR* (Verifica e Revisione di Qualità) *per i Laboratori di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione* per le attività ospedaliere. Infatti era dotata

di pavimento antistatico, lavabile e disinfettabile, porte con schermature piombate, amplificatore di brillantezza mobile, lampada scialitica, lettino radiotrasparente, poligrafo ad alta velocità con ECG a 6-12 canali, stimolatore per elettrofisiologia, pacemaker esterni, set chirurgico per l'impianto di pacemaker e per l'isolamento delle vene, programmatori per pacemaker specifici per i vari modelli, set completo di rianimazione cardiopolmonare, defibrillatori sincronizzabili, sistema di monitoraggio elettrocardiografico e di pressione invasiva e non invasiva, pompe per infusione di farmaci, set di drenaggio pericardico, ecocardiografo, camici, guanti e teli sterili ed altro materiale di uso corrente per il campo operatorio e per le procedure diagnostiche.

Gli spazi erano dimensionati in modo da contenere tutte le attrezzature necessarie e consentire al personale di muoversi agevolmente durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione in caso di complicanze.

Il personale medico ed infermieristico aveva competenze specifiche di elettrofisiologia e degli strumenti utilizzati nel controllo dei pacemaker impiantati, acquisite durante le *full immersion* formative che periodicamente effettuavamo nel nostro reparto.

Tra il personale infermieristico, all'epoca un ruolo importante fu svolto da Matteo Russo e in seguito anche da Silvio Piancone e Carmela Costantino che furono per anni miei validi collaboratori.

Con **Silvio Piancone**, negli anni Novanta, arrivammo ad effettuare fino a cinque impianti di pacemaker in un giorno, anche in condizioni di emergenza. Silvio era un eccellente professionista che con il suo apporto rese molto più agevole l'attività di elettrofisiologia, considerando anche i mezzi limitati che nonostante tutto avevamo. Restò nel nostro reparto per qualche anno e fu anche docente presso la Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio di Torremaggiore. Poi si trasferì a Foggia dove ebbe un eccellente percorso professionale. Attualmente è Dirigente delle Professioni Sanitarie presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia.

Con Silvio l'affiatamento era totale. Qualche volta il vecchio apparecchio radiologico in nostra dotazione si surriscaldava per cui dovevamo "trattarlo" con una borsa di ghiaccio sul tubo... Poi finalmente fu acquistato un nuovo amplificatore di brillantezza



Silvio Piancone

marca *Gilardoni*. Per motivi burocratici non eravamo stati dotati di dosimetri per il rischio radiologico né usufruivamo dei previsti congedi e delle relative indennità per cui non abbiamo mai conosciuto l'entità delle radiazioni da noi assorbite. Non esisteva la pronta reperibilità ma, in caso di necessità, medici ed infermieri eravamo sempre presenti in reparto. Così fu fino al nostro trasferimento a San Severo.

Attualmente la Sala di Elettrofisiologia non esiste più ma la stanza in cui era ubicata può essere ancora individuata al pianterreno dell'Ospedale, nel corridoio anteriore dov'era situata la Divisione di Medicina, per via del pavimento antistatico di colore verdino che la contraddistingue. Ora è adibita ad ufficio e l'ingresso è contrassegnato da una targa su cui è scritto:

ASL FG DISTRETTO 51 UFFICIO AMMINISTRATIVO DISTRETTUALE RECUPERO CREDITI SERVIZIO ESTERI

Un ufficio con il pavimento antistatico e alcune pareti schermate per i raggi X, tra le cui mura, in tempi andati, si sviluppò l'elettrofisiologia dell'Alto Tavoliere, furono

