



# LA PESTE BIANCA LA TUBERCOLOSI NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO DALLE CURE SANATORIALI ALLE PRIME TERAPIE ANTIBIOTICHE

D I A N T O N I O M O R R I  
M E D I C O C H I R U R G O

La tubercolosi deve il suo nome allo sviluppo di lesioni dei tessuti chiamate tubercoli. Ha accompagnato la storia dell'uomo, dall'età neolitica sino ad oggi, lesioni tubercolari sono state riscontrate nelle mummie egizie, è stata descritta nei libri medici da greci, romani e dagli arabi. L'ingrossamento delle linfoghiandole (adenite tubercolare) la rese nota nell'Ottocento con il nome di "Scrofola". Il suo andamento cronicizzante e la progressiva distruzione del tessuto polmonare portava a morte i malati per "consunzione", la traduzione letterale in greco è "*phthisis*" tisi.

Fu Robert Koch, medico tedesco insignito del Premio Nobel per la Medicina nel 1882, a identificare il bacillo della Tubercolosi: "sottile, la cui lunghezza è metà un quarto del diametro di un globulo rosso, molto simile al bacillo della lebbra, ma più affilato". La convinzione che la Tubercolosi fosse una malattia infettiva e contagiosa si diffuse fra gli studiosi già nel XVI secolo e si iniziò a confinare i malati in luoghi isolati, al di fuori degli ospedali, per occuparsi delle loro cure.

La scoperta del *Mycobacterium Tuberculosis*, chiamato anche bacillo

di Koch, non risolse il problema della terapia di una delle epidemie mortali di quel tempo. La successiva scoperta della “tubercolina” (colture di batteri inattivati) non si rivelò in grado di determinare una valida risposta immunitaria nei confronti della malattia. La sua somministrazione a persone sane non determinava infatti alcun evento mentre nei malati era in grado di scatenare importanti reazioni. La comprensione della risposta alla tubercolina avvenne solo in tempi successivi ed ebbe un importante valore epidemiologico poiché permise di capire che i malati con presenza di sintomi erano una piccola parte rispetto alle persone contagiate che non avevano avuto alcun segno o che dalla malattia erano guariti. Anche la chirurgia ebbe un ruolo nello studio e nella terapia della malattia, dapprima con l’asportazione delle linfoghiandole ingrossate poi con il “pneumotorace terapeutico” (favorendo l’ingresso di aria nello spazio pleurico si procurava il collasso del polmone). Questa tecnica, promossa dal chirurgo italiano Carlo Forlanini, determinava l’immobilizzazione del polmone, arrestava il processo distruttivo favorendo la cicatrizzazione delle lesioni cavarie. La protezione nei confronti di una malattia con un importante impatto sociale fu orientata fra interventi di controllo dell’igiene sociale e della persona, e la ricerca di un vaccino in grado di promuovere le difese immunitarie specifiche. Nell’ambito dei vaccini antitubercolari il BCG (Bacillo di Calmette e Guérin ricavato dal *Mycobacterium bovis* attenuato) fu riconosciuto dall’OMS, per i suoi requisiti di efficacia, come il più idoneo per la protezione di massa. Nella realtà la vaccinazione antitubercolare venne riservata solo a nicchie ristrette di popolazione e non assunse mai al ruolo di strumento atto a debellare la malattia.

La Tuberculosis diventò endemica in Europa nel XIX secolo determinando in quegli anni circa il 20% di tutte le morti. Fu, come altre malattie contagiose dell’epoca, argomento di romanzi, poesie ed opere liriche, portando a celebrità i nomi dei personaggi malati. Fu il caso di Silvia (nome letterario di Teresa Fattorini, figlia del cocchiere di casa Leopardi, morta in giovane età per tubercolosi) in una conosciutissima poesia di Giacomo Leopardi: “*Tu pria che l’erbe inaridisse il verno, / da chiuso morbo combattuta e vinta, / perivi, o tenerella. E non vedevi / il fior degli anni tuoi*”. La “*Traviata*” di Giuseppe Verdi, opera sul libretto di Francesco Maria Piave (tratto da “*La signora delle camelie*” celebre romanzo di Alexandre Dumas), racconta di Violetta, malata

