ANCORA SULLA FECONDAZIONE IN VITRO

Cellule seminali di un gamete femminile

Il sacrificio di un embrione umano non può essere deciso arbitrariamente

La ricerca scientifica ha fissato a se stessa regole che il Petrucci ha violato

Si è visto in un precedente articolo come le dichiarazioni di Petrucci, circa l'asserito raggiungimento della fecondazione extracorporea dell'uovo umano, non possano apparire a priori inverosimili. Mentre scrivevamo quelle note osservavamo che, sino a quel momento, Petrucci non aveva fornito, della propria tecnica, quella descrizione esatta e veridica che sola avrebbe potuto mettere in grado altri studiosi di ripetere le sue esperienze: ma, poichè si attendeva ancora la pubblicazione dell'ultima parte del suo memoriale, era legittimo aspettarsi che in tale pubblicazione Petrucci avrebbe, per quanto in maniera non del tutto ortodossa, messo fine a reticenze inspiegabili. Ora la pubblicazione delle memorie è completa: e il fatto che in esse Petrucci abbia insistito nel tacere i particolari della propria tecnica è indubbiamente abbastanza grave. Ma nelle memorie non si rivela soltanto questa reticenza; si rivela anche che gli esperimenti di Petrucci si svolgono in diverse direzioni, di cui quella del porre rimedio a una particolare forma di sterilità femminile è soltanto un aspetto. Il modo col quale Petrucci accenna a queste altre attività è assolutamente oscuro e approssimativo, poichè egli si limita a dire che le sue esperienze vertono anche sulla conservazione degli organi «in vitro», e nuove possibilità di cura del cancro. I nessi esistenti tra la fecondazione extracorporea e questi altri argomenti, così come egli li espone, appaiono arbitrari e confusi: sicchè è evidente come queste memorie raggiungano il risultato di fare pubblicità, ma assolutamente non raggiungano il risultato di far capire, al mondo scientifico e all'opinione pubblica, il criterio e le modalità con cui Petrucci opera.

A questo punto, quindi, appaiono giustificati i più gravi interrogativi: ed essi investono non soltanto l'operato personale di Petrucci, ma anche il silenzio di quegli organismi che si dovrebbero ritenere investiti del problema. Pare che sia stata sollevata, contro Petrucci, l'accusa di aborto provocato in donna non consenziente: noi non sappiamo se veramente sia riconoscibile, nelle azioni svolte da Petrucci, la configurazione di un tale reato: a nostro avviso, però, il problema non presenta soltanto aspetti giuridici: anzi, è da ritenere che la valutazione dell'operato di Petrucci sul piano scientifico debba precedere, e orientare, qualsiasi valutazione giuridica; e persino, qualsiasi valutazione morale.

Difatti la fecondazione extracorporea in sè e per sè ci sembra un espediente tecnico, da valutarsi soltanto sul piano tecnico e scientifico. Intervento praticato con lo scopo di ovviare a una forma di sterilità femminile, esso va giudicato, proprio come ogni intervento chirurgico, sulla base di un raffronto tra i risultati positivi che può raggiungere, e i risultati negativi che può provocare. I risultati positivi che può raggiungere, sono quelli della formazione e dello sviluppo di un embrione normale, e quindi della nascita di bambini normali. I risultati negativi da porre sull'altro piatto della bilancia, quali sono? Non è certamente logico mettere, su questo piatto dei risultati negativi, gli insuccessi totali: e cioè gli embrioni che muoiono prima o dopo il trapianto in utero, vale a dire gli aborti, dato che queste «vite mancate» sono vite che sarebbero comunque venute a mancare in qualsiasi caso, anche senza la fecondazione extracorporea. Piuttosto ci pare che, sul piatto negativo, vada messa la possibilità di nascite patologiche. Difatti non pare che gli studi di Petrucci siano sufficienti a escludere questa possibilità: i casi da lui trattati sono meno di una quarantina, e quindi ancora troppo pochi perchè si possa escludere che, nel processo di fecondazione extra-corporea e successivo trapianto in utero, intervengano fattori patogeni capaci di far nascere bambini anormali. Neppure le prime quaranta donne che presero talidomide, diedero alla luce bambini focomelici: difatti la talidomide non provoca *sempre* la focomelia, ma soltanto in qualche caso; e tuttavia questo viene ritenuto sufficiente a proibire l'uso del talidomide in gravidanza. Bisognerebbe dunque esser *certi* che il processo di fecondazione extracorporea e trapianto in utero non provocano *mai* condizioni morbose: e solo in tal caso tale intervento chirurgico dovrebbe venire consentito; in questo senso si può dire, quindi, che la valutazione morale e giuridica deve venire soltanto dopo la valutazione scientifica, e sulla scorta di essa.