salvate vite umane e fu ridata speranza alla sofferenza. Recentemente, durante una visita fortuita in Ospedale, non senza qualche esitazione, ho voluta rivederla. Quando bussai alla porta mi fu chiesto chi fossi. Mentre mi stavo presentando fui riconosciuto da un anziano infermiere di passaggio e così mi fu più facile entrare. Nel rivedere quelle pareti dopo tanti anni rimasi in silenzio in estatica contemplazione. Per un istante sfilarono nella mia mente i volti dei tanti pazienti curati, gli stress intensi per i malati più gravi, i ricordi degli interventi più difficili, i momenti di soddisfazione alla fine delle procedure quando con i panni ancora intrisi di sudore io e i miei collaboratori sorridenti ci fermavamo ad ascoltare quella musica meravigliosa che è il *bip bip* del monitor quando un cuore funziona regolarmente. Allora non si usava “darsi il cinque”. Per comunicare la propria soddisfazione bastava guardarsi negli occhi, al massimo prendersi un caffè insieme per poi ricominciare. Detti un ultimo sguardo a quella stanza, salutai i “nuovi inquilini” e mi allontanai. Come avrei potuto spiegare chi ero e quale era il mio stato d’animo in quel momento. Da dove avrei dovuto iniziare il racconto... Dopo aver trascorso trent’anni della mia vita tra quelle mura, guardando quella scrivania e gli altri arredi da ufficio per un attimo mi ero sentito un estraneo. Cosa mai potrei dire oggi a quelli che gridano “ Salvate l’ex San Giacomo” quando del nostro Ospedale si è riusciti a salvare a stento il nome, la propria identità. Nome anch’esso sparito per un po’ di tempo e poi riapparso. Una conquista! Quel nome che in passato non era stato attribuito per pura convenzione e che, da quando ne ho memoria, simboleggia l’essenza di quel luogo. A volte io e Pinuccio Antonucci scherzosamente chiamavamo il nostro Ospedale il Saint Jaques in analogia con il *Saint-Jacques Hospital*, lo storico Ospedale di Les Andelys in Francia. Cose di altri tempi che chi aveva stabilito che un PTA ed il nome San Giacomo fossero incompatibili non può capire.

Nuovi traguardi

Dal 1992 al 1998 accanto ai nuovi traguardi della telecardiologia e dell’elisoccorso, proseguì l’adeguamento tecnologico. Fu acquistato un ecocardiografo *Toshiba*. Il laboratorio di ergometria fu dotato di un nuovo cicloergometro e di un tappeto rotante (*treadmill*) a motore elettrico che consentiva velocità comprese fra 1.6 Km/h e 12.8 Km/h e pendenze variabili fino al 20%. Anche la Unità Coronarica fu dotata di nuove apparecchiature di monitoraggio al passo coi tempi.

Per far fronte ai crescenti carichi di lavoro, l'organico medico della Divisione di Medicina-Cardiologia fu potenziato e vennero assunti con incarichi a tempo determinato altri medici tra cui Antonio Cotugno, Alfredo De Meo, Nicola Di Venere, Francesco Buquicchio, Francesco Corriero, Letizia Lo Muzio, Vincenzo Manuppelli, Felice Piancone, Pasquale Saracino, Marisa Placentino, Vito Sollazzo. Tutti diedero un ulteriore impulso al miglioramento quali-quantitativo dell'attività del reparto.

De Meo, Di Venere, Buquicchio, Corriero, Manuppelli e Sollazzo implementarono egregiamente l'attività di ecocardiografia, sia per i ricoverati che per i pazienti ambulatoriali, sviluppando oltre alla ecocardiografia transtoracica anche la tecnica transesofagea.

Vincenzo Manuppelli giunse al San Giacomo giovanissimo e diede al reparto un contributo importante. Era molto meticoloso ed affidabile. Dopo qualche tempo si trasferì all'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia dove attualmente ricopre un ruolo di prestigio nella Struttura Complessa di Cardiologia ed è un qualificato esponente della Società Italiana di Ecocardiografia Cardiovascolare.



Vincenzo Manuppelli

Antonio Cotugno ebbe al San Giacomo il primo incarico della sua carriera. Era molto bravo e scrupoloso. I primi turni di guardia nelle ore notturne furono contraddistinti dall'arrivo di pazienti gravi che lo impegnarono a fondo. Per questo tra di noi si narra delle "notti del Cotugno". Per scacciare questo destino fu costretto a sacrificare un agnello all'altare del gruppo... Un agnello di Monte Sant'Angelo sua città natale. Oggi Antonio è uno stimatissimo cardiologo territoriale.