di tubercolosi. Senza speranza, nel finale del terzo atto giace nel suo letto e invoca il ritorno e il perdono dell'amato Alfredo: *"Oh come son mutata! ... ma il dottore a sperar pure m'esorla. Ah con tal morbo ogni speranza è morta! ... Addio del passato bei sogni ridenti, le rose del volto già sono pallenti"*. Nella *"Bohème"* (libretto di Giuseppe Giacosa e Luigi Illica ispirato al romanzo di Henri Murger Scene della vita di *Bohème*) di Giacomo Puccini è Mimì ad essere malata di Tubercolosi *"che gelida manina se la lasci riscaldar ..."* ed è Rodolfo che confida all'amico Marcello la triste notizia: *"Mimì è tanto malata! Ogni dì più declina. La povera piccina è condannata! Una terribil tosse l'esil petto le scuote e già le smunte gote di sangue ha rosse ..."*.

La tubercolosi segnò il XIX secolo e per buona parte quello successivo in cui la scienza medica iniziò a comprendere la patogenesi della malattia, interpretare gli aspetti clinici e mettere a punto tecniche diagnostiche e cure efficaci. I medici di tutta Europa e le più prestigiose scuole universitarie erano impegnate nello studio della eziopatogenesi della malattia, nel contrastare la sua diffusione e soprattutto nella ricerca di cure efficaci per i malati. Nel 1892 alla Direzione della Clinica Medica dell'Università di Bologna venne incaricato Augusto Murri, considerato uno dei più grandi clinici di quei tempi. Metodo sperimentale ed esame del malato nella sua unicità con accuratezza, furono alla base del suo insegnamento dell'arte medica. In più di una occasione i Capitani Reggenti si rivolsero a lui e ad altri cattedratici della scuola medica bolognese per avere valenti medici al servizio della Repubblica. Fra le ricerche condotte da Augusto Murri va segnalato l'interesse per la diagnosi precoce della Tubercolosi e la necessità di contrastarne la diffusione. Le sue prime lezioni agli studenti di Clinica Medica tenute nel 1905 furono dedicate alla TBC polmonare: *"Nel nostro tempo c'è ogni giorno un congresso contro la tubercolosi e in ogni congresso si dice e in ogni giornale si scrive che fu scoperto il modo di sradicare la tubercolosi o di guarire i tiscici. Così il problema di un individuo diventa piccino, tanto piccino che sembra non meritare troppo lo sforzo del nostro pensiero. Eppure non è così! A questo individuo si ricollegano non solo il nome del medico e la pace delle famiglie, ma si ricollega l'umanità di tutti, poiché voi non ignorate che un tubercoloso è una costante minaccia per i sani, e che le precauzioni, che tendono a difendere il pubblico da questa minaccia, non possono essere prese, se non è prima*



*Il prof. Enea Suzzi Valli fu il medico di riferimento dei malati di tubercolosi sammarinesi dal 1936 al 1953.*

*noto che il pericolo esiste. [...] trovo un numero incredibile di tisici, la cui sciagura poteva riferirsi a negligenze profilattiche occorse nelle famiglie, nei collegi, negli opifici, nelle caserme, nelle relazioni amichevoli”* All’Università di Bologna si laureò nel 1933 Enea Suzzi Valli e nel 1936 acquisì la specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica.