Esistono modi di accertare la non-pericolosità dell'intervento che Petrucci dice di attuare? Certo, l'ultimo e definitivo accertamento può provenire soltanto dall'applicazione dell'intervento stesso, su embrioni umani. Ma nessuna esperienza può venir fatta prima sull'uomo che sugli animali: e anche in questo caso, a nostro avviso, si sarebbe dovuto operare sull'uomo soltanto dopo aver raggiunto una considerevole sicurezza dell'innocuità della fecondazione extracorporea su diverse specie animali (si pensi ancora al dramma della talidomide: che avrebbe potuto essere evitato se la sperimentazione fosse avvenuta su animali di specie diversa, anzichè di una sola specie, che sciaguratamente si rivelò refrattaria ai danni da talidomide).

Che in pratica su circa quaranta casi si siano avuti soltanto o aborti, oppure nascite normali, non è una garanzia: quel tanto di garanzia che oggi su queste cose si può avere, e che beninteso non è mai assoluta, lo si ottiene con le centinaia e migliaia di esperimenti — e cioè, logicamente, con esperimenti su conigli e topi, su cani, su scimmie.

Ma il memoriale di Petrucci, con molta oscurità nonchè con una intonazione che è almeno millantatrice, parla di esperimenti che Petrucci conduce per indagare sui problemi biologici del cancro, iniettando in animali immuni da cancro dei tessuti che egli ottiene in provetta, dall'ovulo e dal seme di volontari. Queste sono le sue parole, alquanto incomprensibili: quali tessuti possono dare, in provetta, uova umane e sperma umano, se non embrioni umani? Ed è lecito dedurre, da quanto egli dice, che talvolta egli abbia fecondato un uovo e ottenuto un embrione, al solo scopo di sacrificarlo per averne poltiglie di tessuti da iniettare ai cavalli? Se le cose stanno così, come dal suo piuttosto incomprensibile scritto appare, allora nasce il problema se sia lecita la vivisezione su embrione umano. Anche qui, la sperimentazione sull'uomo è per lo meno prematura: poichè altre specie umane presentano altrettanta recettività al cancro quanta ne presenta l'uomo, come i topi, non si comprende per quale ragione non si facciano esperienze su larga scala mediante iniezioni in cavallo di tessuti di topo: e soltanto quel giorno, che ancora non pare prossimo, in cui la sperimentazione effettuata con l'iniezione in cavallo di tessuti embrionali di topo avrà dato risultati utili per quel che riguarda il cancro dei topi, soltanto quel giorno, eventualmente, ci si potrà porre il difficile problema se, per combattere il cancro umano, sia o non sia lecito il sacrificio di embrioni umani. Ma prima di quel giorno la liceità del sacrificio intenzionale di embrioni umani ci sembra per lo meno molto discutibile.

Nel suo memoriale Petrucci non è certo modesto, e si atteggia a Galileo perseguitato: ora, non saremo certo noi a negare qualche diritto alla ricerca scientifica: purchè, però, la ricerca scientifica segua fedelmente le regole che ha fissato a se stessa. Una è la pubblicizzazione rigorosa (a livello di esauriente spiegazione scientifica anzichè di clamore giornalistico) non soltanto dei risultati pratici ottenuti, bensì anche dei minimi particolari della tecnica usata: e questa regola è stata infranta. L'altra è la verifica più vasta possibile su animali prima di affrontare la sperimentazione sull'uomo: e anche questa regola è stata infranta. Una terza regola è quella di non sacrificare mai la vita umana, soprattutto quando si può sacrificare la vita animale: e anche questa regola è stata infranta se, come appare vagamente, è stata provocata la fecondazione di un uovo umano allo scopo di iniettarne il prodotto nel cavallo.

