

I documenti degli avversari (oggi Rauti) non dovrebbero essere accoglibili negli Archivi

C'è chi vuol bruciare le carte

L'extrasinistra preferisce spegnere chi la pensa diversamente

DI CESARE MAFFI

Come si permette la Biblioteca nazionale centrale di Roma di riordinare, inventariare, catalogare e addirittura rendere disponibile al pubblico l'archivio e la biblioteca personale di **Pino Rauti**? Appena appresa la notizia, divulgata dallo stesso direttore **Andrea De Pasquale** con un comunicato che ha trovato spazio soprattutto su quotidiani della capitale, si sono mosse alcune decine di firmatari per protestare. Anzi, per intimare, come titola il manifesto: «Si dimetta il direttore della Biblioteca nazionale».

A contestare l'iniziativa sono rifondatori, reduci di Democrazia proletaria, studiosi di Marx e di Gramsci, da **Raul Mordenti** a

Romano Luperini, da **Guido Liguori** a **Lelio La Porta**. L'archivio era già stato riconosciuto d'interesse storico particolarmente importante nel 2017 dalla competente Sovrintendenza

Rauti (che avrebbe progettato e ordinato la costituzione del fondo) e si dolgono perfino per le «commosse» dichiarazioni della senatrice **Isabella Rauti**, figlia di Pino.

Per i protestatari gli archivi pubblici non dovrebbero rendere consultabili documenti di provenienza politica sgradita o riprovevole, a giudizio ovviamente degli avversari. Anche ammettendo che ci fosse unanimità nella valutazione politica, significherebbe censurare carte in nome della loro provenienza, non del loro interesse storico. Ogni testo originario, per dire, degli uffici di Stalin non dovrebbe essere raccolto

del Lazio. Comprende quasi 2. mila unità archivistiche e poco meno di 3 mila volumi. Gli insoddisfatti giudicano «l'entusiastico messaggio... infarcito da frasi di autocelebrazione dello stesso Pino

Ovviamente sul defunto politico piovono accuse di vario genere. La sua attività culturale è bollata come «presunta», mentre si nega il «valore documentario» del fondo perché approntato dallo stesso Rauti. Ai protestatari riesce «intollerabile che un'istituzione culturale, dedicata al presidio e alla custodia dei beni comuni, si prodighi e impieghi risorse pubbliche per sostenere interessi propagandistici di forze e correnti di chiaro stampo fascista». Ergo, il «dott. De

Pasquale» si dimetta «dal prestigioso e delicato incarico».

È facile prevedere che la polemica avrà strascichi, interventi parlamentari compresi. Per ora, risulta rimosso dal sito internet dei beni culturali il comunicato oggetto di tanto sdegno. Dunque, gli archivi pubblici non dovrebbero rendere consultabili documenti di provenienza politica sgradita o riprovevole, a giudizio ovviamente degli avversari. Anche ammettendo che ci fosse unanimità nella valutazione politica, significherebbe censurare carte in nome della loro provenienza, non del loro interesse storico. Ogni testo originario, per dire, degli uffici di Stalin non dovrebbe essere raccolto.

Simili monumenti di faziosità non sono esternati per la prima volta. Quando **Licio Gelli** donò le proprie carte all'Archivio di Stato di

Pistoia, si levò un coro di proteste, soltanto in parte ridimensionate da un intervento pubblicato su *l'Unità* (15 feb. 2006) da chi era stata magna pars nell'organizzare l'evento, la docente di archivistica **Linda Giuva**, la quale aveva a proprio vantaggio l'essere moglie di **Massimo D'Alema**. Peggio ancora capitò a **Raul Gardini**, la cui voce, inserita nel volume LII del *Dizionario Biografico degli Italiani*, generò riprovazioni da moralisti in servizio permanente, **Giorgio Bocca** su tutti (*la Repubblica*, 20 ott. 1999). Se si ammettesse l'intromissione di giudizi etici nell'inserire o no voci enciclopediche o per accogliere presso istituzioni documenti di personaggi ritenuti riprovevoli, si ridurrebbe la documentazione storica a qualche pallido riferimento sull'attività di madre Teresa di Calcutta o poco più.

—© Riproduzione riservata—

LO DICE MARCO MONTORSI, RETTORE DELL'HUMANITAS UNIVERSITY DI MILANO

Come il Covid anche l'alta chirurgia oncologica dovrebbe essere concentrata in ospedali altamente specializzati

DI MARCO MONTORSI*

In Italia purtroppo non si muore solo di Covid, si continua a morire anche per altre patologie e tra le cause numericamente più importanti di decesso ci sono i tumori.

Il modello sanitario emergenziale adottato per il Coronavirus, quello cioè degli hub dedicati a specifiche tipologie di cura, potrebbe dare però degli elementi utili per il futuro e in particolare modo per quanto riguarda l'organizzazione degli ospedali e la mobilità dei pazienti oncologici: concentrare per migliorare la prestazione sanitaria e di conseguenza il risultato della stessa.