Antonio Cotugno

Felice Piancone dopo la laurea conseguita all'Università di Bologna nel 1994 ed un periodo di volontariato di alcuni mesi, prestò servizio al San Giacomo a tempo determinato in qualità di Dirigente di I livello. Dopo circa un anno si trasferì al Policlinico Agostino Gemelli di Roma dove proseguì gli studi conseguendo la Specializzazione in Cardiocirurgia. Nel periodo trascorso al San Giacomo si dedicò con particolare impegno all'assistenza dei pazienti in Unità Coronarica, all'elettrofisiologia e agli impianti di pacemaker. Per qualche anno insegnò materie cardiovascolari alla Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio di Torremaggiore. Attualmente esercita l'attività di cardiocirurgo.



Felice Piancone

Pasquale Saracino dopo qualche anno raggiunse il Dott. Antonucci all'Ospedale F. Lastaria di Lucera dove tutt'ora presta la sua opera.

Alfredo De Meo dopo qualche tempo scelse la Cardiologia territoriale e attualmente svolge questa attività nel neonato PTA di Torremaggiore.

Nicola Di Venere, Francesco Buquicchio e Francesco Corriero nel volgere di qualche anno furono assunti in alcuni ospedali di Bari, città dalla quale provenivano.

Nel complesso in quel periodo la qualità delle prestazioni cardiologiche offerte dal San Giacomo non differiva molto da quelle dei grandi ospedali. L'elettrofisiologia, l'ecocardiografia, l'Unità Coronarica erano su ottimi livelli. Il reparto era abbastanza rinomato. Erano state incrementate anche le prestazioni ambulatoriali sia di medicina che di cardiologia. Nel contempo nulla veniva tolto ai pazienti che afferivano in Ospedale con malattie di interesse strettamente internistico come quelle respiratorie, metaboliche o altro.

Nel 1993 il Presidente della ASL Dott. Agostino Delle Vergini mi affidò la Direzione della Scuola per Infermieri Professionali Padre Pio, incarico che tenni ininterrottamente per alcuni anni fino a quando la Scuola restò in vita. Durante quel periodo Matteo Russo e Silvio Piancone svolsero le funzioni di caposala monitor fornendomi un aiuto consistente nel *management* della Scuola.



Nel 1994 il Dottor Giuseppe Antonucci divenne Primario di Medicina all'Ospedale di Lucera. Aveva ormai acquisito una perizia ed una cultura medica notevole che gli permisero di superare brillantemente il Concorso pubblico nazionale per titoli e per esami svolgendo un tema sulla sarcoidosi ed una prova pratica ed orale intrise di argomenti di varia natura come l'infiltrato tisiogeno apicale, il blocco cardiaco totale, la porpora trombocitopenica, l'alfa talassemia, l' AIDS e ricevendo i complimenti personali dell'illustre clinico milanese Prof. Claudio Rugarli allora presidente della Commissione.

Il San Giacomo cominciava ad esportare i propri uomini migliori, il proprio modello professionale fatto di esperienza, sapere e umanità, per risollevare le sorti degli ospedali limitrofi. Così fu per Pinuccio Antonucci a Lucera. In quella città riorganizzò la Divisione di Medicina che inizialmente comprendeva anche la Cardiologia, organizzò convegni, fu apprezzato e stimato dalla comunità lucerina e del Subappennino Dauno, dai medici e dai politici locali.



Renato Michele Piancone e Giuseppe Antonucci ad un Convegno organizzato da Antonucci a Lucera il 28 settembre 1996 sul tema: La cardiopatia ischemica alle soglie del 2000.

Nel 1996 prospettai all'allora Presidente della ASL Agostino Delle Vergini di presentare istanza al Ministero competente per il riconoscimento del San Giacomo come IRCCS (*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*).

I requisiti necessari per una tale trasformazione erano che l'Ospedale svolgesse attività di ricerca prevalentemente clinica nonché di gestione dei servizi sanitari. Per contributo alla ricerca erano previsti finanziamenti pubblici ed altri benefici...