Nello stesso anno gli venne affidato l’incarico di organizzare e dirigere i servizi di Igiene e Sanità della Repubblica di San Marino nel cui contesto fu compreso il primo Servizio Antitubercolare. Il dott. Enea Suzzi Valli divenne così il medico di riferimento dei malati di tubercolosi del Titano. Dai suoi lavori pubblicati nel 1950, condotti

insieme all’amico e collega Leo Dominici, è possibile ricavare le informazioni sull’andamento della malattia nella Repubblica. Il primo studio prese in esame gli anni compresi fra 1908 e il 1947 e non mancò di osservazioni cliniche, di riferimenti alle condizioni igieniche, allo stato sociale ed economico e sul clima: *“Le condizioni igieniche ambientali hanno un considerevole peso in fatto di epidemiologia tubercolare, perché sono da considerare – da un punto di vista generale – piuttosto scadenti. Buone in una parte dei tre maggiori aggregati, denotano una deficienza più o meno grave nel resto dell’ambiente che va dalla periferia degli stessi aggregati ai piccoli agglomerati fino alle abitazioni sparse in campagna. La insalubrità si riferisce allo stato delle abitazioni per quanto riguarda l’affollamento, l’areazione, il soleggiamento, l’umidità, la mancanza di servizi igienici, sia alle condizioni ambientali sotto l’aspetto della eliminazione e dello smaltimento dei rifiuti di ogni genere”*. La popolazione sammarinese negli anni dello studio passò da 10.400 unità del 1908 a 12.100 nel 1947. Oltre due terzi viveva in case

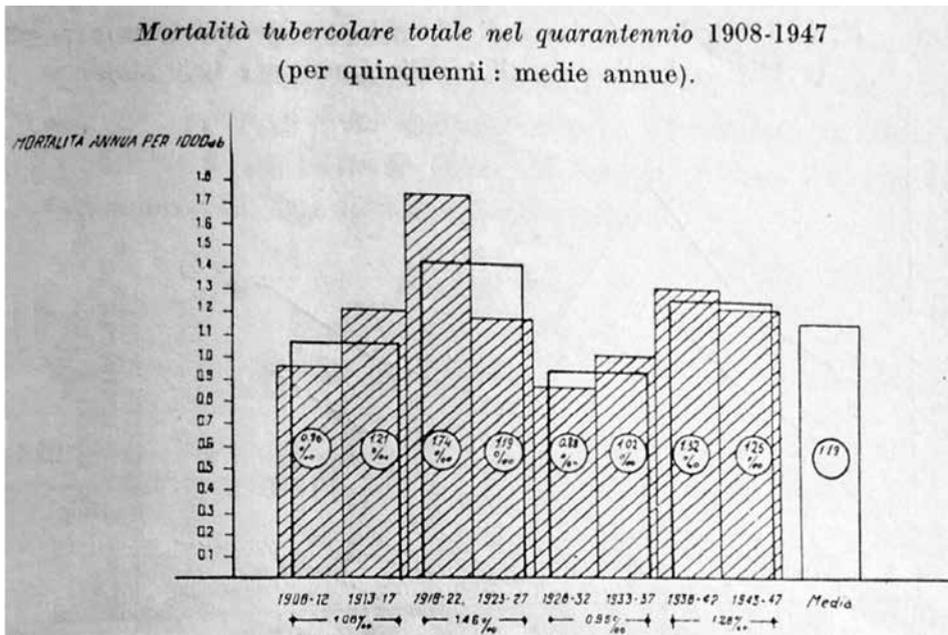


Grafico sulla mortalità a San Marino per tubercolosi 1908-1947, Enea Suzzi Valli - Leo Dominici.

sparse nelle campagne o in minuscoli aggregati. *“Le condizioni economiche risultano nel complesso mediocri, perché se possono ritenersi in genere discrete negli abitati maggiori, vanno invece riguardate come scadenti nei villaggi ed ancor più nelle frazioni, mentre migliorano alquanto nelle zone più strettamente rurali, specie in quelle limitrofe alla pianura. L’agricoltura è la principale risorsa economica, e viene praticata con tenacia utilizzando il terreno – nella maggior parte di scarsa fertilità – fino a ridosso delle formazioni rocciose. Da notare uno sviluppo discreto dell’artigianato, mentre da alcuni anni va progressivamente incrementandosi la piccola industria. Non esistono comunque condizioni di lavoro industriale (e per il genere della produzione e specialmente per il numero di persone addette), che incidano in particolare sulla morbosità tubercolare”.*

L’indagine statistica di Suzzi Valli e Dominici venne condotta sulle schede di morte della popolazione, sulle cartelle cliniche e sull’archivio radiologico presente solo nella seconda metà degli anni in esame.