La prossima emergenza infatti riguarderà la chirurgia dove abbiamo la necessità di dare risposte a tutti i pazienti chirurgici che, a causa del Covid, sono stati costretti a rinviare il proprio intervento, in particolare quelli affetti da patologie oncologiche.

Questa è un'occasione per migliorare la risposta chirurgica e provare a dare una svolta all'annosa questione delle liste d'attesa.

Abbiamo affrontato la questione della concentrazione di alcuni interventi chirurgici in un libro con i massimi esperti italiani ed internazionali di chirurgia oncologica, il volume nasce nell'ambito di una serie di opere pubblicate annualmente dalla Società italiana di chirurgia (Sic).

La relazione tra volume degli interventi ed esito in diversi campi dell'oncologia chirurgica (tumori del tratto gastrointestinale superiore e inferiore, sistema epatobiliopancreatico, seno, sarcomi) è da tempo oggetto di dibattito in tutto il mondo. L'opera presenta gli ultimi risultati degli studi condotti in Europa e Stati Uniti, suggerisce

possibili soluzioni e affronta la questione toccando la sfera clinica e ma anche quella della politica sanitaria nazionale.

Uno dei punti focali del dibattito è: cosa succede se concentro tutta la chirurgia ad alto livello di specializzazione in pochi centri così come è stato fatto in alcuni ospedali non - Covid? Gli studi suggeriscono che si migliorano gli esiti e in generale la qualità delle prestazioni oltre a ottimizzare la spesa sanitaria, ma allo stesso tempo si aprono altre tematiche legate alla gestione della vita dei pazienti, e non solo.

Negli Usa dove, anche per la spinta del mercato assicurativo, si parla molto di concentrazione dell'attività in centri di eccellenza. Nel nostro continente invece stiamo procedendo in ordine sparso e lontani ancora da una soluzione condivisa: in poche nazioni ci sono leggi che spingono in questo senso.

Dalla raccolta che abbiamo fatto emergono alcune indicazioni chiare: i dati italiani confermano l'elevata qualità della nostra chirurgia. Il consenso generale degli specialisti è che alcuni tipi di interventi ad alta complessità dovrebbero essere concentrati nei centri con maggiore volume. Altrettanto evidenti sono i punti su cui resta da lavorare: come organizzare questa concentrazione? In quali aree del Paese e secondo quali criteri? Uno degli interrogativi centrali riguarda il ruolo delle autorità nazionali. Ci si pone una domanda: la concentrazione dell'attività chirurgica nei centri con maggiore esperienza è l'unica strada per tutti? La risposta possibile è: forse no, se pensiamo ad alcune iniziative di successo quali i teams chirurgici mobili.

Una spontanea concentrazione è però già in atto, almeno stando ai

dati forniti dal Pnc, il Programma nazionale esiti di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), che monitora i risultati degli interventi in tutte le regioni. Dal 2014 al 2018 la percentuale di pazienti che si rivolgono a un centro ad alta concentrazione e specializzazione è salita dal 30 al 40% per la chirurgia di pancreas ed esofago. C'è una tendenza in atto che riguarda alcune specialità ad alta complessità e che parte dagli stessi pazienti, oggi molto più informati.

Dal libro emerge anche un'altra certezza: non partiamo da zero.

Un modello di concentrazione già lo abbiamo: è quello che riguarda le *Breast Unit*, che sono state istituite per legge. Gli interventi in questo ambito sono oggi autorizzati solo in centri con determinate caratteristiche. E si prevedono penalizzazioni economiche in termini di rimborsi della prestazioni per chi non rispetta le normative. Questo è il modello da cui partire. Altro dato concreto sono le reti oncologiche, così come le ha definite un accordo tra Stato e Regioni dello scorso anno, in un documento che indica proprio la relazione volume-outcome tra gli indicatori da prendere in considerazione.

Tutto questo ha un impatto poi anche sulla formazione dei futuri medici. Un punto centrale è il *training*. Lo stiamo vedendo con l'attuale emergenza sanitaria, con centinaia di giovani medici che stanno imparando sul campo ad affrontare le complicità di questo virus. Con la chirur-

gia dobbiamo dare certezze ai giovani professionisti e permettergli di fare percorsi di crescita coerenti e di altissima qualità. Se si concentra dunque la chirurgia in pochi centri di eccellenza, anche le Università, a livello di scuole di specializzazione, potranno strutturare percorsi specifici per particolari settori. Così uno specializzando, per esempio, una volta raggiunto un buon livello di formazione potrebbe fare un periodo di ulteriore formazione d'eccellenza attraverso *fellowship* in questi centri specializzati.

**rettore dell'Università Humanitas (ed ex presidente della Società Italiana di Chirurgia)*

—© Riproduzione riservata—

ARTE PER TUTTI



Veniero «White-blue», tecnica mista, 50x50 cm.