La produzione scientifica del nostro reparto ci poteva consentire almeno di tentare. La mia proposta fu accolta e ci recammo a Roma per presentare la nostra istanza. Il colloquio con il funzionario ministeriale fu interlocutorio. Ad ogni modo ci fece capire che non sarebbe stato facile e che avremmo avuto delle serie opposizioni. I requisiti "scientifici" ce li avevamo poiché erano sufficienti quelli della sola Cardiologia, ma era necessaria una forte volontà politica. Poi non se ne fece più nulla.

Il declino del San Giacomo

Qualche avvisaglia di quale sarebbe stato il destino dell'Ospedale si era cominciata ad avvertire da tempo. Dalla difficoltà nell'ottenere i materiali necessari all'assistenza, al progressivo ridursi delle risorse umane e strumentali.

Poi nel dicembre del 1998, quale primo segnale di una imminente smobilitazione del San Giacomo, su disposizione scritta dell'allora Direttore Generale della ASL FG 1 di San Severo Dott. Vincenzo Di Venere, fui trasferito all'Ospedale Masselli Mascia assieme ad alcuni miei collaboratori medici ed infermieri. La ASL di Torremaggiore era stata soppressa e tutte le sue funzioni erano state concentrate nella più vasta ASL della Città dei campanili. Il Piano di Riordino Ospedaliero predisposto dalla Regione Puglia aveva stabilito che la Cardiologia fosse ubicata definitivamente nell'Ospedale Masselli Mascia che per dimensione, presenza di altri reparti e migliore viabilità della rete stradale, avrebbe dovuto accogliere tutta l'urgenza medica e chirurgica del territorio del Gargano e dell'Alto Tavoliere. Quando fui

convocato, il Direttore Generale mi comunicò *tout court* che di lì a poco avrebbe trasferito tutte le attrezzature cardiologiche a San Severo per cui “... Se avessi voluto continuare a fare il cardiologo avrei dovuto trasfermi anche io in quell’Ospedale”.

Oltre a me avrebbe distaccato al Masselli Mascia anche i miei collaboratori medici ed infermieri che avessero voluto seguirmi.

Quel trasferimento rappresentò il primo atto della “chiusura programmata” dell’Ospedale San Giacomo e fu da me vissuto con estremo disappunto per due motivi. In primo luogo perché mi resi conto che tutto il lavoro di trent’anni speso per organizzare fra tante difficoltà e lotte interne un moderno reparto cardiologico veniva di colpo cancellato perché qualche burocrate, senza tener conto della realtà esistente, aveva segnato su una mappa quali e come dovevano essere gli ospedali. Poi perché mi feriva il fatto che parte della cittadinanza di Torremaggiore era convinta che il trasferimento della Cardiologia da Torremaggiore a San Severo fosse il frutto di una mia libera scelta attribuendomi un potere decisionale che non avevo: quello di disporre il trasferimento di risorse umane e strumentali da un ospedale all’altro. Quando invece la verità era che a Torremaggiore mancava una classe politica che avesse l’autorevolezza e il potere necessario per difendere l’esistente e modificare il corso degli eventi. Insomma che si facesse sentire a Bari, nelle sedi in cui si stava decidendo il destino del nostro Ospedale, anche se oggettivamente la situazione ormai era indifendibile per la dimensione contenuta del nostro nosocomio, invariata nel tempo, non consona al consenso che riscuoteva nel contesto territoriale ma pur sempre limitata. Per questo fu più facile trasferire altrove il reparto più prestigioso anziché riclassificare un intero ospedale.

Torremaggiore reagì a quella decisione con una solenne, inutile fiaccolata e alcuni articoli di protesta sui giornali. Contestualmente fui destinatario di alcune lettere anonime piene di insulti perché reo di essermi trasferito e di aver trasferito la Cardiologia a San Severo.

Con me si trasferirono i medici Matteo Marangi, Marisa Placentino e Vito Sollazzo, il Caposala Matteo Russo e gli Infermieri Lucia Barberini, Carmela Costantino, Teresa Manna e Giuseppe Martino.