“La media annua dei morti per tutte le forme di tubercolosi è oscillata da un massimo di 19 nel periodo 1918-1922 ad un minimo di 10,2 nel quinquennio 1928-1932, con un indice per 1.000 abitanti rispettivamente di 1,74 e di 0,88. [...] La mortalità per tubercolosi presenta un aumento considerevole nel quindicennio 1913-1927 ed altro aumento sensibilmente minore nel decennio 1938-1947. Questi periodi risentono delle condizioni derivanti dallo stato di guerra e dalla situazione post bellica, le quali anche a San Marino hanno manifestato indirettamente nel primo caso, direttamente nel secondo, la loro influenza. [...] La proporzione dei morti per tubercolosi su 100 morti per tutte le cause va da un minimo di 5,1% nel quinquennio 1908-1912 ad un massimo di 9,5% nel quinquennio 1938-1942”. Lo studio prese successivamente in esame la mortalità della malattia in relazione al sesso e all’età: “La mortalità femminile, più elevata sin dalla prima età, aumenta poi rapidamente a partire dai 10 anni sino a toccare i valori più alti fra i 20-30 anni [...]. Per i maschi, sino ai 35-40 anni, l’andamento della mortalità ha la stessa caratteristica di quello delle femmine con la differenza che sta notevolmente al di sotto di esso. Poi si verifica un aumento che raggiunge il valore massimo fra 40 e 50 anni, superando sensibilmente a questa età il valore più alto della prima parte della curva, che si verifica a 20-30 anni ...”. Ulteriori osservazioni furono dedicate alla localizzazione anatomica della malattia e alle aree abitative dei pazienti. “Quanto alla mortalità per le varie forme di tubercolosi quella polmonare [...] esercita il maggior peso (72,6 su 100 morti per tubercolosi in genere). Soltanto devesi notare che la mortalità sino a 5-10 anni è dovuta per gran parte alla meningite tubercolare, per piccola parte alla localizzazione polmonare e per una parte ancora minore alle altre forme [...]. L’incidenza dei decessi per le varie forme tubercolari è diversa nelle varie circoscrizioni della Repubblica. La differenza di mortalità per tutte le localizzazioni fra la circoscrizione più colpita (Chiesanuova) e quella meno colpita (Faetano) è di 0,57 % ab., raggiunge cioè l’entità del 4%. Benché si debba ammettere che le condizioni dell’ambiente fisico e sociale già descritte possano manifestare la loro influenza sfavorevole in alcune zone più che in altre, esse comunque non valgono a dare sufficientemente ragione di tale sensibile differenza. Ed infatti l’inchiesta epidemiologica pone in particolare risalto la grande importanza dei focolai di infezione famigliari e di caseggiato, quale motivo causale della maggiore incidenza della tubercolosi in alcune circoscrizioni”.

