

STORIA
DELL'UNIVERSITÀ
DI SASSARI

a cura di
Antonello Mattone

Volume primo

ILISSO

Con il contributo di



Fondazione Banco di Sardegna

Grafica e impaginazione

Ilisso Edizioni

Grafica copertina

Aurelio Candido

Stampa

Longo Spa

Referenze fotografiche

Archivio Ilisso: pp. 18, 31-33, 42, 47, 53 (in alto), 57, 64, 67 (a destra), 85, 88-89, 115, 119, 128-129, 136-137, 139, 146, 152, 162 (a sinistra), 169, 175-176, 185 (a sinistra), 208, 211-213, 216-217, 221, 225-229, 250-255, 262, 265, 269, 274, 278-279, 282, 283 (in alto), 286, 296 (in alto a sinistra e le due in basso), 297, 298 (a destra), 299, 309-310, 312, 316, 320-321, 327-328, 346 (in alto), 349-351, 357 (a destra), 359, 361-362, 368-369, 370 (in alto), 383-385

pp. 83-84, 93, 161, 182 (in alto), 196-197, 199 (a destra), 209, 245-247, 280, 315, 322-323, 325, 345, 346 (in basso), 347, 357 (a sinistra), 358 (Alberto Acquisto)

p. 151 (Gianni Calaresu)

pp. 14, 21, 38, 41, 50, 53 (in basso), 55 (in basso a sinistra), 112 (Marco Ceraglia)

p. 67 (a sinistra) (Dessi & Monari)

pp. 25, 66 (a sinistra), 68-69, 73, 162 (a destra) (Laboratorio fotografico Chomon)

pp. 8, 10, 30, 55 (le due in alto e quella in basso a destra), 58, 74, 101 (a destra), 102, 117, 123, 134, 141, 147-150, 154, 177, 183, 185 (a destra), 193, 195, 199 (a sinistra), 206-207, 239-241, 243, 248-249, 260, 281, 283 (in basso), 284-285, 287-291, 293-295, 296 (in alto a destra), 298 (a sinistra), 319, 338-340, 370 (in basso), 371, 374, 376-377, 380 (Gigi Olivari)

pp. 19, 45 (Pere Català i Roca)

pp. 6, 16, 23 (in alto), 27, 98, 101 (a sinistra), 103, 125, 127, 158, 164, 172, 180, 204, 236, 258, 267, 272, 275, 277, 306, 336, 342, 354, 366 (Pietro Paolo Pinna)

p. 385 (Enrico Piras)

pp. 20, 122, 198, 266 (Sebastiano Piras)

p. 23 (in basso) (Marcello Saba)

pp. 190, 192 (Donatello Tore, Nicola Monari)

p. 80 (Donatello Tore)

Archivio fotografico CISUI, Bologna: pp. 17, 22, 43, 219-220

Archivio Diocesi di Biella: p. 55 (a destra)

Archivio AM&D, Cagliari: p. 108

Archivio Biblioteca Apostolica Vaticana: p. 182 (in basso)

Archivio EDES, Sassari: p. 107

Archivio de *La Nuova Sardegna*, Sassari: p. 145

© 2010 ILISSO EDIZIONI - Nuoro

www.ilisso.it

ISBN 978-88-6202-071-8



Università, ospedale e cliniche

Eugenia Tognotti

1. I primi passi della clinica all'Ospedale civile di Sassari

Fu nel Settecento che furono gettate le basi per il collegamento organico tra le due grandi sedi della medicina istituzionalizzata: l'Università e l'Ospedale. Come sarebbe accaduto nei secoli successivi le riforme sanitarie e quelle universitarie procedettero parallelamente, in linea con la necessità del collegamento tra esigenze didattico-scientifiche ed esigenze di assistenza ospedaliera che avrebbe rappresentato la costante del sistema.

Perfezionato – con modalità e assetti diversi – a partire dalla legislazione ottocentesca fino alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, che dava luogo a forme di “clanicizzazione degli ospedali” stabilendo che le cliniche e gli istituti universitari fossero funzionalmente tenuti all'assistenza ospedaliera, impegnando l'università, le sue cliniche, i suoi istituti, il suo personale sanitario addetto agli ospedali, totalmente o parzialmente clinicizzati, a dare un contributo al conseguimento dell'obiettivo. Quest'evoluzione ha variamente riguardato le realtà geografiche e i contesti politico-istituzionali del Paese, diversamente caratterizzate quanto a presenza di facoltà medico-chirurgiche e di ospedali – a gestione laica o religiosa e con funzioni e rapporti diversi col potere pubblico. A Sassari – sede di una piccola università e di un antico ospedale, fondato nel XV secolo – il processo prese l'avvio nella seconda metà del XVIII secolo, in un periodo, cioè, di rilancio dell'istituzione ospedaliera, nell'ambito di una serie di interventi dello Stato sabaudo, volti a creare un sistema organico dell'assistenza sanitaria e della beneficenza.¹ Pur conservando tratti distintivi, dovuti alla presenza degli “Ospitalieri” di San Giovanni di Dio e al ruolo di controllo dell'autorità vescovile, l'ospedale conosce una nuova fase della sua storia, che rompe decisamente col passato: la gestione del nosocomio entra nella sfera del controllo dello Stato; cambia l'assetto amministrativo, con la nomina, da parte del governo centrale, di una congregazione di carità e il drastico ridimensionamento del ruolo dei Fatebenefratelli che da circa due secoli amministravano l'ospedale. Con la riforma dell'università, esso diventa anche un luogo destinato all'insegnamento pratico e al tirocinio dei futuri medici. Allo stesso tempo si afferma anche una nuova impostazione della cura. Cominciano, infine, a profilarsi le condizioni per la costruzione di un nuovo edificio – nell'attuale piazza Fiume – che prenderà il posto dell'antica «fabbrica», soffocata nel cuore della città. La prima riforma, in ordine di tempo (1765), riguardò l'università e, per la parte che vi ebbe la riorganizzazione degli studi medici e chirurgici, influì sull'assetto e l'organizzazione dell'ospedale, indicato ora nei documenti, significativamente, non più col nome di «Ospedale della Carità», ma come «Spedale civile di Sassari». I professori, previo accordo tra loro e col Magistrato sopra gli Studi – dovevano condurvi gli studenti² per «fare loro al letto dei malati le osservazioni pratiche e più necessarie». ³ Queste disposizioni confluirono, tre anni dopo, nella riforma ospedaliera del 1768. Pur restando nominalmente nelle mani dei religiosi,⁴ l'amministrazione passava sotto il controllo di una Congregazione,⁵ presieduta dall'arcivescovo turritano che

nominava anche due canonici. Ne facevano parte l'assessore civile della Reale Governazione, quattro nobili nominati dal viceré, due consiglieri indicati dall'amministrazione civica e due *boni homines* nominati da quell'organismo.⁶

Un regolamento, emanato il 13 febbraio 1768, disciplinava le modalità della tenuta dei bilanci e della compilazione degli inventari; e, ancora, l'approvvigionamento dei medicinali, i compiti dei religiosi, la distribuzione degli incarichi e tutto ciò che riguardava la buona gestione dello «Spedale», in cui la componente medica non aveva alcuna parte. Ad alcuni membri, designati dalla Congregazione, dovevano essere affidati compiti di controllo che si estendevano dalle «fedi» che ammettevano i poveri al «pio luogo», ai cibi somministrati ai ricoverati, ai medicinali, alle visite giornaliere di medici e chirurghi «per rilevare i bisogni, far eseguire prontamente le ordinazioni».⁷

L'introduzione della pratica nosocomiale e l'obbligo delle dissezioni anatomiche pose naturalmente alla «Pia azienda» l'impegno di assicurare spazi per le lezioni di clinica medica e chirurgica, per i corsi di «Flebotomia», per le «stabilite sezioni cadaveriche»,⁸ mentre i medici accademici assicuravano il loro contributo all'assistenza sanitaria all'interno del nosocomio.