A Torremaggiore per qualche anno fu mantenuta una Divisione di Medicina Generale, ridimensionata nell'organico e nelle dotazioni e spogliata di tutta l'attrezzatura e delle attività cardiologiche, che fino al 2006 fu diretta dal Dottor Alfredo D'Antuono. Dopo, anche quella Divisione fu trasferita a San Severo. A dirigerla fu chiamato il Dottor Giuseppe Antonucci fino ad allora Primario Medico a Lucera.

In breve tempo il nucleo storico dei medici si sciolse definitivamente. Matteo Marangi si trasferì con me a San Severo dove si dedicò alla attività cardiologica. In seguito si specializzò in Cardiologia e fu titolare per alcuni anni della Unità operativa semplice di Ospedalizzazione domiciliare. All'epoca del mio pensionamento, in qualità di Dirigente anziano, fu incaricato per qualche tempo delle funzioni di Direttore della Unità Complessa di Cardiologia dell'Ospedale Masselli Mascia. Marinella Rispoli nel 1999 si trasferì all'Ospedale Santo Spirito di Pescara dove ebbe l'incarico di Direttore della Unità Operativa Complessa di Lungodegenza. Palmino Lipartiti rimase a Torremaggiore dove per qualche tempo e fino alla loro soppressione, fu responsabile della Divisione di Medicina e poi della Lungodegenza.

Il destino professionale dei miei collaboratori si svolse proprio come io lo avevo immaginato quando all'epoca in cui erano giovani e studiosi medici ospedalieri, li sfottevo più o meno sempre con la solita frase : "... Studiate, studiate perché correte tutti il rischio di diventare primari..." E così accadde ma non fu un rischio né per loro, né per i malati, perché si rivelarono tutti degli ottimi medici che hanno avuto un ruolo importante nei vari ospedali in cui hanno operato a testimonianza della loro valentia e della preparazione professionale acquisita al San Giacomo durante gli anni della loro giovinezza, in quella "cittadella" che noi consideravamo una piccola Scuola medica ospedaliera.

Il destino fu crudele con Gino Mucedola, stroncato da una malattia inesorabile ancora in giovane età.

Quando i principali reparti del San Giacomo ormai erano stati trasferiti a San Severo, si sprecavano le promesse di questa o di quell'altra nuova destinazione da

dare all'Ospedale di Torremaggiore e continuavano a pervenire i finanziamenti per le varie ipotesi di riconversione. Il piano di riordino era una cosa, i finanziamenti un'altra. Dipendevano da capitoli differenti del bilancio e si continuò a ristrutturare. Fu così che un giorno, spostata da Vieste, una Camera Iperbarica venne sistemata a Torremaggiore nei locali di quella che era stata l'Unità Coronarica. Doveva servire per l'ossigenoterapia iperbarica...

Dopo non molto tempo, quando ormai non serviva più a nessuno, la Camera Iperbarica fu rimossa definitivamente e, con nuovi finanziamenti, i locali che l'avevano ospitata, sempre quelli in cui prima c'era stata l'Unità Coronarica, furono ancora una volta ristrutturati e poi adibiti a palestra per la Riabilitazione.

Era il periodo in cui veniva proposto di trasformare l'Ospedale San Giacomo in un Polo Riabilitativo. Oltre ai finanziamenti per le opere murarie arrivavano fondi per arredi ed apparecchiature. Purtroppo il polo riabilitativo non fu mai realizzato per cui anche la palestra sparì. Poi venne l'ipotesi del Polo Oncologico e così via.

Tra una ipotesi e l'altra trascorsero ancora molti anni fino a quando il San Giacomo come presidio ospedaliero fu definitivamente chiuso dalla Regione Puglia con delibera n. 1791 del 15/12/2010.

Attualmente il PTA di Torremaggiore, "ex Ospedale San Giacomo" è un gioiello sia per la parte alberghiera che per gli arredi. Rispetto ai tempi andati, quando nella medicheria del reparto Medicina-Cardiologia una scarpiera veniva utilizzata come armadio per i documenti, e mastro Giuseppe Rubino il muratore sostituiva le mattonelle rotte del corridoio con altre di colore diverso a seconda delle disponibilità di magazzino, il San Giacomo oggi è ben ammobiliato ed ospitale, ma pare che necessiti ancora di altri lavori per poter essere adibito a PTA...