Sotto la direzione di Enea Suzzi Valli si costituì stabilmente nel 1937 il Servizio Antitubercolare in Repubblica, e già a far data dal 1° novembre 1936 era stata ordinata, a tutti i sanitari operanti sul territorio, sotto il vincolo del segreto d'ufficio, la denuncia obbligatoria della tubercolosi in tutte le sue diverse forme. Lo studio della malattia divenne quindi in quegli anni sistematico e l'assistenza centralizzata dei malati permise indagini epidemiologiche complete e interventi profilattici contro la diffusione della malattia. L'endemia tubercolare sviluppatasi in Repubblica negli anni Venti era per mortalità inferiore a quella della vicina Italia, mentre dal 1936 si registrò un aumento che rese la mortalità di San Marino superiore a quella del Regno. *“Nel giro di dieci anni la diminuzione della mortalità in Italia era stata davvero considerevole; di minore rilievo sebbene ugualmente notevole, a San Marino. Quivi ogni profilassi ed assistenza era pressoché del tutto negletta ed eccezionali erano i ricoveri, laddove in Italia era già in pieno sviluppo la lotta antitubercolare: questo il principale motivo che viene fatto di addurre per rendersi conto di tale capovolgimento della situazione”*. L'avvio dei centri antitubercolari in tutti i paesi trovò come ostacolo il secondo conflitto mondiale, in grado purtroppo di annullare i benefici attesi: *“In tutti i paesi la tubercolosi ha segnato un inevitabile rincrudimento, anche in quelli neutrali che non sono andati esenti da cause perturbatrici se non di ordine strettamente bellico, certo di carattere economico, alimentare, ecc.... Anche la minuscola Repubblica ha risentito – e non per breve tempo – delle restrizioni alimentari (anche se minori che altrove) e soprattutto dell'affollamento, determinato dal rimpatrio di molti sammarinesi con le loro famiglie e con i loro ammalati dall'Italia e dai vari paesi d'Europa, ed in grado ancora maggiore dall'esodo verso il piccolo asilo neutrale di una considerevole massa di popolazione italiana, che ha toccato, al momento delle operazioni belliche, l'acme di 80.000 ed oltre unità, raggiungendo e superando di ben sette volte il numero dei suoi abitanti. Circa 20.000 persone hanno soggiornato per mesi in rifugi sotterranei, principalmente gallerie ferroviarie, in condizioni di inverosimile addensamento, in una situazione igienica pessima, come è comprensibile, con deficiente areazione, scarsa o nulla illuminazione, carenza alimentare, promiscuità con i malati, ecc.... Lo stesso Servizio Antitubercolare subì la generale paralisi con arresto dei ricoveri ed abbandono dei luoghi di cura, da parte dei malati, che non vollero stare lontani dalle famiglie”*. La durata media di sopravvivenza per i

malati di tubercolosi giunti a morte era compresa fra i due e tre anni, la mortalità generale per la forma polmonare fra il 55 e il 60 per cento. Il contagio diretto nell'ambiente familiare risultò essere accertato nel 35 per cento dei casi. Già dal 1927 nel vicino Regno d'Italia una legge rese obbligatoria, in ogni provincia, la costituzione del Consorzio Antitubercolare, ente pubblico per la tutela ed assistenza del malato. Nei decenni successivi divennero oltre 400 le strutture sanatoriali diffuse in tutta Italia, rispondevano a requisiti architettonici e tecnici ben precisi e tenevano conto delle indicazioni mediche in tema di camere di degenza, servizi igienici, verande e esposizione solare. I modelli così definiti a livello centrale vennero replicati in tutto il territorio pur con peculiarità particolari fra nord e sud. A San Marino la gestione del ricovero dei malati, per prevenire la diffusione della malattia e curarla, nei limiti delle possibilità dell'epoca, iniziò in modo organico nel 1938. Il dott. Enea Suzzi Valli tenne un registro di tutti i malati avviati alle cure sanatoriali con i relativi esiti. Non disponendo di una struttura in territorio, ad esclusione dell'area di isolamento dell'Ospedale della Misericordia, i sanatori di ri-



*Registro dei tubercolotici sammarinesi ricoverati nei Sanatori italiani a carico alla Congregazione di Carità.*

ferimento per i malati sammarinesi con necessità di isolamento, furono quelli dell'Italia centrale e del nord: Vecchiazzano a Forlì, Montecatone a Imola, Vialba a Milano, San Martino a Genova, Gropolino a Bergamo, Augusto Murri a Jesi, Villa Azzurra e Pizzardi a Bologna, Villa dei Pini a Longiano e quello di Santa Sofia. Furono oltre 20 ogni anno i sammarinesi avviati al ricovero: *“si cerca di internare in Sanatorio od Ospedale Sanatoriale tutte le forme aperte, vincendo con la persuasione ed anche con provvedimenti parzialmente coercitivi la resistenza dei malati e spesso quella dei loro familiari”*.