Dunque, alcune regole importantissime sono state violate: e sono le stesse dichiarazioni del protagonista di questi avvenimenti che autorizzano a ritenere che siano state violate. E' importante sapere che cosa il mondo scientifico pensi di questa violazione. Ed è importante che gli organi di governo competenti, cioè il Ministero della Sanità e il Ministero della Ricerca Scientifica, esprimano una loro ponderata e documentata valutazione, tanto sui fatti (se siano accaduti o no) quanto sul loro significato, e sulla loro liceità. Di fronte a problemi di così grande importanza non si può tenere un atteggiamento indifferente.

La ricerca scientifica deve essere *libera*: ma questo non significa che la sperimentazione sull'uomo possa essere *arbitraria*, affidata a decisioni individuali incontrollate. Lo scienziato ha diritto a una totale libertà di ricerca, ma il cittadino ha il diritto a essere garantito che ogni intervento medico che gli viene proposto sia stato, in precedenza, debitamente verificato in ogni possibile e ragionevole modo. E infine, l'opinione pubblica ha il diritto di sapere se è vero o no che vite umane, sia pure embrionali, vengono sacrificate nei laboratori: perchè la valutazione se questo sia lecito, oppure illecito, non può essere affidata all'arbitrio individuale, anche se le leggi vigenti, che rispetto al progresso scientifico sono indubbiamente arretrate, non costituiscono un meccanismo giuridico capace di difendere e garantire libertà e diritti che stanno in così complesso rapporto di reciproca limitazione.

L'opinione pubblica attende che il Ministero della Sanità e il Ministero della Ricerca Scientifica annuncino due cose: se intendono accertare i fatti, e come intendono accertarli; e quali criteri generali di valutazione useranno nel giudicarne tutti i diversi aspetti.

Michele Gatti

Recente ad Albenga un caso mortale

La trasfusione del sangue può essere pericolosa

L'epatite infettiva è una conseguenza non infrequente e talvolta letale

Un fatto luttuoso occorso ad Albenga — una madre che ha perso la vita per un'errata trasfusione di sangue — ha richiamato l'attenzione del pubblico sugli incidenti talvolta fatali che, sia pure raramente, seguono una trasfusione. Questa volta, pare che si tratti di un errore di persona, cioè un flacone di sangue destinato a una malata è stato trasfuso a un'altra di diverso gruppo sanguigno, ma altre volte si tratta di errore nel determinare il gruppo o del paziente o del donatore e altra volta l'incidente si verifica anche quando non vi sia stato errore di gruppo sia nel paziente che nel donatore. Il Giunchi afferma che banali errori di gruppo per scambio di flaconi non dovrebbero succedere, ma tuttavia si verificano «anche nelle più perfette Banche del Sangue». Lo sviluppo di questa parte della Scienza Medica «l'Immunoematologia» ha messo in evidenza l'esistenza di nuovi sottogruppi e di nuovi fattori gruppo ematici per cui non basta più la determinazione del gruppo AB0 o del fattore Rh e si ricorre ormai usualmente all'esecuzione della prova crociata, cioè al contatto diretto fra sangue del donatore e del malato, ma anche questa prova per essere sicura deve essere eseguita con particolari accorgimenti che non sono alla portata di tutti

Negli Stati Uniti, per opera specialmente di R.S. Myers è stata condotta una campagna sui giornali medici per limitare l'uso della trasfusione ai casi che ne hanno veramente bisogno. In un primo articolo apparso sul *The modern Hospital* nel novembre 1960 dal titolo «Trasfusioni da una pinta (circa mezzo litro) possono non valere il rischio» questo Autore dopo aver affermato che «anche sotto i migliori auspici la trasfusione di sangue comporta un certo e significativo rischio per emolisi dei globuli rossi, per sovraccarico cardiaco, per contaminazione batterica, per emboli d'aria e per epatite infettiva» e che il calcolo del grado di mortalità nazionale da trasfusione negli USA varia da uno per mille a uno per cinquemila, afferma che mentre nei casi gravi il rischio è poca cosa in confronto al beneficio derivante dalla trasfusione, esistono numerosi casi nei quali le conseguenze sono troppo gravi per giustificare l'uso del sangue come per esempio le trasfusioni mediche usate come tonico e le trasfusioni chirurgiche effettuate usualmente prima dell'atto operatorio.