Ma l'ospedale cittadino non era nelle migliori condizioni per favorire il necessario raccordo tra l'assistenza e la didattica. Stando ai documenti del tempo, i posti letto erano soltanto 24, distribuiti tra due corsie. L'edificio – posto accanto all'episcopio – era fatiscente, la biancheria e i materassi dei letti in cattivo stato, l'igiene trascurata. All'assistenza dei «poveri infermi» erano addetti un uomo e una donna, indicato il primo come «servente», la seconda come «infermiera». Peraltro, se si deve credere a qualche cenno contenuto nei documenti, il trattamento riservato ai malati lasciava alquanto a desiderare. Gli ordini dei medici, per quanto riguardava la somministrazione dei medicinali, venivano disattesi e i pasti erano distribuiti in modo irrazionale durante la giornata, «ne' giorni in cui si mangia carne, somministrano a' poveri ammalati dalla pignatta comune il brodo e gli alimenti».⁹

La media giornaliera dei degenti – come affermano nelle loro relazioni gli arcivescovi – non superava, in tempi non calamitosi, le 4-5 unità, piuttosto scarso, considerata la popolazione della diocesi, cosa che sembra confermare la decadenza dell'Ospedale.

Col tempo – per rispondere alla necessità della didattica della Facoltà di Medicina, l'Ospedale si fece carico della ristrutturazione del vecchio edificio – oltre che dell'ampliamento e dell'adeguamento della mobilia. A fine secolo vi si trovava una «stanza anatomica» per le sezioni cadaveriche dove dovevano svolgersi le lezioni per gli studenti di Medicina.

All'inizio del nuovo secolo, nonostante ritardi e difficoltà, lo «Spedale» cominciò faticosamente, ad assolvere anche ad una funzione terapeutica. I documenti del tempo forniscono qualche informazione sull'organizzazione interna e sul sistema di classificazione delle malattie. Le più comuni erano distinte tra «malattie mediche» e malattie «chirurgiche», a cui corrispondevano i due reparti ospedalieri e le due grandi specialità accademiche. Con le prime si designavano sostanzialmente le malattie «interne», febbri intermittenti, infiammazioni, «marasma», «ostruzioni», apoplezia, ecc.; per le seconde quelle «esterne» (ferite, fratture,

La facciata dell'Ospedale civile di Sassari in una foto dei primi del Novecento (Nuoro, collezione privata)

lussazioni, lue venerea, piaghe, oftalmie, fistole, varici, ecc.). Si trattava naturalmente di una classificazione arbitraria,¹⁰ basata anche sulle esigenze del servizio sanitario ospedaliero. La «lue venerea», ad esempio, era considerata «malattia interna» e malattia chirurgica e curata sia con applicazioni locali che con somministrazione di mercurio solubile.

Scarse, invece, le informazioni sul trattamento riservato ai malati e sui compiti svolti dai medici accademici e ospedalieri a cui la città riconosceva alcuni privilegi stabiliti al tempo della «Restaurazione» dei due atenei sardi. Mentre cominciarono ad emergere i primi problemi di coabitazione, i docenti più impegnati nell'assistenza cominciarono a manifestare i loro malumori per l'opera quasi gratuita prestata nelle sale dell'Ospedale.

In una supplica indirizzata al re, il medico collegiato, Gioacchino Umana, professore di Chirurgia e incaricato del servizio sanitario all'ospedale, lamentava che il maggior carico di lavoro gravasse sul chirurgo, non solo perché i curanti addetti alle «malattie mediche» (che comprendevano i clinici) erano in maggior numero, e, quindi, potevano avvantaggiarsi di una rotazione. Ma anche per la buona ragione che le «malattie chirurgiche» e cioè ferite, fratture, lussazioni, tumori e ascessi vari, cancrene, fistole, varici, ernie, piaghe, oftalmie, «mali venerei locali» ecc. alimentavano il grosso dei ricoveri (posto che, dopo la riforma, l'ospedale cittadino non ammetteva le malattie contagiose). Peraltro, le «malattie chirurgiche» richiedevano anche prestazioni di cura più laboriose e una presenza costante nelle infermerie, dove intorno agli anni Venti fu possibile disporre dell'ausilio di due studenti di medicina.

Grazie al lascito di un medico accademico (1824), infatti, l'ospedale cominciò ad accogliere due studenti meritevoli e di famiglia disagiata. I doveri dei due allievi interni erano assai gravosi e, in parte, assimilabili a quelli che avrebbe dovuto compiere un ben addestrato personale infermieristico. Essi erano tenuti a «prestare di giorno e di notte ... le più assidue e sollecite cure sanitarie agli infermi di qualsiasi genere». Dovevano «tenere pronto il necessario apparecchio per le visite mattutine e vespertine dei professori ed assistenti di clinica ... trovarsi presenti alle visite, riferendo con esattezza le osservazioni relative allo stato di ciascun ammalato». Alternativamente erano tenuti al servizio notturno e non potevano accettare ammalati che in casi «di urgentissimo bisogno per recente frattura, per colica, apoplezia, per gravi ferite, per ernie incurabili».¹¹

Una nuova fase nel rapporto università-ospedale si aprì negli anni Trenta all'interno di un progetto di razionalizzazione e in linea con l'esigenza di dare sviluppo alla clinica: la Congregazione incaricò due docenti della Facoltà di Medicina, i professori Pittalis e Cesaraccio, di procedere alla divisione dei letti per la Medicina e per la Chirurgia. Furono anche prese misure che in grandi ospedali della penisola erano state al centro delle riforme settecentesche: l'esclusione degli incurabili e degli affetti da malattie contagiose, in modo che i destinatari del ricovero ospedaliero restassero coloro che potevano essere curati. Ma la gestione dell'ospedale era al centro di continue lamentele. Il fatto è che il complicato bilanciamento di responsabilità e poteri di controllo (arcivescovo, Comune) conferiva un carattere del tutto peculiare all'amministrazione della «Pia azienda». Ne offre un esempio il funzionamento della cassa, col sistema delle tre chiavi detenute dall'arcivescovo, dal priore, dal deputato amministrativo e la supervisione del «sindaco di prima classe» sui mandati di pagamento.¹²