Non fu probabilmente facile convincere i malati ad accettare il



*Romeo Morri mentre suona il bangio in compagnia di alcuni degenti presso il Sanatorio Tuberculare di Montecatone, Imola.*

ricovero nelle strutture. I tempi lunghi, le cure approssimative che risentivano di una scarsa comprensione dei processi di sviluppo della malattia, la lontananza da casa e dagli affetti, erano mal sopportati. Aria, riposo e alimentazione rappresentavano la triade delle cure sanatoriali il cui vero scopo era quello di isolare i malati dal resto delle persone per evitare il rischio del contagio. Un rilievo epidemiologico ritenuto interessante da Enea Suzzi Valli fu quello dei casi di morte per tubercolosi polmonare tra gli emigrati rimpatriati per malattia specifica: *“L’insorgenza della malattia non è rara tra gli emigrati e ciò è ben comprensibile quando si consideri che dall’ambiente rurale o tutt’al più di paese essi passano alla vita delle grandi città, o alle officine o alle miniere, conducendo per lo più una vita disagiata imposta anche dal sacrificio del risparmio al fine di provvedere ai famigliari rimasti in patria. Nel decennio 1938-1947, tra gli emigrati rimpatriati perché malati di tubercolosi, si sono verificati per lo più a breve scadenza del loro ritorno, 9 decessi, pari al 9 per cento di tutti i casi di morte per tubercolosi polmonare”*. Il dramma sociale della malattia fu forte nella popolazione e tante furono le famiglie con figli giovani colpiti dalla tubercolosi. Emigrazione per lavoro e malattie caratterizzarono gli anni dell’immediato dopoguerra. Così scrisse



*Da sinistra Antonio e Romeo Morri con altri emigrati sammarinesi a Parigi.*

Romeo Morri (26 anni, uno dei tanti giovani emigrati con la famiglia a Parigi) agli amici al servizio presso la villa di Dogana del conte Angelo Manzoni: *“Mario, Adelina e Irma non volevo non osavo dopo un così lungo silenzio e colpito da questa cattiva malattia rivolgermi ancora un mio scritto. Vi prego di scusarmi. Troppi buoni ricordi mi legano a voi ora che il mio stato permette io continui a persistere nel silenzio. Da quando io fui obbligato a lasciare il mio posto col signor Conte a causa dei tanti problemi economici della mia famiglia, cominciai per me e mio fratello arrivando in Francia la grande avventura. Non avevamo la carta di lavoro per stranieri ma lo stesso subito abbiamo trovato lavoro e con l’aiuto di mia sorella più tardi abbiamo potuto aiutare i genitori e quasi anche tirare su quella povera casa. Con mio fratello e sorella eravamo orgogliosi del nostro prezioso aiuto ai genitori. E pensavamo che presto avremmo potuto ritornare assieme alla nostra tanto amata famiglia. Ma no! Questo piacere io non dovevo goderlo, ma invece imparare che si era abbattuta su di me quella terribile malattia che solo il nome fra tremare. Dopo sette mesi di ospedale a Parigi e su consiglio del Console decidemmo di ritornare. Arrivati, tutti della famiglia vennero al nostro incontro, i genitori, avevano le lacrime agli occhi, ma queste erano lacrime di dolore non di gio-*

