

Giuseppe Carta

VINCENZO BORRUSO, MEDICO, SOCIOLOGO, AMICO

Il giorno 9 Marzo 2019 ha lasciato i suoi amici **Enzo Borruso**, medico, giornalista, scrittore, che ha raccontato una Sicilia di frontiera con le sue pubblicazioni sulla contraccezione, il controllo delle nascite e le pratiche abortive all'interno della Questione Meridionale isolana negli anni '50 -'70. Medico, politico e scrittore per vocazione ha preso parte alle battaglie combattute a Partinico, ai tempi del Cortile Cascino a fianco di Danilo Dolci. La grande variabilità dei suoi modelli di riferimento sembra risiedere in numerosi fattori del contesto. E' strano il silenzio nel campo della maternità e della prevenzione igienica dei maggiori cultori di tradizioni popolari siciliane: nell'opera sulla *Medicina popolare siciliana* di Giuseppe Pitre (1841-1916) mai una volta è nominato l'aborto, come particolare argomento. Indubbiamente il Pitre avrà raccolto parecchio materiale sull'aborto, perchè ci sembra incredibile – egli stesso medico - studiare le tradizioni del popolo siciliano e non avere avuto conoscenza di questo aspetto della vita intima della famiglia. (Nello stesso tempo in cui il Pitre pubblicava le sue opere, a Città di Castello usciva un libro sulla medicina delle donne Umbre, opera di un altro medico, Zeno Zanetti¹; in esso sono diffuse notizie sui rimedi popolari).

Oggi l'evoluzione della politica sanitaria e sociale, a livello sia nazionale che siciliano, è nella direzione di una sempre maggiore attenzione alla persona, ponendo le sue esigenze e necessità al centro di un processo di riabilitazione e di inclusione nella società civile. Questa modalità, costruita mediante la collaborazione e la partecipazione di vari soggetti pubblici e privati, offre risposte concrete e efficaci alle fasce deboli della popolazione, nella prospettiva che non siano più un "problema" per la società, bensì una risorsa. Nel rispetto della definizione di sanità, quale "lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"; i percorsi abilitativi individuali interessano infatti più aree, relative sia agli aspetti sociali che al diritto di cittadinanza: apprendimento/espressività, casa/habitat sociale, formazione/lavoro. Nelle società occidentali i sistemi di prevenzione igienica stanno indirizzandosi verso servizi di cura e di inclusione sociale su base locale, maggiormente modellati sulla persona e i suoi bisogni. Tale cambiamento è collegato alla crisi delle risorse pubbliche e all'esigenza di una modernizzazione del *welfare* nell'ottica di una maggiore efficienza dei servizi, nel contesto dell'evoluzione sociale, economica, culturale e politica. Lo Stato definisce il quadro politico e assume la direzione e il coordinamento dei processi di fornitura di servizi, il mercato e la società civile sono coinvolti direttamente nella fornitura di servizi a pazienti, famiglie e comunità locali². Tra i fattori in grado di influenzare maggiormente i risultati del processo, emerge il ruolo determinante degli *stakeholders* e delle reti formali e informali. Le reti formali includono assistenti socio-sanitari, professionisti di raccordo tra servizi e utenti, medici, educatori, fornitori dei servizi, ecc. Le seconde, denominate "natural supports", comprendono famiglia, amici, colleghi e i membri della comunità di appartenenza. L'integrazione nella comunità di appartenenza è uno degli obiettivi del finanziamento individualizzato e rappresenta una differenza sostanziale rispetto ai servizi socio-sanitari tradizionali erogati dal livello centrale.