«La diretta amministrazione dei beni dello Spedale di Carità di Sassari ce l'ha la congregazione del medesimo composta di 12 membri. Si serve però di un economo per l'esazione del reddito spettante alla Pia Azienda che sorvegliano le riparazioni e il lavoro nei predi per attendere a due oliveti, il frutto dei quali si ha ogni biennio e si è sempre venduto al migliore offerente per pubblica licitazione nel Pa-

lazzo arcivescovile ed il ricavo è stato sempre versato nella cassa di deposito. La cassa esiste nel detto palazzo arcivescovile chiusa a tre chiavi, una delle quali la tiene lo stesso Arcivescovo, la seconda il cassiere deputato amministratore e la terza il Priore degli Ospedalieri. Si apre ogni quindici giorni onde pagare li mandati di spese, per cibaria dei religiosi, e cappellano, degl'infermi e servitori e dei due allievi di chirurgia, medicinali, utensili e riparazioni, per vestiario dei religiosi e cappellano e per il salario degli inservienti. I quali mandati vengono prima esaminati e sottoscritti dal sindaco di prima classe del consiglio civico, e da due deputati annuali, l'uno nobile, l'altro borghese e quindi registrati nel libro d'estrazione. Versa l'economista mensilmente nella stessa tutte le somme esatte, quali versamenti sogliono notarsi nell'altro libro d'introito ivi esistente, autorizzato soltanto il medesimo a pagare li censi passivi e le spese di coltivo dei suddetti oliveti e altre piccole spese. Alla scadenza di ogni anno si presenta da detto Economista all'intera congregazione il conto annuale di sua gestione».¹³

2. Il nuovo Ospedale SS. Annunziata

Nonostante l'impegno della Congregazione, tuttavia, l'ospedale continuava a vivere in ristrettezze, con un numero di letti che non arrivava a 30, mentre crescevano le esigenze di un'utenza in continuo aumento, sotto la pressione dell'incremento demografico.¹⁴

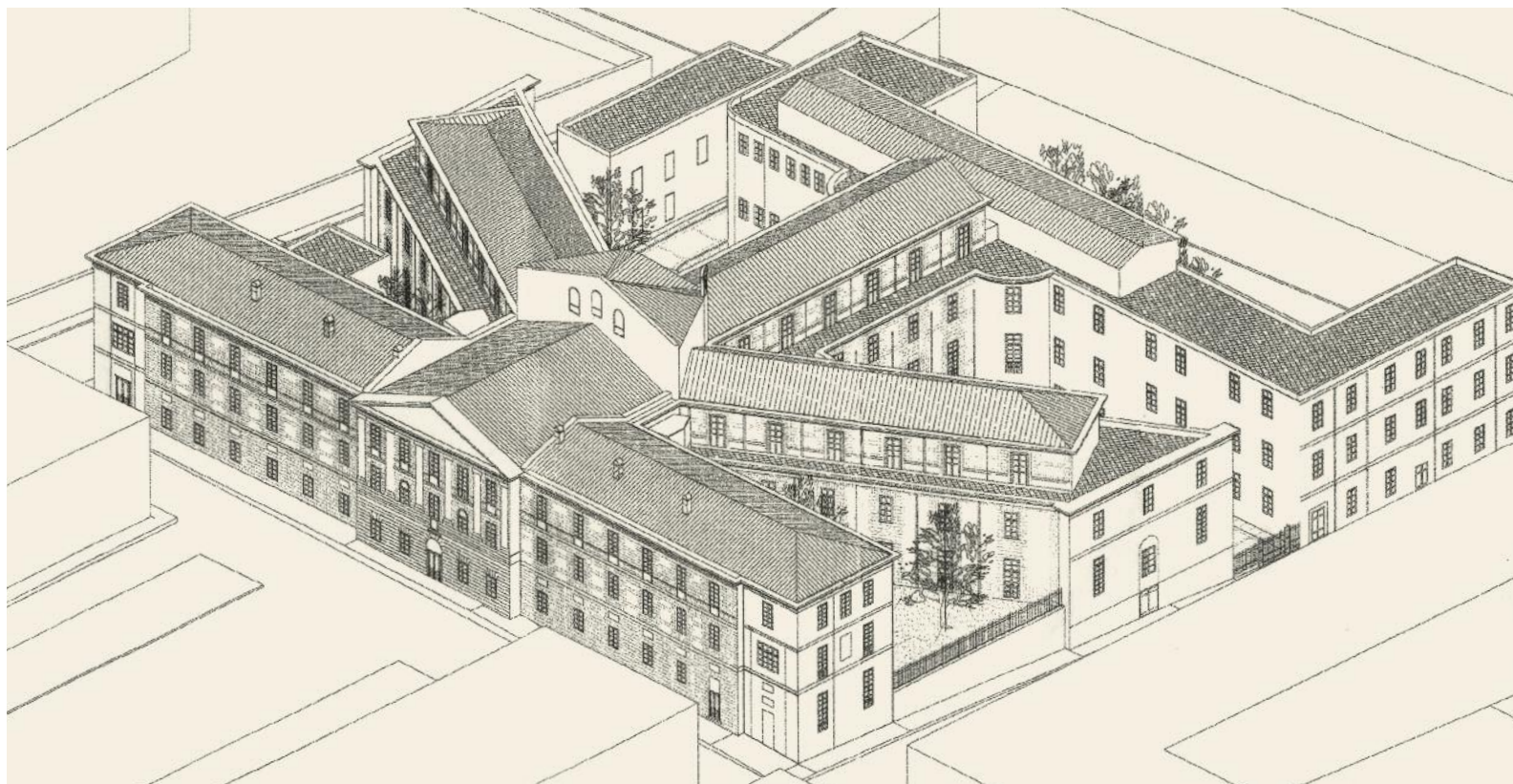
La necessità di una nuova e più moderna struttura si scontrava, tuttavia, con la ristrettezza delle risorse, nonostante alcuni consistenti lasciti.¹⁵ Ma non solo. C'era anche l'antico problema di spazi che affliggeva la città, ancora racchiusa tra le mura medievali.

Caduta la proposta di adattare ad ospedale il vecchio convento della Trinità, fuori di Porta Macello, maturò quella di una costruzione ex novo negli anni in cui incombeva il rischio del colera, materializzato nei territori degli Stati sabaudi nel 1835. La comparsa del morbo a Nizza e a Marsiglia, infatti, e il timore che l'epidemia raggiungesse l'isola – nonostante il cordone sanitario marittimo – e divampasse nei quartieri popolari di Sassari, fu all'origine dell'attesa concessione reale – che arrivò, infine, nel 1836 – di edificare fuori delle mura.

Il dibattito a più voci sulla tipologia del nuovo ospedale – uno dei pochissimi costruiti ex novo in Italia negli anni quaranta dell'Ottocento, in un periodo di transizione per l'architettura ospedaliera – offre un'interessante panoramica delle concezioni dominanti al tempo circa le funzioni dell'ospedale. Il sito giudicato più idoneo per la nuova costruzione si trovava ad alcune centinaia di metri dalle antiche mura della città, nelle cosiddette *Appendici*, ad est dell'abitato, in un'area destinata a diventare zona d'espansione. La scelta suscitò lunghe discussioni. Quella poi adottata fu giustificata con l'argomentazione che «il luogo risultava il migliore perché moderatamente ventilato» ed «il meno umido possibile». Presa la decisione – non senza contrasti – furono compiuti i successivi passi: chiedere all'ingegnere capo del Circondario di Sardegna di Ponti, acque e strade di suggerire un progettista; sottoporre il progetto al giudizio della congregazione e del Congresso permanente di Ponti, acque e strade.¹⁶

La procedura fu avviata nel 1841 dopo la scelta del tecnico, un giovane allievo ingegnere, Carlo Berio, che aveva partecipato al concorso per il progetto delle carceri penitenziarie di Alessandria.