*ia come avremmo voluto vedere e meritare. E poi il corto soggiorno in quella casuccia che da tanto tempo sognavo, appena tre giorni e su a San Marino e di lassù eccomi a Montecatone vicino a Imola ...". Se difficile era accettare il ricovero sanatoriale ancor più lo era la permanenza nelle strutture quando c'era la presa di coscienza della scarsa efficacia delle cure nei confronti della malattia. Dubbi e perplessità erano così forti da invocare trasferimenti in altre strutture alla ricerca della guarigione. La lontananza dagli affetti e dalla propria casa giorno dopo giorno era sempre più difficile da sopportare. E di tutto ciò Romeo Morri informava il dott. Enea Suzzi Valli: "Questa mattina il professore Costantini venne in persona nel mio camerino annunciandomi con sorpresa l'arrivo del mio trasferimento per Forlì. Mi ha chiesto perché volevo lasciare Montecatone per andare a Forlì ed io sono stato obbligato rispondere che di tutto ciò non ero al corrente e che l'unica richiesta fatta da parte mia è stata quella di ritornare a San Marino a causa della nutrizione nei sanatori non adatta ai miei intestini. Il prof. Costantini mi ha fatto capire che i trattamenti a Forlì sono circa quelli di Montecatone e l'avvicinamento alla famiglia insignificante. Poi tuttora sono a letto per qualche sputo rosso avuto domenica scorsa e perciò il professore ha fatto rispondere che non poteva trasferirmi. Io pure se c'è da attendere per il mio ritorno preferisco aspettare qui a Montecatone ora che conosco il mio stato. Un mese fa mi hanno iniziato la cura dell'oro (Il preparato farmacologico in uso dal 1925 era la sanocrisina, un tiosolfato doppio di oro e sodio. Rimase in uso per oltre 15 anni benché uno studio già nel 1931 ne avesse sconfessato la possibilità di curare la malattia sottolineandone le gravi complicanze). Le cinque prime punture mi diedero buona impressione e prego Dio che mi aiuti a sopportare le dosi più forti, per ora me l'hanno sospesa ciò è necessario per il mio fisico indebolito e per la cura indispensabile del mio intestino. Ma anche per rialzare il mio morale scadente. Rivedere ritornare a San Marino è diventata per me una continua ossessione come lo è sempre stata quando ero lontano da lui. Ci sono nato l'ho sempre amato. Le condizioni economiche della mia famiglia mi hanno obbligato a lasciarlo per parecchi anni ma ora tutto ciò che mi è caro risiede a San Marino, perché signor Valli dovrei essere messo ai confini? Il destino mi ha colpito supporterò tutto con pazienza e rassegnazione la mia religione me l'obbliga, ma per carità almeno sotto quel cielo che mi ha visto nascere".*

Romeo Morri morì nel 1941 dopo i ricoveri durati due anni, nei sanatori di Montecatone e Groppino, a Vecchiazzano. Il fratello Antonio, colpito da una

tubercolosi polmonare fulminante, ammalatosi nel 1945 morì anche lui nel sanatorio di Vecchiazzano a distanza di pochi mesi dalla diagnosi della malattia.

Al termine della II Guerra Mondiale la tubercolosi rappresentava ancora la principale causa di morte fra i giovani adulti in Europa. Dopo la scoperta della penicillina, un nuovo farmaco prodotto da funghi del suolo (actinomiceti) si dimostrò efficace in alcune infezioni fra cui la tubercolosi:



*Invito dell'Ufficiale Sanitario Enea Suzzi Valli alla conferenza di presentazione della Streptomicina, il primo farmaco efficace nella lotta alla tubercolosi.*

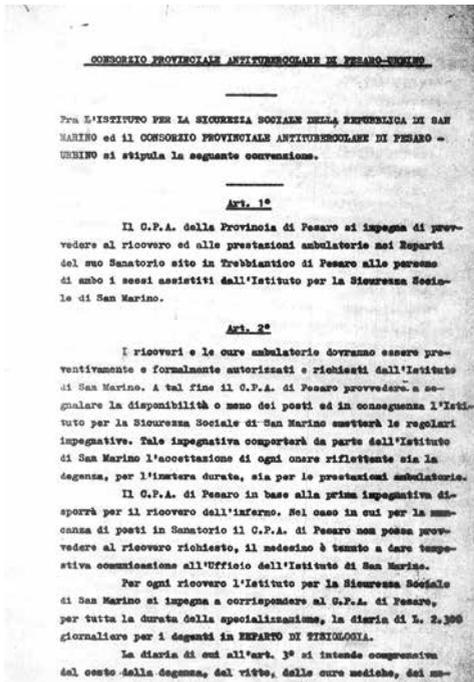
la streptomicina (È stato riconosciuto come suo scopritore S. A. Waksman premio Nobel per la Medicina nel 1952, ma in realtà pare che sia stata isolata da uno dei suoi allievi, il dott. Albert Schatz). La streptomicina risultò efficace anche contro la peste, il colera e molte malattie provocate da un particolare tipo di batteri chiamati Gram-negativi. Se prima della scoperta della streptomicina, nessun tipo di terapia utilizzata contro la tubercolosi fu

valutata in modo scientifico, con la scoperta del nuovo farmaco e il coinvolgimento delle prime case farmaceutiche, partirono immediatamente studi sperimentali sugli animali e studi clinici su pazienti. Dalla *Mayo Clinic di Rochester* (Minnesota) e dal *Brompton Hospital di Londra* presero il via importanti studi per valutare l'efficacia del farmaco.