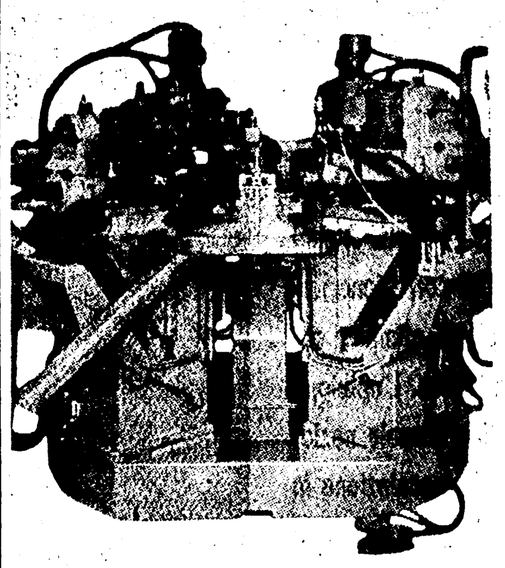
«E' difficile credere — prosegue il Myers — che ci siano state adeguate indicazioni per così tante pazienti sottoposte ad isterectomia, da richiedere trasfusioni di sangue e il fatto che il 55% di queste trasfuse ricevette solo mezzo litro di sangue suggerisce l'idea che parecchie di queste trasfusioni fossero non necessarie». Gli studi di fisiologia dimostrano che un uomo normale può perdere impunemente dal 10 al 15% del suo volume di sangue e che 7 gr. di emoglobina per cento centimetri cubici di sangue sono sufficienti per l'ossigenazione dei tessuti per cui una concentrazione di undici grammi di emoglobina per cento allo inizio dell'atto operatorio provvede adeguatamente alle necessità. L'uso consuetudinario di trasfusioni di sangue per rimpiazzare anticipatamente una perdita di sangue sembra al Myers *irrazionale* e pericoloso in pazienti che pervengono all'operazione con volume di sangue e livello di emoglobina adeguati

In un secondo articolo apparso sulla stessa rivista nel novembre del '63, dal titolo «Studio che dimostra che i dottori imparano a usare il sangue solo quando è necessario», lo stesso Autore si compiaceva che una successiva indagine, su 81 degli 89 ospedali oggetto della Sua ricerca precedente, aveva dimostrato che nel 1962 si era verificata una diminuzione statisticamente significativa nella percentuale delle trasfusioni di sangue e che questa era dovuta a un calo sensibile delle trasfusioni da mezzo litro. La percentuale dei pazienti trasfusi scese dal 15,9% del 1959 all'11,1% del 1962 e in particolare le trasfusioni da mezzo litro per isterectomia scesero dal 55% del 1959 al 49% del 1962. Egli concludeva che in base ai suoi calcoli 120.000 pinte (mezzi litri) di sangue erano state economizzate negli Stati Uniti durante lo stesso anno e si complimentava con la classe medica per lo sforzo compiuto

Anche in Italia si è portata l'attenzione sulle indicazioni non sempre giustificate della trasfusione di sangue. Agnolucci e Rabitti della Clinica medica dell'Università di Modena hanno pubblicato su *Rassegna clinico-scientifica* del marzo 1964 uno studio nel quale dimostrano che l'11,3% delle epatiti è collegabile con una trasfusione precedente. In Germania l'epatite si verifica nel 4,5% dei trasfusi, nel Giappone dal 5,2% al 33,9% (secondo diverse statistiche), negli Stati Uniti dallo 0,3 al 4,1%, ma secondo un articolo editoriale apparso nel *Journal of American Medical Association* un soggetto (sopra i 40 anni) ogni 150 trasfusioni muore per epatite trasfusionale che si verifica con una frequenza del 20%. Per ovviare a questo inconveniente Agnolucci e Rabitti consigliano di praticare un'iniezione di 10 cc di gammaglobuline all'atto della trasfusione e un'altra un mese dopo. In tal modo almeno i tre quarti dei trasfusi si cautelerebbe dal rischio dell'epatite post-trasfusionale. Rimangono i soggetti appartenenti al rimanente quarto per cui il prof. Coppo oltre a numerose prove per accertarsi dell'assenza dell'epatite virale consiglia di insistere presso i medici affinchè per molte e ben conosciute ragioni le trasfusioni di sangue siano eseguite «quando esse siano necessarie per necessità vitale».