Era allora aperto il dibattito sullo spazio ospedaliero sviluppatosi in Francia dopo l'incendio all'Hotel-Dieu, che aveva visto intervenire anche l'*Académie royale des sciences*.¹⁷ Inchieste e studi avevano ribadito che per essere un luogo di cura, l'ospedale doveva diventare un dispositivo anti-contagio. La nuova organizzazione ospedaliera doveva puntare sulla separazione dei corpi, la purificazione dell'acqua e la circolazione dell'aria. Perciò si doveva applicare il principio della dispersione: degli ospedali dai centri storici, delle camere dai servizi, delle malattie



Ricostruzione del complesso dell'Ospedale civile sassarese in occasione dei lavori di restauro dell'edificio da parte del Ministero per i Beni e le Attività Culturali

tra loro. Solo norme rigorose – il calcolo della cubatura dei locali, lo spazio individuale e la classificazione e segregazione spaziale delle malattie – potevano assicurarne il buon funzionamento.¹⁸

Il progetto Berio – poi ampiamente rimaneggiato dai tecnici del Congresso – rifletteva i nuovi indirizzi. Esso presentava una struttura a raggiera, con una disposizione che prevedeva la separazione dei malati e questi dai servizi e dall'amministrazione, con infermerie piccole e soffitti a volta. Si articolava su due piani, nell'ultimo dei quali era prevista la cappella. Prima di passare al vaglio della congregazione,¹⁹ e a quello del governo viceregio, il progetto fu esaminato – nel settembre del 1841²⁰ – dall'organismo tecnico, che operò numerose modifiche.²¹ Le «emendazioni» suggerite tendevano, da una parte, a rendere lo stesso rispondente «allo scopo prefisso»; dall'altra a ridurre le spese. La prima preoccupazione era quella di assicurare la maggiore «salubrità» possibile all'edificio: a questo scopo si suggeriva di disporre i 5 raggi in modo da ottenere cortili «più ampi e più ventilati di quelli proposti». Entrando poi nel merito, essi trovavano che i magazzini sotto le infermerie erano troppo grandi, che l'atrio era poco illuminato e poco elevato. Inoltre la cucina era troppo ristretta e avrebbe dovuto essere «sollevata al sito centrale dell'edificio per essere più a portata delle infermerie». Veniva anche criticata la scelta della dislocazione della sala mortuaria e della sala d'anatomia, perché troppo vicine agli altri locali di servizio. Gli spazi per i «maniaci» apparivano troppo ristretti. Per quanto riguarda le infermerie (la cui altezza doveva essere di 9 e non di 11 metri) si suggeriva di ampliarle in modo da potervi collocare una terza fila di letti, mentre la farmacia doveva essere posta al piano terreno per evitare «incomodi» a malati e inservienti. Infine, per economizzare, si consigliava di sopprimere «i soverchi ornati» alle finestre.²² Programmato per una capacità ricettiva di una cinquantina di letti e con qualche concessione alle esigenze della Facoltà di Medicina, il nuovo ospe-

dale prevedeva sale mediche e chirurgiche, l'aula d'anatomia per le lezioni, e un efficiente impianto per la conduzione dell'acqua e lo smaltimento dei rifiuti. Nell'elenco delle opere, compare, infatti, la spesa per «cisterne, purgatoj, tubi per convogliare le acque e le immondezze».²³ A sei anni di distanza dalla posa della prima pietra, il 29 settembre del 1849, il nuovo edificio fu finalmente pronto, almeno nella parte riservata ai malati. Essi poterono così lasciare il cosiddetto «ospedale vecchio», che di lì a qualche anno – nel 1855 – un medico genovese, venuto a Sassari per assistere i malati di colera, descriveva come un locale «composto di due grandi sale, scarse d'aria e di luce».²⁴

In una solenne processione furono trasferiti i simulacri di San Giovanni di Dio e l'effigie della SS. Annunziata, che diede il nome al «nuovo e magnifico ospedale»,²⁵ non più soffocato all'interno dei malsani quartieri storici cittadini, dove i mali epidemici trovavano facile esca nel sovraffollamento delle case, nell'acqua contaminata e nella mancanza di efficienti sistemi di smaltimento dei rifiuti.²⁶

Già in corso da diversi anni, come si è visto, il deciso ridimensionamento del ruolo dei padri ospedalieri, portò alla loro uscita di scena a qualche anno di distanza dal trasferimento degli infermi nel nuovo ospedale. Ai frati presenti nel convento era stato concesso di restare vita natural durante, esclusivamente con compiti assistenziali. Ma, nel 1851, ormai ridotti ad esercitare solo la funzioni di infermieri, si ritirarono dal servizio attivo, un'uscita di scena che accompagnava il modificarsi degli assetti culturali e istituzionali su cui si basava il sistema della vecchia carità ospedaliera.

La direzione del servizio interno venne affidata alle suore di carità dell'ordine di San Vincenzo. Il primo nucleo di cinque suore, destinate al servizio di assistenza, arrivò a Sassari nel 1856.²⁷

Nei decenni successivi i loro compiti si allargarono ben oltre il «servizio domestico» e l'accoglienza dei ricoverati, facendone una componente



Scalone d'ingresso dell'ex Ospedale civile SS. Annunziata

fondamentale della vita ospedaliera. La superiora custodiva, tra l'altro, gli scaffali dell'armamentario chirurgico e a lei i sanitari dovevano rivolgersi, e con una richiesta scritta per poter disporre di ferri e strumenti chirurgici.²⁸

3. Ospedali e cliniche: una difficile coabitazione

All'indomani dell'Unità, la legge sulle opere pie del 1862 e quella comunale e provinciale del 20 marzo 1865 – che in uno dei sei allegati, C, regolamentava la materia sanitaria²⁹ – influirono sull'assetto istituzionale del SS. Annunziata, sulla gestione finanziaria, e, indirettamente sui rapporti tra ospedale e università.

Secondo le norme fissate dalla legge sulle opere pie e dal successivo regolamento, era ora il Consiglio comunale ad esprimere il presidente e i sei membri elettivi del consiglio di amministrazione (due erano fissi, il sindaco e, a turno, uno dei cinque parroci delle parrocchie S. Apollinare, S. Donato, S. Sisto, S. Nicola, S. Caterina). Alla Deputazione provinciale era demandata l'approvazione dei regolamenti e dei consuntivi, mentre l'ingerenza del potere centrale si limitava al controllo del prefetto sul regolare andamento amministrativo e sull'osservanza di leggi e regolamenti.

Per quanto riguarda la legge del 1865, l'attribuzione ai comuni dell'onere del servizio sanitario per i poveri, si traduceva, di fatto, in un'estensione della sfera di utenza per l'ospedale civile di Sassari. Compatibilmente con la capacità ricettiva, esso doveva accogliere malati poveri provenienti da altri comuni che si accollavano le spese

ospedaliere, un obbligo non sempre osservato, lamenteranno gli amministratori di lì a qualche anno, con la necessaria puntualità.