All'interno dei libri di Vincenzo sull'aborto terapeutico, ma anche sul malocchio e l'invidia, vi sono medicine di genere, ma soprattutto appaiono emozioni violente sulla profilassi dell'aborto spontaneo abituale, in quanto in molti ambienti popolari raramente si ricorreva al medico in tali evenienze, trascinandosi appresso per anni malattie generali. Per provocare l'aborto si ricorreva a decotti, a suffumigi, farmaci, strapazzi, violenti traumi sull'addome, a interventi manuali e strumentali descritti. Per questo fine le erbe più importanti in Sicilia erano la ruta e il prezzemolo. L'uso della ruta era antichissimo, se già Maometto riteneva che da essa potessero essere tratte 73 medicine diverse; si usa per abortire, o far tornare le mestruazioni con infusi e in decotti. Nel periodo immediatamente successivo alla II Guerra, ritroviamo nelle pratiche abortive delle donne tisane di artemisia, di melissa, di zafferano, d'assenzio, unite ad apiolo,

¹ Cfr. Zeno Zanetti, *La medicina delle nostre donne*, Città di Castello, 1892.

² Cfr. Van Berkel R., Valkenburg B., 2007; Righetti A., 2013; Maino F., 2014; Tulla A.F. *et al.*, 2014. Van Berkel R., Valkenburg B., 2007; Wirrmann Gadsby E., 2013; Exworthy M. *et al.*, 2017. Hatton C., Waters J., 2011; European Platform for Rehabilitation, 2016. Webber M. *et al.*, 2014; Exworthy M. *et al.*, 2017. Wirrmann Gadsby E., 2013. European Commission, 2018.

arsenico, vino d'artemisia, infuso di sabina, aloe, segale cornuta, cantaridi, fosfato, ecc...Poi la medicina ufficiale supera queste posizioni, ma esse rimasero patrimonio del popolo, di erbari, mediconi e formavano delle strane isole culturali nel mondo contemporaneo meridionale.

L'esperienza più sconcertante che può fare un medico, iniziando la sua professione, è quella relativa al frequente ricorso che le donne fanno a farmaci e pratiche generiche, capaci di far tornare i mestruai mancanti per gravidanze. Avevano importanza questi fatti nella vita di quasi tutte le famiglie per la facilità con la quale se ne parlava fra donne, fra comari e amiche. Tentare un aborto in molti ambienti, popolari o no, raramente viene sentito come un fatto immorale. Non vi è donna che non si adoperi per la vicina, anche con consigli, a volte innocenti e inefficaci, ma che vengono dati con la coscienza che siano efficaci.

Tutto ciò avviene dopo repressioni e condanne morali e materiali, descritte nei libri di Vincenzo.

L'aborto era considerato un mezzo di limitazione delle nascite, non più immorale e condannabile nella opinione comune di qualsiasi altro mezzo, quale il *coitus interruptus*, il preservativo, l'astinenza periodica, ecc...³.

Vincenzo indagava sulla prevenzione di quelle malattie, il cui insorgere non può essere combattuto con sistemi immunitari, ma è affidato al riconoscimento di tutte le misure individuali e collettive che sono atte a preservare la salute. Ma se esaminassimo la situazione per singole regioni o province, ci accorgeremmo di differenze. Nel 1951 il Piemonte registra una eccedenza negativa di popolazione, pari a - 0,6; la Liguria, nel '51 ha una eccedenza pari a 0,1 e nel 1961 pari a 1,8. Nel sud nel 1961, la Campania ha una eccedenza di 16,3 per mille abitanti, la Calabria e la Sicilia di 16,4, le Puglie di 15,1.

Lo studio scientifico sistematico della vecchiaia e dei metodi per ritardare il suo avvento si fonda all'inizio in maniera sperimentale, tramandando da padre a figlio i rimedi naturali e tecniche tramandate fin dai Romani. Tuttavia non si può dire che non si abbiano su questa questione delle nozioni scientifiche sufficientemente fondate, anche se nei latifondi ci sono numerose cause di invecchiamento prematuro e di morte precoce. Le cause sono prima di tutto sociali: vivendo nelle condizioni della società contadina – non solo in Sicilia - gli uomini muoiono vittime dello sfruttamento (dati scientifici citati dal *Giornale medico francese*, numero 101 del 1938).