Francesco Sabatelli

scienza e tecnica

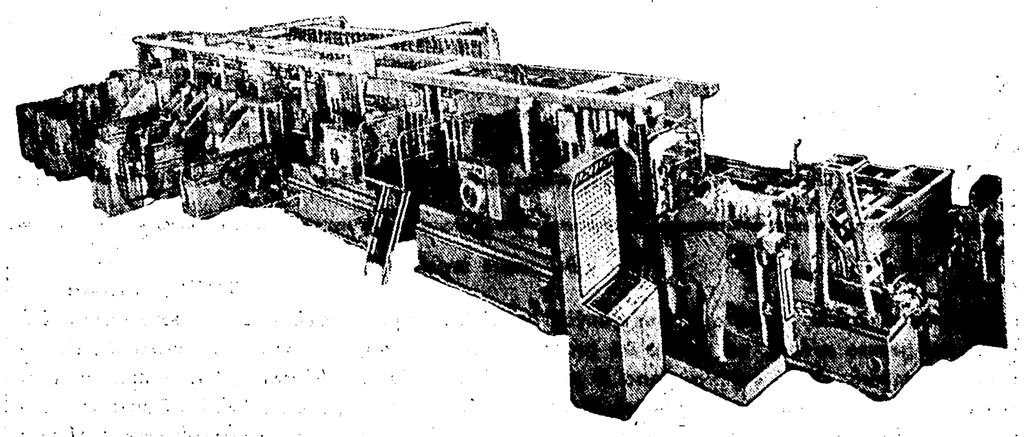


Piccola transfer circolare

Mostrate al pubblico a Milano

Come funzionano le macchine «transfer»

375 operazioni su una linea di cento metri



La grande transfer lunga 100 metri

***Quest'ultima Biennale della Macchina Utensile, chiusasi in questi giorni, dopo aver occupato cinque padiglioni della Fiera di Milano, oltre ad una serie di macchi**ne ed unità singole del massimo interesse, ha permesso ai visitatori di farsi delle idee particolarmente chiare ed evidenti sulle macchine transfer, pesanti e leggere, uno degli elementi principali, e in pieno sviluppo, dell'automazione nella produzione meccanica.*

L'unità più grande, lunga un centinaio di metri, è destinata alla costruzione in grande serie di una scatola cambio per trattore, in ghisa, del peso di 130 chili. La macchina, che consiste di una «linea» centrale lungo la quale si spostano i pezzi per essere sottoposti alle varie operazioni, e di una serie di unità operatrici disposte lateralmente, a spina di pesce, consente di lavorare dieci pezzi all'ora, operando su ognuno di essi 375 operazioni. Il pezzo, una volta «caricato» all'inizio della linea, non viene più toccato da nessun operatore fino a che viene scaricato

Sul pezzo vengono eseguite operazioni di fresatura, foratura, lamatura, maschiatura, finitura, da parte delle diverse unità operatrici che avanzano, lavorano, arretrano in perfetto sincronismo, mentre il pezzo rimane fermo nelle varie stazioni; quando tutte le operazioni cui tale stazione è preposta sono ultimate, ed i sistemi di controllo automatici hanno verificato che tutte le lavorazioni sono state eseguite in maniera corretta, il pezzo, sempre automaticamente, viene fatto avanzare e si arresta nella successiva stazione. Al gioco complesso del funzionamento delle unità operatrici, dell'intervento degli organi di controllo, ed all'avanzamento e all'arresto del pezzo, presiede una «centrale», nella quale funzionano circuiti elettronici ed elettrici, i quali presiedono al funzionamento di motori e di automatismi oleodinamici, pneumatici, meccanici.

Macchine di questo tipo, adatte alla lavorazione di pezzi di medie e grandi dimensioni in grandissima serie, di elevatissima produttività ma anche di alto costo, e che richiedono vari mesi per essere messe in produzione su un nuovo pezzo, sono economicamente convenienti solamente per un certo tipo di produzione. Anni fa, sempre nel campo dell'automazione della produzione meccanica, hanno cominciato a vedersi, nelle medie e piccole officine, delle specie di «transfer artigiane», munite di un bancale rettangolare o anche circolare, sul quale venivano montate un certo numero di teste operatrici piccole, del peso ognuna di una decina di chili, capaci di avanzamenti automatici. Ponendo al centro del bancale una tavola rotante, si realizzavano complessi automatici capaci di compiere fino ad una dozzina di operazioni su un pezzo di piccole dimensioni (piccole bielle, rubinetterie, raccordi di tuberia ecc.). Tali complessi, di costo ridotto e adattabili in poche ore ad una nuova produzione, sono evidentemente adatti anche a officine che lavorano a lotti su una produzione molto varia