Fu in questa fase di crescita, negli anni Settanta dell'Ottocento, che le difficoltà di rapporti tra università ed amministratori dell'ospedale cominciarono ad emergere con sempre maggiore evidenza. La posizione di questi ultimi nei confronti delle cliniche emerge dal termine «tolterate», usato nei regolamenti che accompagnano il primo statuto dell'ospedale, approvato nel 1873.³⁰ Ad esse erano destinate sale apposite con un numero di letti non minore di otto per ciascuno dei due professori di Medicina e Chirurgia e di quattro per quello di Oculistica. Contemporaneamente erano cambiate le norme che regolavano la gestione del patrimonio e le modalità di nomina degli amministratori. I membri elettivi erano indicati ora dalla Deputazione provinciale su una terna proposta entro il mese di novembre di ogni anno dalla giunta comunale. A nominare il presidente, scelto sempre tra i membri elettivi, era la commissione stessa. L'ospedale provvedeva all'assistenza con le sue rendite date da beni immobili e da altri cespiti.³¹

Gli amministratori tendevano a non forzare più di tanto le finalità assistenziali dell'opera pia ospedaliera, selezionando l'utenza. L'ospedale era riservato, infatti, «al ricovero e alla cura dei poveri maschi e femmine infermi di malattie acute del comune di Sassari».³² Erano escluse le malattie contagiose,³³ quelle croniche ed incurabili, per le quali ci si riservava di stabilire sale apposite quando i redditi dell'ospedale lo avessero consentito. Non potevano esservi ricoverate neppure le partorienti «quantunque povere e in stato di malattia acuta»



Vestibolo dei benefattori (fine XIX-inizi XX secolo) nell'ex Ospedale civile SS. Annunziata

fino a quando Provincia e Comune non avessero finanziato la realizzazione di una sala di maternità.³⁴

Tra gli anni Settanta e Ottanta, in una nuova era caratterizzata dallo sviluppo della medicina ospedaliera, dall'evolversi delle strategie terapeutiche, dalla medicalizzazione dello spazio ospedaliero, dall'applicazione delle moderne tecnologie – come la pratica antisettica negli interventi chirurgici – anche la fisionomia dell'utenza cominciava a cambiare, a conferma, anche, delle trasformazioni dell'immagine del SS. Annunziata, la cui capacità ricettiva era di 40 letti, di cui 26 per i maschi e 14 per le donne.

Non più «albergo dei poveri» e «anticamera della morte», con la crescente disponibilità di risorse diagnostiche e terapeutiche e la crescita dei posti letto riservati alle cliniche, esso cominciava a richiamare «persone facoltose», mediante pagamento di un compenso giornaliero. Il trattamento riservato ai malati era stabilito dallo statuto e dai regolamenti che indicavano minuziosamente i meccanismi di ammissione, le regole per i degenti, le cure che dovevano essere somministrate.

Il loro percorso, dal momento in cui varcavano il portone dell'Ospedale era puntigliosamente tracciato, come in tutti i nosocomi ottocenteschi. Prima di tutto, essi dovevano denunciare «lealmente» generalità, domicilio, professione, condizione di famiglia e consegnare alla superiora abiti, carte, denaro, oggetti. Se ritenuti «acconci ai bisogni dell'istruzione» dai professori universitari, venivano assegnati alle cliniche. I letti erano separati da una distanza di almeno un metro e dovevano contenere nella testiera un numero progressivo, il nome e il comune di

provenienza del ricoverato e la malattia da cui era affetto. Ad ogni letto era «annesso conveniente mobilio».

La sistemazione dei malati prevedeva la separazione tra i sessi, tra gli ammalati di Medicina e di Chirurgia, tra quelli «posti a disposizione dell'istruzione universitaria» e quelli curati dai sanitari dell'ospedale.³⁵ La precisa elencazione degli obblighi e dei divieti sembra testimoniare, da una parte, della progressiva affermazione della componente medica all'interno dell'ospedale; dall'altra la ferma volontà di chiudere gli spazi di autonomia, ritenuti evidentemente eccessivi, di cui «i poveri infermi» – per usare un'espressione corrente nei documenti – dovevano aver goduto nell'antico nosocomio, coricandosi o alzandosi dal letto a loro piacimento, uscendo senza permesso, sottraendosi alle prescrizioni del medico, ricevendo visite a tutte le ore, affollando le corsie, dando tutta o parte della propria razione a familiari o parenti in visita o ricevendo dall'esterno cibi o altro.³⁶

Rigidamente stabiliti erano anche i tempi del riposo, delle visite mediche, dell'assunzione dei medicinali.³⁷ Gli infermieri avevano l'obbligo di assisterli «con diligenza e amorevolezza»,³⁸ di somministrare loro i medicinali e i pasti nelle ore e nei modi stabiliti, di vigilare sulla «nettezza» dei corpi, nonché su quella delle infermerie e dei letti. I medici e i clinici universitari, da parte loro, dovevano adoperarsi perché fossero «loro assegnate quelle cure e diligenze che l'indole della loro malattia e la gravità di essa fossero per richiedere».³⁹

Il corpo malato, accolto all'ospedale in virtù dello stato di povertà, era oggetto d'osservazione e di studio nelle sale destinate alla trasmissione

del sapere medico. Dopo il decesso, se non richiesto da alcuno, poteva essere reclamato «nell'interesse dell'istruzione universitaria», dal professore di clinica e da quello di anatomia per scopi didattici.⁴⁰

Spettava all'amministrazione – secondo lo statuto – la scelta di quale dei due medici doveva sovrintendere al servizio sanitario.

La figura del direttore sanitario compare solo nel regolamento del 1876, in un periodo, cioè, in cui la professione medica andava assumendo un nuovo status. Oltre che della «cura degli infermi» e delle condizioni igieniche dell'ospedale, era responsabile di tutto ciò che riguardava il servizio sanitario, l'assistenza ai malati da parte degli infermieri, la compilazione dei prospetti e delle tabelle del movimento giornaliero dei ricoverati. E, ancora, della raccolta delle statistiche mensili e delle relazioni annuali che dovevano riportare, nel dettaglio, le malattie trattate, l'indicazione del loro decorso, il numero dei malati guariti e deceduti, i metodi di cura adottati e i risultati ottenuti.⁴¹ Inoltre il direttore sanitario aveva il compito di vigilare sulla puntuale osservanza degli obblighi imposti ai due allievi di Medicina e Chirurgia⁴² che l'ospedale manteneva in virtù del lascito testamentario Pittalis.

Sia il direttore sanitario che gli allievi – specificavano i regolamenti – erano tenuti a prestare la loro opera esclusivamente nei reparti dell'ospedale, con esclusione delle cliniche. Ma la puntigliosa programmazione di spazi e compiti non riusciva ad aver ragione della scontroosità dei rapporti tra amministrazione ospedaliera e clinici universitari.⁴³

4. Verso la clinicizzazione dell'Ospedale

Dopo la firma della prima convenzione, il 31 ottobre 1879, i contrasti andarono crescendo, per esacerbarsi ad ogni rinnovo. Si accentuarono dopo la legge delle Opere Pie del 1890,⁴⁴ la cui applicazione – senza toccarne l'autonomia patrimoniale – si traduceva in un peso notevole per ospedali come il SS. Annunziata che si trovavano in città sedi di facoltà medico-chirurgiche. La legge sanciva, infatti, l'obbligo «di fornire i locali e di lasciare a disposizione i malati e i cadaveri occorrenti per i diversi insegnamenti» (art. 98). I legislatori avevano ben presente il costo aggiuntivo che la funzione didattica avrebbe comportato rispetto alla sola funzione assistenziale e avevano stabilito che «era dovuta agli ospedali un'indennità equivalente alla differenza tra le spese che incontrerebbero se non dovessero provvedere al servizio per gli insegnamenti e le maggiori spese cagionate da tale servizio».