Strano destino quello del nostro Ospedale. Quando era gremito di malati, scarseggiavano le risorse umane e non aveva le stanze e gli arredi attuali. Ora che non è più un Ospedale è oggetto di continue "ristrutturazioni" ed è dotato di una struttura alberghiera confortevole.

A noi medici ed infermieri della vecchia generazione resta il rimpianto di non aver potuto vedere il nostro Ospedale sopravvivere e svilupparsi ulteriormente per erogare nel tempo prestazioni sempre più moderne ed avanzate. Come era stato in passato, a prescindere dagli arredi e dagli intonaci, quando per la sua fama era pieno di malati che affluivano da tutti i comuni del Gargano, dell'Alto Tavoliere e del Subappennino Dauno.

Duole anche dover constatare che attualmente nel "nuovo San Giacomo" non c'è nulla che ricordi il glorioso reparto di Medicina-Cardiologia, in cui nacque e si sviluppò la cardiologia dell'Alto Tavoliere, né alcuna delle sue componenti come l'Unità Coronarica, prima struttura del genere ad essere attivata in provincia di oggi o la Sala di Elettrofisiologia. Tutto è stato largamente smembrato. Possibile che l'ignoto decisore di tale radicale trasformazione fosse persona così immemore o superficiale da non comprendere l'importanza di quei luoghi? Al punto da distruggere tutto senza lasciare traccia alcuna?

Vi è ancora una amara considerazione da fare. L'Ospedale San Giacomo aveva medici come Piancone, Antonucci, Rispoli, che da Primari hanno sviluppato altri ospedali. Aveva Caposala ed Infermieri che hanno diretto o dirigono strutture della ASL e degli Ospedali della zona come Matteo Russo, Silvio Piancone, Domenico Trombetta ed altri. Disponeva di Amministrativi che per la loro valentia hanno ricoperto posti apicali nella ASL o negli altri Ospedali come Gaetano Fuiano, Michele Ametta, Leonardo De Vita, Armando Liberatore, Silvano Lamedica. Ha avuto una *leader* come Laura Moffa alla Direzione Sanitaria della Azienda Ospedaliera Universitaria di Foggia. Ha potuto disporre per decenni di cospicue risorse economiche che ha impiegato per fare e rifare lavori murari sempre sullo stesso blocco esistente rincorrendo ipotesi di questa o quella destinazione. In pratica Torremaggiore aveva tutto quello che serviva per fare del San Giacomo un Ospedale importante, ma non ha saputo centrare tale obiettivo.

Quello che pochi medici ed un esiguo numero di infermieri con i loro sacrifici e la forza dei loro ideali erano riusciti a creare, nell'interesse dei malati di un vasto comprensorio, è ormai scomparso per sempre. La gente di Torremaggiore non deve dimenticare quei tempi passati, né gli Antonucci, i Lipartiti, i Marangi, i Mucedola, i Rispoli e gli altri operatori, di ogni grado e qualifica, che assieme a Piancone, con tenacia, resero operativo quel magnifico reparto di Medicina-Cardiologia profondendo negli anni migliori della loro vita il massimo impegno nell'assistere i malati.



La storica équipe medica del "San Giacomo". Da sinistra **Luigi Mucedola, Marinella Rispoli, Giuseppe Antonucci, Matteo Marangi, Michele Piancone e Palmino Lipartiti.**

La vita del reparto di Medicina-Cardiologia è stata effimera ma intensa di accadimenti ed ha visto l'avvicinarsi di vari Amministratori, persone di varia estrazione politica, quasi sempre originari di Torremaggiore o dei Comuni limitrofi. Alcuni di loro, sebbene in misura decisamente diversa, diedero il proprio contributo allo sviluppo del nostro reparto, altri non ne videro la necessità. È mio desiderio ricordarli tutti: Nicola Ametta, Elio Antonucci, Leonardo Calabrese, Michele Cammisa, Luigi Colangelo, Agostino Delle Vergini, Aldo Fantauzzi, Aurelio Forese, Leonardo Giarnetti, Michele Liberatore, Vincenzo Martino, Michele Moscatelli, Gino Padalino, Silvio Palma, Michele Pitassi, Giovanni Prencipe, Vincenzo Prencipe, Pasquale Ricciardelli, Giuseppe Ringoli, Fernanda Sacco, Silvio Scudero, Matteo Tosches .