L'attenzione del dott. Enea Suzzi Valli agli sviluppi della terapia anti-tubercolare, fu continua e permise anche alla piccola Repubblica di poter beneficiare di ogni scoperta farmacologica che andava diffondendosi nel contesto scientifico internazionale. Nel novembre del 1947, su invito di Suzzi Valli, il prof. Lorenzo Cherubini di Roma tenne una conferenza a San Marino presso il Teatro Titano sulla *“Importanza terapeutica della Streptomycina nell'esperienza personale di un anno”*. Ampio risalto fu dato all'evento coinvolgendo personalità di ogni ambito: *“Per l'interesse dell'argomento e per la particolare competenza ed esperienza dell'oratore che si occupa da tempo dei risultati dell'impiego del nuovo medicamento in Italia ed all'estero, ho il piacere di invitarla ad intervenire”*. Negli anni seguenti fu scoperta la farmacoresistenza del bacillo tubercolare e furono gettate le basi di quella che oggi chiamiamo la polichemioterapia antitubercolare (terapia con associazione di più farmaci in precise sequenze).

Nel 1952 acquisita la libera docenza in Igiene, il prof. Enea Suzzi Valli iniziò la sua carriera di Ufficiale Sanitario, prima a Rimini poi a Genova per finire stabilmente nella prestigiosa sede di Milano e far parte del Consiglio Superiore di Sanità della Repubblica Italiana. Il rapporto che lo legò alle vicende sanitarie sammarinesi si mantenne vivo nel corso degli anni e non mancò il suo continuo interesse nei confronti della malattia oggetto di tanti suoi studi. Nel giugno del 1957 fu lui presso il Teatro Titano il relatore principale in una conferenza sul tema *“Lotta contro la tubercolosi”*.

Dal 1953 il Dispensario Antitubercolare sammarinese, affidato sino ad allora a consulenti medici esterni, passò sotto la direzione del dott. Leo Dominici. Nel 1957 con l'avvento della *“Sicurezza Sociale”* il direttore dell'ISS comm. Oliviero Cappelli sottoscrisse una convenzione con il prof. Giuseppe Mari, presidente del Consorzio Antitubercolare della provincia di Pesaro Urbino, per le cure ambulatoriali ed eventuali ricoveri dei sammarinesi colpiti dalla tubercolosi.



*Frontespizio della convenzione con il  
Consorzio Antitubercolare di Pesaro Urbino  
sottoscritta dall'ISS nel 1957.*

Le storie degli ultimi cinquant'anni sono diverse da quelle degli anni precedenti, quella malattia che un tempo era spettro di morte oggi nella vecchia Europa fa meno paura ma non è sconfitta. E' un grossolano errore clinico non considerarla in alcune ricerche diagnostiche. Nei decenni della grande lotta contro i tumori la Tuberculosis è ancora presente, le immunodeficienze, i fenomeni migratori, la farmacoresistenza e la relativa efficacia delle cure vaccinali contribuiscono a mantenerla in vita. La tuberculosis oggi è ancora capace di portare a morte nel mondo circa 1.500.000 persone. Forse più di ieri è una malattia di classe, poveri, denutriti e malati di AIDS sono i bersagli del bacillo di Koch. Ogni anno si regi-

strano oltre dieci milioni di casi poco più del tre per cento nella Vecchia Europa, la mortalità che determina è seconda solo all'AIDS ed è superiore a quella della malaria, forse meriterebbe un posto fra le malattie di cui si parla, come aveva un tempo.