Il malcontento che la legge era destinata a suscitare fu anticipato dalla discussione della legge alla Camera dei Deputati, dove si svolse un accesissimo dibattito sull'art. 98. Alcuni accusavano le amministrazioni ospedaliere di imporre condizioni troppo onerose per far spazio alle cliniche. «Gli ospedali – affermò, tra gli altri, il deputato Carnazza – si sono creduti proprietari del patrimonio morale che scaturisce dal loro ufficio umanitario e filantropico; e, dovendo apprestare le cliniche alle varie università, hanno imposto talvolta delle condizioni enormissime». Altri, invece, pur affermando che «la scuola [era] carità anch'essa», richiamavano i pesi che venivano a ricadere sugli ospedali: «... È presto detto fornire i locali per le cliniche! E se gli ospedali non posseggono questi locali, dovranno essi anticipare l'ingente spesa che occorre per provvederli? E vi pare cosa da poco questo verbo "fornire" che è così complesso e significa provveder cosa completa?».⁴⁵

In effetti, per molti piccoli ospedali l'esigenza di adeguarsi alla legge impose uno sforzo poderoso per i bilanci. All'inizio del Novecento, le spese sostenute dal SS. Annunziata erano davvero ingenti. Le nuove costruzioni soffocavano le strutture e impedivano perfino il regolare svolgimento della didattica⁴⁶ (tab. 1). I continui adattamenti, dovuti all'esigenza di assicurare spazi alle cliniche e ai servizi, di evitare la promiscuità nella cura, di ricavare spazi per il maggior numero possibile di letti, avevano gravemente compromesso – stando all'amministrazione ospedaliera – le condizioni igienico-ambientali dell'ospedale. Nelle in-

fermerie mancavano luce e aria per una sufficiente ventilazione, ritenuta da committenti e progettisti una condizione fondamentale al momento della costruzione del SS. Annunziata. Gli interventi – che avrebbero finito per modificare totalmente il primitivo impianto dell'edificio – erano cominciati nei primi anni Ottanta, sotto la pressione di istituti e cliniche, per le quali erano necessari attrezzature e locali.

Nel 1880-81, «nella manica di levante» fu edificato l'Istituto di anatomia patologica. Qualche anno dopo fu completata la manica di ponente dell'ospedale per installarvi la clinica chirurgica, adattando il camerone al piano superiore, con nuove divisioni interne e allestimento della sala operatoria e relativo lucernario. Erano seguite, quindi, fino allo scoppio della prima guerra mondiale, innumerevoli costruzioni, ampliamenti e adattamenti, il grosso dei quali riguardanti le cliniche, tra cui la dermosifilopatica, l'ostetrica, l'oculistica, la chirurgica:

Tab. 1. Costruzioni e adattamenti per le cliniche universitarie tra il 1879 e il 1918

Interventi	Anno d'esecuzione	Importo spesa
Adattamento dei locali ed arredamento	1879	L. 2.649,69
Costruzione dell'Istituto di anatomia patologica e relativo arredamento	1880-81-82	L. 17.864,61
Restauro dei locali delle Cliniche	"	L. 2.100,00
Mobili diversi	"	L. 1.200,00
Restauri e pavimentazione	1883	L. 1.076,85
Mobili	1883	L. 250,00
Fabbrica di ponente (San Giovanni)	1884	L. 53.486,23
«Adattamenti» nelle varie Cliniche	1886	L. 846,02
«Adattamenti» nelle varie Cliniche	1887-88	L. 745,25
Ampliamento della Clinica ostetrica	1891-92	L. 18.775,00
Mobili	"	L. 193,05
«Adattamento» nelle varie Cliniche	1893	L. 462,05
Mobili	"	L. 198,00
«Adattamento» nelle varie Cliniche e impianto a gas	1894	L. 943,50
«Adattamenti e divisioni»	1895-96	L. 2.781,70
«Adattamenti»	1897	L. 1.396,85
«Adattamenti»	1900	L. 607,75
Completam. Fabbricato verso P.zza d'Armi	1901	L. 29.400,00
Completamento della Clinica dermosifilopatica	1902	L. 5.899,96
Completamento della Clinica dermosifilopatica	1903	L. 565,74
Impianto a gas	1904	L. 714,89
«Adattamenti»	"	L. 370,00
«Adattamenti»	1905-906	L. 4.016,97
Ampliamento dei locali della Clinica dermosifilopatica	"	L. 6.368,56
Adattamenti, tubature del gas; Clinica medica	1907	L. 2.126,00
«Adattamenti»	1908	L. 259,25
Lavori eseguiti nelle Cliniche e sistemazione degli uffici delle Cliniche neuropatica, dermosifilopatica e oculistica	1909	L. 2.072,90
Lavori eseguiti nelle Cliniche dermosifilopatica, ostetrica e chirurgica	1911	L. 1.700,00
Lavori eseguiti nelle Cliniche, Sonerie elettriche, neuropatologia e dermosifilopatica	1912	L. 3.947,65
Ambulatorio della Clinica oculistica, tunnel di comunicazione con la dermosifilopatica, impianto a gas, impianto idrico	1913	L. 15.592,15
Pavimentazione in graniglia e diversi lavori di adattamento	1914	L. 7.369,00
Apertura della porta in via Manno e lavori di adattamento	1915	L. 1.927,86



Corsia della Clinica pediatrica dell'Università di Sassari (Archivio Storico dell'Università di Sassari)

Una corsia dell'Ospedale civile di Sassari in una foto degli anni Trenta

La contrarietà degli amministratori alle continue spese richieste dalle cliniche universitarie, emerge in ogni atto e documento pubblico, dove pure viene ribadita l'importanza attribuita all'ateneo, considerato un'istituzione che dava lustro alla città:

Non si può dissimulare che il costo di questi Istituti fu motivo permanente di preoccupazioni fin da quando vennero concentrati nello stabilimento e la ragione fu non meno plausibile per quest'amministrazione; inquantoché essa, mentre volle sempre giovare all'incremento dei medesimi per quel sentimento di affezione, lustro e decoro che non poteva non essere spontaneo verso l'Ateneo cittadino, trovò nello stesso suo buon volere motivo di continuo ed ingentissimo dispendio.⁴⁷

Col tempo le lamentele si fecero sempre più aspre. Gli amministratori denunciavano il fatto che una parte del patrimonio destinato alla beneficenza per i poveri di Sassari fosse destinato all'adeguamento delle cliniche e sostenevano che meglio sarebbe stato contribuire con il Comune, la Provincia e lo Stato ad una costruzione ex novo.