Indice

Premessa	3
Introduzione	5
Origini del Reparto Medicina	9
L'Ospedale San Giacomo nel 1966	13
Periodo da settembre 1968 ad aprile 1972	21
- La classificazione dell'Ospedale San Giacomo	21
- La Direzione Sanitaria	24
- La istituzione della Divisione di Medicina Generale	26
Periodo da aprile 1972 a gennaio 1992	31
- Medici	32
- Il personale infermieristico	45
- Gli ausiliari	57
- I contrasti tra i reparti	58
- L' Unità Coronarica	60
- L'ecocardiografia	71
- L'elettrocardiografia dinamica (Holter	73
- L'ergometria	73
- L'organizzazione del reparto	74
- La Scuola per Infermieri Professionali "Padre Pio"	81
- Ricordi	83
- Le Incongruenze dell'ospedale	85
- Storie	87
Periodo dal gennaio 1992 al dicembre 1998	90
- La telecardiologia	90
- L'elipista	91
- La Sala di elettrofisiologia	92
- Nuovi traguardi	95
- Il declino del San Giacomo	100



Renato Michele Piancone è nato a Torremaggiore il 26 agosto 1940.

Nel 1958 ha conseguito il Diploma di Maturità Classica presso il Liceo “Nicola Fiani” di Torremaggiore.

Nel 1964 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università di Napoli.

È specialista in Cardiologia, Medicina Interna e in Malattie Infettive.

Dal 1972 al 1998 è stato Primario Medico all’Ospedale “San Giacomo” di Torremaggiore dove ha creato una Sezione di Cardiologia con Unità Coronarica, ha avviato la attività di Elettrofisiologia - Impianti di pacemaker e di Telecardiologia ed ha fatto costruire una Elipista per il trasporto dei

cardiopatici acuti con l’Eliambulanza.

Nel 1999 è stato nominato Direttore della Struttura Complessa di Medicina Interna-Servizio di Cardiologia dell’Ospedale “Masselli-Mascia” di San Severo e dal 2003 al 2010, Direttore della Struttura Complessa di Cardiologia-Unità Coronarica-Riabilitazione Cardiologica. In quell’Ospedale ha avviato l’attività di Elettrofisiologia, ha istituito una Unità Operativa di Telecardiologia. Ha reso possibile la terapia dell’Infarto miocardico sul Territorio della ASL FG, mediante la Trombolisi preospedaliera (“Modello San Severo”). Ha organizzato una Sala di Emodinamica.

È stato Direttore del Dipartimento di Cardiologia della ASL FG. Ha istituito il “Corso Annuale Dipartimentale di Formazione per Infermieri di Cardiologia”.

È stato Professore a contratto presso le Scuole di Specializzazione in Cardiologia delle Università di Ancona e di Foggia.

Dal 1992 al 1995 ha diretto la Scuola per Infermieri “Padre Pio” di Torremaggiore presso la quale è stato docente di Patologia Medica e di Cardiologia.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali, di due testi di Cardiologia: “Terapia delle Aritmie Cardiache” (De Feo Roma 1980) e “Diagnosi e Terapia delle Aritmie” (Piccin Padova 1989) e del manuale “La Trombolisi Preospedaliera” (Momento Medico Salerno 2007).

È stato Presidente della Sezione Apulo-Lucana della Società Italiana di Cardiologia.

È Socio di diverse Società Scientifiche.

Ha fondato e diretto la rivista “Annali di Medicina e Chirurgia”.

È il fondatore e Presidente della “Associazione per la Lotta alle Malattie del Cuore” (Onlus).

Il 2 giugno 1983 è stato insignito dal Presidente della Repubblica del grado onorifico di Ufficiale dell’Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

Dal 2010 è responsabile della Unità Operativa di Cardiologia presso la Clinica Villa Serena di Foggia



ALMAC

Torremaggiore 10 maggio 2020