La fame e il freddo, i locali angusti e umidi dove il sole non entra mai, l'affaticarsi continuo in un lavoro senza gioia, e l'indigenza favorita dalla disoccupazione, esauriscono l'organismo e provocano malattie che portano alla tomba una quantità di gente. Soltanto le condizioni create da un ambiente sociale equilibrato possono essere favorevoli alla salute e alla longevità umane con la preoccupazione del benessere e la preoccupazione dello Stato per la salute del cittadino. Molto più tardi saranno create organizzazioni per la protezione della maternità e dell'infanzia. Lo Stato darà permessi con la conservazione del salario alle donne incinte, saranno creati dei nidi e dei giardini d'infanzia. Nella scuola si ottiene un'istruzione generale, l'assistenza medica gratuita, le assicurazioni sociali, l'istruzione sanitaria.

Ci si occupa sistematicamente dello sviluppo fisico, dello sviluppo della cultura fisica, degli sports nelle masse, della protezione sanitaria del lavoro; del diritto al riposo e dell'organizzazione di questo riposo per milioni di lavoratori. La meccanizzazione dell'industria e dell'agricoltura dopo gli anni '60, non solo aumenta il rendimento del lavoro, ma lo rende più igienico⁴.

Da quando Vincenzo indagava sull'esplosione demografica e sulla prevenzione, l'ineguale crescita delle popolazioni poneva due ordini di problemi. Il primo riguarda le possibilità di sopravvivenza che il genere umano deve risolvere nel suo complesso; il secondo ordine riguarda l'accentuarsi nel mondo, a livello di circoscritte regioni, del divario socio-economico fra popolazioni sviluppate e non, motivo, questo, dell'accumularsi di tensioni sociali all'interno delle nazioni stesse.

In questi ultimi anni il reddito è cresciuto, ma la sua ripartizione è diventata ineguale; lo sviluppo, in quasi tutti i paesi ha significato una crescita delle ricchezze sul piano sociale e su quello geografico.

Uno dei riflessi più importanti fu la diminuzione, soprattutto nei paesi con elevata densità demografica, del terreno agricolo e lo spostamento di forti aliquote di popolazione dalle attività agricole ad altre nelle grandi concentrazioni urbane.

³ Cfr. gli Atti del IV Congresso mondiale della Associazione Medica Internazionale per lo studio delle condizioni di vita e di salute (Karlovy Vary, Cecoslovacchia, 2-5.9.1965).

⁴ Cfr. per il periodo descritto: Alessandro Bogomoletz, *Come prolungare la Vita*, Universale Economica, Milano 1950.

Tra l'altro Borruso faceva notare la continua degradazione delle terre coltivate, soprattutto nei paesi dove le culture agricole erano ondate su sistemi antichi, dove non era tenuto nel giusto conto l'equilibrio fra terre alberate e non, dove non esiste un'adeguata regolamentazione dei regimi idrici, dove il disboscamento ha privato la terra della protezione contro l'erosione delle acque di superficie. Di fronte a queste cose le nazioni economicamente più evolute si sentono impegnate e numerosi sono i progetti che vennero portati avanti nei più diversi settori della biologia, delle scienze agrarie, delle scienze alimentari. Nel Belice nel gennaio 1968, a causa del terremoto, l'inedia, associata al freddo e al pernottamento all'aperto, avrebbe causato più morti del terremoto.

Per il continuo lavoro di Vincenzo, e di tanti altri impegnati nel sociale, oggi il contesto nazionale in tema di *welfare* vede una graduale transizione verso sistemi pubblico-privati e aperti alla partecipazione dei servizi sociali e sanitari, delle comunità locali, delle famiglie e dei destinatari stessi nella definizione e gestione dei servizi. Si tratta di processi che derivano dal cambiamento dei rapporti tra Stato, mercato e società civile, verso uno scenario in cui il livello pubblico sempre più definisce il quadro di riferimento e assume la direzione e il coordinamento della fornitura di servizi. La novità sta nel ruolo che il mercato e la società civile hanno iniziato a svolgere nella fornitura dei servizi stessi, spesso innovativi e basati sulla costruzione di reti che vedono la partecipazione di enti pubblici, pazienti, famiglie, comunità locali.