L'amministrazione Ospedaliera, privandosi dei locali strettamente necessari all'esercizio della beneficenza per i poveri di Sassari, alienando una parte del patrimonio per costruire ed adattare i locali clinici, fu mossa dal nobile sentimento di favorire la vita universitaria. Non vi ha però dubbio che meglio avrebbe fatto contribuendo insieme al Comune, alla Provincia e allo Stato, con un sussidio a che le Cliniche, anziché sovrapposizioni e affastellamento ingombrante di fabbricati che angustiano l'insegnamento e danneggiano l'edilizia dell'Ospedale, si fossero costruite sopra altro terreno, ampie igieniche, provvedute di locali e di cortili rispondenti ai crescenti bisogni della scuola, e all'alto ufficio degli scienziati che ne hanno la direzione ...⁴⁸

Ma gli amministratori dell'ospedale si trovavano di fronte anche ad altri problemi. La legge sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza del 1890 aveva imposto nuovi obblighi, tra cui quello di accogliere mediante la procedura del ricovero d'urgenza, anche i malati che risiedevano in altri comuni e avevano urgente bisogno dell'assistenza ospedaliera. A sostenere i costi sarebbero stati poi i Comuni d'origine. Inoltre la stessa legge aveva introdotto il concetto di domicilio di soccorso, ampliando il ventaglio delle condizioni che conferivano titolo all'assistenza e alla cura: tutti i cittadini che dimoravano da più di cinque anni nel comune o che vi erano nati, compresi gli illegittimi e gli stranieri che vi erano domiciliati.⁴⁹ Le norme si inserivano nel processo di medicalizzazione avviato con la legge sanitaria o legge Crispi del 1888, che aveva tracciato le linee della politica sanitaria dell'Italia liberale. Parallelamente erano cresciuti i contributi degli enti locali all'ospedale e aveva preso l'avvio quel processo di pubblicizzazione dell'economia ospedaliera che, ad ogni passo, mostrava ormai, e con tutta evidenza, la crisi di un sistema assistenziale fondato sulle risorse della beneficenza ospedaliera.

Nel 1910, i contrasti tra ospedale e università esplosero in un vero e proprio conflitto, su cui furono chiamati a pronunciarsi gli arbitri previsti dalla legge. La sentenza emanata il 20 aprile di quell'anno diede ragione agli amministratori, specificando che «ormai si era giunti all'estremo limite» e che ulteriori concessioni avrebbero reso impossibile all'ospedale «il funzionamento della beneficenza per la quale è istituito». Nel secondo decennio del secolo cominciava ad avanzare, da più parti, la richiesta di costruire le cliniche, per le quali si invocava un intervento dello Stato, che, tra l'altro, aveva concorso alla realizzazione della Clinica chirurgica di Pisa e degli Istituti clinici di Padova.

La scelta del sito provocò discussioni e polemiche. Da una parte stavano coloro che sostenevano l'idea di costruire i nuovi padiglioni tra

l'ospedale e la chiesa di San Giuseppe. Dall'altra i sostenitori della necessità di allontanare gli ospedali dall'abitato, in cui, criticavano gli oppositori, confluiva «la credenza che costituiscano un pericolo per la salute pubblica, potendo essi diventare focolai di contagio. È questo un pregiudizio contraddetto dalla osservazione di tutti i giorni. In tutte le grandi città d'Italia gli ospedali sono situati in mezzo all'abitato».⁵⁰ A prevalere fu poi la scelta della periferia della città. Nella seconda metà degli anni Trenta fu realizzato il primo palazzo di viale San Pietro, destinato ad accogliere quattro istituti clinici: Clinica chirurgica generale, Patologia speciale chirurgica, Patologia speciale medica, Clinica medica generale, dotata quest'ultima di un modernissimo impianto di raggi X.⁵¹

Essa fu solennemente inaugurata il 3 ottobre 1937 dal ministro Giuseppe Bottai.

Ma, intanto, al regio decreto del 30 settembre 1923, che riordinava tutta la scuola italiana era seguito il 10 febbraio 1924 il R.D. n. 549 che clinicizzava gli ospedali. Così come era accaduto con la legge del 1890, esso suscitò molte resistenze, in particolare negli ospedali di antica tradizione dove si temeva la formazione di «un'oligarchia clinica ufficiale, a cui dovrebbe inchinarsi tutto il pensiero medico di una serie di generazioni».⁵² Il decreto governativo del 1924 – poi ricompreso nel Testo unico delle leggi sull'Istruzione Superiore del 31 agosto 1933, n. 1592 – stabiliva che «Le Cliniche Universitarie, le quali abbiano locali propri, potranno funzionare come reparti ospedalieri per l'intero anno solare, con le norme ed alle condizioni che saranno dall'amministrazione universitaria convenute con le pubbliche istituzioni che ne facciano richiesta». Si rafforzava così il collegamento tra università e strutture ospedaliere. E si apriva una nuova fase che avrebbe visto la nascita del Policlinico, attraversando il secolo XX fino ai giorni nostri e ai recentissimi sviluppi legislativi e ai protocolli d'intesa a livello locale, che hanno portato alla formazione dell'Azienda mista cui è affidato il compito di integrare armoniosamente l'assistenza sanitaria, la ricerca scientifica, l'insegnamento clinico, la cura degli ammalati.