Questo Salone della Macchina Utensile ha messo in evidenza come queste due «tendenze» si siano ormai saldate a formare una serie continua di complessi automatici, che vanno dalla grandissima transfer lunga cento metri, all'unità a bancale circolare con due o tre teste operatrici, attraverso tutta una gamma intermedia di unità che si possono già chiamare transfer, ma che sono assai più piccole di quelle classiche, sono adatte a lavorare pezzi di minori dimensioni e minore impegno, costano molto meno e sono suscettibili di passare da una produzione ad un'altra in un tempo non molto lungo.

In queste unità intermedie, compaiono sia le unità operatrici nate per i complessi leggeri, sia alcuni elementi provenienti dalle grandi transfer. C'è sempre una centralina di comando, relativamente semplice, ed una serie di automatismi elettrici ed oleodinamici. Le teste operatrici si sono molto affinate allo scopo di conferire alla macchina una maggiore flessibilità, e cioè la capacità ad adattarsi rapidamente alla lavorazione di pezzi notevolmente diversi l'uno dall'altro. Le teste si sono fatte in molti casi orientabili nei due sensi, in modo da poter lavorare in senso verticale, orizzontale ed obliquo. Altre portano un'estensione in modo da poter lavorare un pezzo sui due lati contemporaneamente, altre ancora hanno avanzamenti regolati e ritorni rapidi per poter forare e maschiare riducendo al minimo i tempi morti. Alcuni tipi sono portati da una corta colonna, in modo da renderne molto rapido il piazzamento.

L'utilizzazione di un certo numero di elementi standard per «combinarli» in modo diverso porta una serie di conseguenze, che i visitatori del Salone non hanno mancato di valutare. E' possibile in primo luogo, comprare un primo gruppo di elementi, e cioè un bancale ed alcune teste operatrici, e in un secondo tempo completarlo con altre teste, altri gruppi di comando ed estensioni del bancale, in modo da aumentare le dimensioni del complesso e renderlo adatto ad una gamma più estesa di lavorazioni. E' possibile tenere «in magazzino» le unità e gli elementi che in una particolare lavorazione non sono impegnati, oppure usarli singolarmente, uno per uno, come trapani, maschiatrici, piccole fresatrici. Le teste possono anche essere montate su macchine utensili convenzionali preesistenti, per completare la lavorazione principale; è abbastanza comune ad esempio, installare una o due unità per praticare fori orizzontali su un pezzo piazzato sul bancale di un trapano o di una fresatrice mentre questi eseguono la loro passata.

Utilizzazioni simili, come si è visto, sono ormai abbastanza comuni da parte degli stessi costruttori di macchine utensili, i quali utilizzano teste operatrici da transfer anche nelle unità singole: si vedono ormai comunemente fresatrici verticali, fresatrici-alesatrici o fresatrici universali, per attrezzisti o a due teste, nelle quali le teste verticali sono costituite da unità da transfer leggera applicate al corpo della macchina convenzionale. La cosa ha un evidente motivo economico, in quanto le teste standard, prodotte in serie, hanno costi ridotti.

Un campo, come si vede, in pieno sviluppo tecnologico, e capace di una serie di nuove realizzazioni a scadenza relativamente breve.

Paolo Sassi

L'uomo e la salute

Rassegna di documentari medici a Bologna

Un felice incontro tra la più antica e la più recente delle arti — questa la felice definizione del Cinema Sanitario espressa nel messaggio augurale che il Sindaco di Bologna, on. Dozza, ha inviato all'apertura della II Rassegna Cinematografica di documentazione sanitaria «L'Uomo e la Salute», organizzata dal Centro Culturale Cinematografico Italiano con la collaborazione dell'Università, del Comune, della Provincia e di altri Enti bolognesi.