Il *welfare* ha subito negli ultimi anni modifiche sostanziali, passando da un modello assistenziale istituzionalizzato, con costi sempre più elevati per la collettività, ad uno di servizio, che ha affidato al pubblico la funzione di programmazione, acquisto e controllo, lasciando al quasi – mercato l'erogazione dei servizi stessi e con orientamenti estremamente diversificati. Nel caso della Sicilia, essa si sostanzia in progetti assistenziali individualizzati e personalizzati, sostenuti dai budget di salute, nella logica dell'integrazione socio sanitaria. In Sicilia ed in Campania i budget di salute sono stati applicati anche all'agricoltura sociale, nell'auspicio che si possano “creare le condizioni all'interno di un'azienda agricola che consentano a persone con specifiche esigenze di prendere parte alle attività quotidiane, al fine di assicurarne lo sviluppo e la realizzazione individuale, contribuendo a migliorare il loro benessere”.

Diverse regioni italiane hanno oggi adottato i budget sulla salute, quali strumenti integrati di gestione degli interventi socio sanitari. La tabella seguente riporta i principali provvedimenti emessi negli ultimi anni in Italia, che hanno creato i presupposti per l'azione di alcune Regioni.

Regione	Provvedimento
Friuli Venezia Giulia	Legge regionale n. 6/2006, artt. 5, 41
Lazio	Legge regionale n. 11/2016, art. 53
Campania	DGRC n. 483 del 2012, Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario Legge regionale n.5/2012 (agricoltura sociale e disciplina delle fattorie e orti sociali), art. 3
Emilia Romagna	DGR 478/2013, DGR 805/2014, “Programma Budget di salute” DGR 1554/2015, “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute”
Sicilia	Decreto Assessorile 127/2014 Piano regionale socio-sanitario del 2017

Fonte: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

BIBLIOGRAFIA MINIMA

A.I.E.M.P, Sesso e Società – Corso di educazione sessuale (con presentazione di Vincenzo Borruso),

Luxograph, Palermo 1972.

Annali di Sanità Pubblica, vol. XXVI, fasc. 1, 2, anno 1965, Roma.

Raffaele Balestrini, Aborto, infanticidio ed esposizione d'infante, Torino 1888, pag. 48.

Alessandro Bogomoletz, Come prolungare la Vita, Universale Economica, Milano 1950.

Vincenzo Borruso, Pratiche abortive e controllo delle nascite in Sicilia, ediz Libri Siciliani, Palermo 1966.

Vincenzo Borruso, Problemi demografici della contraccezione, Padova 1971.

Centro siciliano di Studi Economici della CGIL, Mercato di lavoro, fabbisogni occupazione, qualificazione professionale nel quadro delle indicazioni di sviluppo dell'economia, Palermo 1970.

Carmela De Vivo, Michela Ascani e Salvatore Cacciola, Il budget di salute come nuovo strumento di welfare, EyesReg, Vol.9, n.1, Gennaio 2019.

Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, firmata a New York il 22 luglio 1946, approvata dall'Assemblea Federale il 19 dicembre 1946. Strumenti di ratificazione depositati in Svizzera il 29 marzo 1947, entrata in vigore il 7 aprile 1948.

Istituto centrale di Statistica, Cause di morte 1887-1955, Roma 1958.

Istituto centrale di Statistica, Annuario Statistico Italiano, Roma 1970.

Jurgen H., La nuova oscurità. Crisi dello stato sociale e esaurimento delle utopie, Roma, Edizioni lavoro 1998.

Levi Bacci M., La dinamica demografica delle regioni italiane, Roma 1964.

Monteleone R. (2005), La contrattualizzazione nelle politiche sociosanitarie: i Voucher e i Budget di cura, in Planned Parenthood News, n. 203, gennaio 1971.

Righetti A., I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche, Laterza, Roma, Bari 2013.

Rivista Minerva Medica, gennaio-marzo 1965.

Starace F. (a cura di), Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute, Roma, Carocci Faber 2011.

SVIMEZ, Statistiche sul Mezzogiorno d'Italia 1861-1953, Roma 1954.

11Marzo 2019