Note

1. Su questo tema cfr. in generale A. Scotti, "Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità", in *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e Medicina*, Torino, Einaudi, 1984, p. 238; e in particolare E. Tognotti, *Lo "Spedale" SS. Annunziata in Sassari*, Sassari, Edes, 2005.
2. All'Ospedale, l'università versava i cosiddetti «diritti di propine». Gli studenti pagavano per ogni esame di magistero 1 lira sarda, di baccellierato 1,10, di licenza 2,10 e di laurea 4. Nel 1785, ad esempio, l'Ospedale incamerò 943 lire sarde cfr. G. Murro-Sotgiu, *Notizie storiche dello Spedale civile di carità di Sassari*, Sassari, Dessì, 1911, p. 28; D. Cossu, *Gli ospedali civili in Sardegna*, estratto da Atti del primo Congresso Europeo di Storia Ospitaliera, Reggio Emilia, 6-12 giugno 1960, Rocca San Casciano; dott. G. Pinna, *Ospedali civili di Sardegna*, Cagliari, Tipografia de L'Avvenire di Sardegna, 1890.
3. E. Verzella, *L'Università di Sassari nell'età delle riforme*, Sassari, CISUS, 1992.
4. Archivio di Stato di Torino, Sardegna, Ecclesiastico, ospedali e opere pie, cat. 13, (da ora AST, FS, E), *Informativa del Giudice della Reale Udienza Comm. Graneri. Della fondazione e progressi dell'ospedale di Sassari*.
5. *Ordinazione unica. Ordinamento di Carlo Emanuele Re per l'erezione di una congregazione sovra cadauno degli spedali de'poveri infermi, ed infanti esposti, e per la migliore amministrazione, e governo de' medesimi* in P. Sanna Lecca, *Editti e altri provvedimenti emanati pel Regno di Sardegna*, Cagliari, Stamperia Reale, 1775, tomo I, titolo II, *De' Pubblici spedali*, p. 96.
6. Per la congregazione furono designati il marchese Boil di Putifigari, «gentiluomo di camera di S.M.»; don Diego Manca Pilo, sergente maggiore di fanteria; don Giuseppe Manca, commissario generale di cavalleria; don Giuseppe Amat. AST, Sardegna, Ecclesiastico, cat. 13, *Nota de' soggetti della Linea de' Nobili trascelti da S.E. il sig. Vice re in membri delle rispettive Congregazioni stabilite sopra gli Spedali*.
7. *Ibidem*, Tit. XVIII.
8. L'espressione è in una supplica rivolta al re dal medico collegiato Gioachino Umana, «professore di Chirurgia della Regia Università di Sassari». Archivio di Stato di Cagliari, Segreteria di Stato e di Guerra, serie II, vol. 87, ospedale Civile di Sassari, (da ora in poi ASC, SSG) s.d.
9. *Informativa del Giudice della Reale Udienza Comm. Graneri. Della fondazione e progressi dell'ospedale di Sassari*, sempre nel fondo cit. dell'AST.
10. Non esisteva al tempo un solo metodo di classificazione delle malattie. Quelli esistenti non facevano che contraddirsi tra loro. Cfr. E. Bouchut, *Des méthodes de classification en nosologie*, Paris, 1853.
11. Il regolamento fu codificato solo nel 1862 con la legge del 25 maggio 1862.
12. ASC, SSG, serie II, vol. 87.
13. *Ivi*, informativa del 10 novembre 1846.
14. *Ivi*, documento del 10 settembre 1838.
15. Tra i lasciti a favore dell'ospedale si possono ricordare quelli del sacerdote Pietro Budroni (1791), di don Francesco Brunengo (1786), del canonico dottor Bachisio Manca (1793), del sacerdote Domenico Agnesa (1798). Tra i grandi benefattori si distinsero il governatore del Capo di Sassari e di Logudoro, Antioco Santuccio, morto a Cagliari nel 1804; e, ancora, il cav. Gavino Pittalis, medico accademico e vice protomedico della provincia di Sassari e sua moglie Antonia Tealdi che destinarono i loro beni al nosocomio. A cui pervennero anche i beni del Convento dei padri trinitari di Sassari (fondato nel 1610), soppresso da Gregorio XVI con bolla del 6 dicembre 1831. Inoltre il pontefice aveva disposto con bolla dell'11 gennaio 1833 che 9/12 del «valente degli spogli» dell'arcivescovo turritano Don Gavino Murru si devolvesse all'ospedale. Cfr. G. Murro Sotgiu, *Notizie storiche* cit., p. 31.
16. ASC, SSG, serie II, vol. 87, *Lettera al Ministero del 22 settembre 1841*.
17. "Rapport des Commissaires de l'Académie des sciences", 1787, in *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital modernel)*, Parigi, Institut de l'environnement, 1976, pp. 32-33.
18. J. Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Parigi, 1816, 1848.
19. Sebbene fosse stato istituito un Consiglio di carità nel 1837 (17 giugno), nei documenti quell'organismo è indicato come Congregazione.
20. ASC, SSG, serie II, vol. 87, *Parere del Congresso permanente di acque e Strade intorno al progetto dello Spedale Civile di Sassari*, 11 dic. 1841.
21. *Ivi*, *Lettera al Ministero* cit.
22. *Ivi*, *Parere del Congresso permanente di acque e Strade* cit.
23. *Ivi*, *Quadro delle opere che devono eseguirsi nell'ospedale civile per potervi trasportare gli ammalati*.
24. G. Du Jardin, *Memorie storico cliniche sul colera-indico osservato in Sassari nell'epidemia del 1855*, Genova, 1856, p. 29.
25. L'espressione è del Du Jardin, *Memorie* cit., p. 30.
26. Non per niente Sassari – a causa delle ricorrenti epidemie di peste, di vaiolo, di febbri intestinali – era nota come una «città per pestilenze famosa»: G. Siotto Pintor, *Storia civile dei popoli sardi dal 1798 al 1848*, Torino, Casanova, 1877.
27. A. Tedde, *L'attività sociale delle Dame di carità nel primo Novecento a Sassari. La casa Divina Provvidenza 1910-67*, Ozieri, Il Torchietto, 1994, p. 16 ss.
28. *Regolamento per l'amministrazione e servizio interno dell'ospedale civile di Sassari*, Sassari, Tipografia Azuni, 1876, artt. 47-48.
29. Allegato C, *Legge sulla salute pubblica*.
30. *Statuto organico dello Spedale civile di carità in Sassari, 19 luglio 1873*, Sassari, Tipografia Turritana, 1873.
31. *Ibidem*, art. 9. (Beni rurali e case, canoni, censi, rendite da titoli del debito Pubblico, rette, proventi da lotterie e spettacoli pubblici, donazioni e lasciti).
32. *Statuto organico dello Spedale civile di carità in Sassari* cit.
33. A. Conti, *La questione ospitaliera di Sassari*, Sassari, Gallizzi, 1910.
34. *Ibidem*.
35. *Regolamento per l'amministrazione e servizio interno* cit., art. 39.
36. *Ibidem*, art. 58. Ai divieti si accompagnavano nuove disposizioni: «Gli infermi che per avviso del Sanitario curante fossero in grado di farlo, debbono levarsi ogni mattina all'ora preferita, rifare il proprio letto, e prestarsi a tutte quelle esigenze che siano compatibili con le loro forze e con le loro condizioni» (art. 4).
37. In generale sull'ospedale ottocentesco cfr. P. Frascani, "Ospedali, medici e malati dal Risorgimento all'età giolittiana", in *Storia d'Italia, Annali, 7* cit.
38. *Regolamento per l'amministrazione servizio interno* cit., art. 39.
39. *Ibidem*, art. 42.
40. *Ibidem*, art. 70.
41. *Regolamento per l'amministrazione del servizio interno dell'ospedale civile di Sassari, 11 febbraio 1876*, Sassari, Chiarella, 1876.
42. Gli studenti erano scelti dall'amministrazione del Pio Istituto sulla base di un'indicazione del rettore dell'università.
43. R. Decreto 29 marzo 1888, n. 5.332 (titolo terzo, art. 31).
44. L. 17 luglio 1890, n. 6972 (Regolamento 5 febbraio 1891). Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Leg. XVI, tornate del 17-18 dicembre 1889.
45. In generale cfr. A. Cherubini, *Beneficenza e solidarietà. Assistenza pubblica e mutualismo operaio 1860-1900*, Milano, F. Angeli, 1991.
46. *Ospedale e cliniche in Sassari*, p. 15 ss.
47. *Ospedali e cliniche in Sassari*, Relazione presentata al Consiglio amministrativo dell'ospedale civile dal direttore sanitario prof. Andrea Conti, Sassari, Chiarella, 1919.
48. *Ibidem*. Sulla questione si veda anche *La Tribuna*, 20 giugno 1910.
49. *Legge sulle opere pie* cit., *Del domicilio di soccorso*, art. 72.
50. Conti, *La questione ospitaliera di Sassari* cit., p. 25.
51. Per un excursus sulla storia delle cliniche sassaresi e un'interessante discussione di igiene ed edilizia ospedaliera Cfr. "Memoriale sul problema edilizio delle cliniche universitarie", in Regia Università di Sassari, *Annuario dell'anno scolastico 1931-32*, Sassari, Tipografia operaia, 1932.
52. La frase è tratta da una lettera di Giuseppe Moscati, il medico diventato santo, a Benedetto Croce. Cfr. A. Maranzini, *Giuseppe Moscati modello del laico cristiano di oggi*, Roma, AVÈ, 1977, pp. 119-120.