Un incontro che è stato salutato dall'interesse e dal compiacimento di medici, cineasti e cittadini, i quali hanno affollato per una settimana l'Aula Magna della Facoltà di Economia dotata dell'attrezzatura per la traduzione simultanea durante le proiezioni dei 33 documentari pre-selezionati da una rosa di ben 185 provenienti da ogni parte del mondo.

Non un attimo di distrazione nè un segno di stanchezza si potevano rilevare negli spettatori di questi affascinanti spettacoli, il cui tema variava dai più ardui interventi chirurgici ai più fini studi al microscopio elettronico.

Basta scorrere rapidamente l'elenco dei films che hanno meritato i premi speciali e di categoria per rendersi conto della estrema varietà degli argomenti e del loro interesse: «La valvola mitralica» (USA), «Operazione sul pene» (Jugoslavia), «Rianimazione con respirazione artificiale» (Danimarca), «Proteus», «Igiene» e «Le formiche al servizio dei parassiti» (RFT), «I nemici invisibili» (G.B.), «Sopravvivenza del cuore» (Francia), «La malattia emolitica del neonato», «Il primo anno di vita del bambino», «Responsabilità», «La gotta», «Ercole dal medico», «Localizzazione dei tumori endobulbare con P32», «Anomalie da irradiazioni con Rx in cellule eritropoietiche», «Terapia chirurgica dell'artrosi d'anca da lussazione congenita» (Italia).

La produzione italiana, come si vede, è uscita quantitativamente favorita, non solo perchè le Commissioni di preselezione e di giuria erano quasi esclusivamente italiane, ma anche perchè essa aveva presentato circa un quarto di tutti i film in concorso, su 18 Nazioni concorrenti.

La Cecoslovacchia ha ottenuto sia il Nettuno d'Oro per la migliore selezione nazionale per le tre pellicole presentate («Chirurgia ricostruttiva delle arterie», «Rianimazione in extremis», «Esame neurologico del neonato»), sia il primo premio di un milione di lire per l'ottimo documentario sulla chirurgia delle arterie, perfetto nella realizzazione tecnica e molto efficace sul piano didattico e scientifico.

Il secondo premio, di mezzo milione, è stato invece assegnato all'Italia per «Dumping syndrome», una pellicola che esamina e descrive la complessa sindrome secondaria ad intervento di resezione gastrica con rigore scientifico e con buona tecnica cinematografica.

Ma l'interesse maggiore della rassegna non era certamente nella attribuzione dei premi bensì nella dichiarata intenzione di convincere il mondo scientifico, politico ed amministrativo e l'opinione pubblica sulla necessità, più che utilità, di programmare decisamente anche in Italia un'attività a largo raggio che investa i più svariati piani, da quello della ricerca scientifica a quello dell'insegnamento ed a quello essenziale della educazione sanitaria delle popolazioni. Questo obiettivo è stato certamente raggiunto.

La Tavola Rotonda conclusiva della manifestazione ha infatti approvato per acclamazione una mozione nella quale si richiede allo Stato, e più precisamente alla collaborazione tra i Ministeri della Sanità, Spettacolo ed Istruzione, di impegnarsi allo stesso livello di altri paesi europei (sono citati ad esempio Cecoslovacchia, Svezia ed Ungheria) per «la produzione e distribuzione di documentari sanitari, da sviluppare in collaborazione con le Amministrazioni locali, in particolare nello ambiente scolastico, lavorativo e ricreativo e nei settori della prevenzione, dell'igiene e della psico-pedagogia».

La risposta del Governo a questa sollecitazione non la conosciamo ancora, mentre è stata da tutti commentata con grande favore la decisione del Comune di Bologna di acquistare larga parte della produzione presentata per la Cineteca comunale e perchè sia messa a disposizione dei medici, delle scuole e dei circoli ricreativi ed aziendali della città.

Così pure assai favorevoli commenti ha provocato la decisione collegialmente assunta di fissare definitivamente a Bologna una sede stabile per la Rassegna, la quale dovrà avere d'ora innanzi frequenza annuale, eventualmente su temi settoriali e specifici.

A ciò induce anche l'enorme successo che ha riscosso la proiezione serale di films di interesse psico-patologico, una piccola mostra in retrospettiva egregiamente curata da Giambattista Cavallaro, la quale ha letteralmente stipato il Teatro Duse di un pubblico selezionato ed attento di medici e non medici.

Mario Cenneme